

S a t z u n g

der

BKK Faber-Castell & Partner

Stand: Dezember 2018

Übersicht zur Satzung

Artikel I

- § 1 Name, Sitz und Bezirk der BKK
- § 2 Verwaltungsrat
- § 2a Stimmzahl bei Sozialversicherungswahlen
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge
- § 8b Wahltarif Prämienzahlung
- § 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 10a Erhebung von Mahngebühren
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a Primärprävention
- § 12b Schutzimpfungen
- § 12c Leistungsausschluss
- § 12d Zusätzliche Satzungsleistungen

-
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
 - § 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung
 - § 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
 - § 13c Wahltarif integrierte Versorgung
 - § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
 - § 14a Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V
 - § 15 Wahltarif Krankengeld
 - § 16 Kooperation mit der PKV
 - § 17 Aufsicht
 - § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
 - § 19 Bekanntmachungen
 - § 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Artikel II

Ausgleich der Arbeitgebereaufwendungen für Entgeltfortzahlung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG).

Artikel III

In-Kraft-Treten

Anlage zu § 2 der Satzung
Entschädigungsregelung

Anlage zu § 13b der Satzung
Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse (BKK)

- I. Die Betriebskrankenkasse (BKK) ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen

BKK Faber-Castell & Partner

Die BKK hat ihren Sitz in Regen.

- II. Der Bezirk der BKK erstreckt sich auf die Betriebe

Rodenstock GmbH, Regen
Qioptiq Photonics GmbH & Co. KG, Regen
Faber-Castell AG, Stein
Faber-Castell AG, Geroldsgrün
A.W. Faber-Castell Unternehmensverwaltung GmbH, Stein
A.W. Faber-Castell Cosmetics GmbH, Stein
A.W. Faber-Castell Produktion GmbH, Geroldsgrün
A.W. Faber-Castell Vertrieb GmbH, Stein
A.W. Faber-Castell Vertrieb GmbH, Geroldsgrün
Eberhard Faber Vertrieb GmbH, Stein
Binöder Kfz-Service, Stein
Nachtmann GmbH Neustadt/Waldnaab, Weiden
Altbayerische Krystallglashütte, Neustadt/Waldnaab
MITRAS Materials GmbH, Weiden
POLYTEC COMPOSITES WEIDEN GmbH
Pilkington Deutschland AG, Weiherhammer
W. Goebel Porzellanfabrik GmbH, Rödental

Die BKK ist darüber hinaus für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte geöffnet, die im Freistaat Bayern ihren Beschäftigungs- oder Wohnort haben (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V § 143 Abs. 1 SGB V).

§ 2 Verwaltungsrat

- I.
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr jeweils zum 1. Januar eines Jahres.
- II. Dem Verwaltungsrat der BKK gehören als Mitglieder 10 Versichertenvertreter und 10 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der BKK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:
 1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,
 2. den Haushaltsplan festzustellen,
 3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
 4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
 5. einen leitenden Beschäftigten der BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
 6. den Vorstand zu überwachen,
 7. die BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,

8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen BKK zu beschließen,
 10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.
 11. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen und mindestens die Hälfte anwesend sind.
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 2a Stimmzahl bei Sozialversicherungswahlen

Abweichend von § 49 Abs. 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, folgendes bestimmt:

Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat so viele Stimmen, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen.

Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.

§ 3 Vorstand

Dem Vorstand der BKK gehört 1 Mitglied an.

- I. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- II. Der Vorstand verwaltet die BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,
6. die BKK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,
9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und Lieferanten abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

- III. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK wird vom Vorstand eingestellt.
- IV. Der Vorstand kann Richtlinien über die Verwaltung der BKK erlassen.

§ 4 Widersprachausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widersprachausschuss übertragen. Der Widersprachausschuss hat seinen Sitz in Regen.
- II.
 1. Der Widersprachausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 1 Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK.
 2. Jedes Mitglied des Widersprachausschusses hat zwei Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widersprachausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widersprachausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widersprachausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widersprachausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widersprachausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgebervertreter und dem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widersprachausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widersprachausschusses beratend teil.
 7. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widersprachausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widersprachausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OwiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der BKK versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
 - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 Vorruhestandsgesetz gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des 2. Monats bis zur 12. Woche einer Sperrzeit (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des 2. Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,

7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,

12. Personen, die eine selbstständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1.1.1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1.1.1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1.1.1985 der 1.1.1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II. Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur Betriebskrankenkasse können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt.
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 50 Jahre alt sind,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
5. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

- III. Die in Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
1. sie zu dem in § 1 Absatz II der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden sind.

IV. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III. Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht.

Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

- IV. Wenn ein Wahltarif nach §§ 8b oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 8b Absatz VI oder 15 Absatz III Nr. 4, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abs. 2 gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der BKK werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 8 Bemessung der Beiträge

Für die Bemessung der Beiträge gelten die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

§ 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

- I. Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Absatz 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
1. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in Abs. II und III genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Absatz 4a SGB V zu zahlen ist,
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- II. Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet.
- III. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 8b Wahltarif Prämienzahlung

- I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.
- II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
- Prävention (§§ 20 und 20d SGB V),
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V),
 - Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien.
- Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 150 € pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als 1/12 des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrages; bei Versicherten mit einem Jahresarbeitseinkommen über der Beitragsbemessungsgrenze der Renten- und Arbeitslosenversicherung 600 € pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als 1/12 des im Kalenderjahr an die BKK gezahlten Jahresbeitrages. Absatz IV gilt.
- IV. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR nicht überschreiten.

- V. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen.
- VI. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V, gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

- (1) Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V.
Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt monatlich 0,65 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10a Erhebung von Mahngebühren

- I. Die Mahngebühren betragen 0,5 v. H. des Mahnbetrages, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 150 Euro.
Die Mahngebühr wird auf volle Euro aufgerundet.

- II. Für Amtshandlungen im Vollstreckungsverfahren wird eine einheitliche Gebühr von 28,00 € erhoben, die bei Beginn des Vollziehungsverfahrens fällig wird.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung einer Krankheit
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

II. Haushaltshilfe

1. Die BKK gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch Haushaltshilfe,

wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 6 Wochen gewährt.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Schwägerer bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V.m. § 61 Satz 1 SGB V.

III. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse wählen. Sie sind von der BKK vor ihrer Wahl zu beraten. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf alle veranlassten oder auf einzelne Bereiche veranlasster Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden.

Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist pro Abrechnung um 5 v.H., mindestens 2,50 € und höchstens 40 € für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Der Erstattungsbeitrag ist um 10,0 v.H., mindestens um 3 € und maximal 50 €, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen, vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

IV. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein Arzneimittel wählen.

(1) als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder

(2) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines andren Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.

Vom Erstattungsbetrag werden 20 v. H. als Abschlag der für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V und 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zu der Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sowie ein Abschlag für Verwaltungskosten sind in jedem Fall abzuziehen.

§ 12a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement:

- Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
- Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o.g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 v.H. der entstandenen Kosten, max. aber 150 € je Kalenderjahr gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen

- I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder gemäß § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz empfohlen werden.
- II. Ebenso werden die Kosten für Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der BKK und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen wurden, übernommen.
- III. Zusätzlich trägt die Betriebskrankenkasse die Kosten für folgende Schutzimpfungen (ohne Einschränkung auf bestimmte Personen- bzw. Altersgruppen):
 - FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)
 - Influenza (Grippe)
 - Meningokokken-B

Die Kosten werden höchstens in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, erstattet. Voraussetzung ist die Vorlage einer ärztlichen Rechnung, oder einer ärztlichen Verordnung inkl. Apothekenrechnung.

- a. Ebenso trägt die Betriebskrankenkasse die Kosten für Schutzimpfungen im Zusammenhang mit einer privaten Auslandsreise. Die Kosten werden bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes oder des Gesundheitsamtes übernommen. Voraussetzung sind die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes. Auf den Rechnungsunterlagen ist das private Reiseziel zu vermerken. Die Kosten werden bis zu einem Betrag von 250,00 Euro im Kalenderjahr, höchstens in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, erstattet. Voraussetzung ist die Vorlage einer ärztlichen Rechnung, oder einer ärztlichen Verordnung inkl. Apothekenrechnung.
- IV. Impfungen werden nur dann übernommen, wenn sie nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden und nicht in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.

§ 12 c Leistungsausschluss

1. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

2. Der Versicherte hat vor Aushändigung der Krankenversichertenkarte zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 12 d Zusätzliche Satzungsleistungen

- I. Die BKK übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen die nachfolgend aufgeführte Leistung.

- II. Osteopathie

Osteopathische Leistungen für Versicherte der BKK können mit einer ärztlichen Bescheinigung in Anspruch genommen werden, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Voraussetzung ist, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Die BKK erstattet die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten in Höhe von 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

- III. Leistungen während der Schwangerschaft und Entbindung

Über die gesetzlich geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus werden die Kosten für folgende Leistungen erstattet:

- a) Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs für den Lebenspartner, wenn der Lebenspartner ebenfalls Versicherter der BKK Faber-Castell & Partner ist. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die zur Leistungserbringung nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist.
- b) Von der BKK anerkannte ärztlich erbrachte Leistungen, die nicht vom gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sind, bei vorliegenden Risikofaktoren, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken.

- c) Kosten der Hebammenrufbereitschaft, die während der Schwangerschaft (37. - 42. Schwangerschaftswoche) und bei der Geburt in Anspruch genommen wird, bei einer freiberuflich tätigen Hebamme. Voraussetzung ist die Zulassung bzw. Berechtigung der Hebamme gemäß § 134 a Abs. 2 bzw. § 13 Abs. 4 SGB V. Die Rufbereitschaft setzt die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe voraus.

Die Kosten nach den Punkten a) – c) werden bis zu einem Betrag von insgesamt 250 Euro je Schwangerschaft übernommen. Sofern auch der Lebens- oder Ehepartner bzw. der Kindsvater bei der BKK Faber-Castell & Partner versichert ist oder sich dieser nicht gesetzlich krankenversichern kann, erhöht sich der Betrag auf 300 Euro. Zur Erstattung sind Rechnungen vorzulegen.

IV. Zweitmeinungsverfahren

Versicherte können eine qualifizierte ärztliche Zweitmeinung zur Erforderlichkeit ärztlich indizierter Operationen bei orthopädischen Indikationen einholen.

Die Einholung einer qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung wird durch einen Leistungserbringer, mit dem die Kasse eine Vereinbarung geschlossen hat, organisiert und vermittelt. Das Zweitmeinungsverfahren beinhaltet die Auswertung der vorhandenen Befunddaten durch nicht zugelassene Fachärzte.

Im Rahmen der Vereinbarungen verpflichtet die BKK ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

Art, Dauer und Umfang der Leistung wird in den Vereinbarungen mit den Leistungserbringern geregelt. Die Versicherten haben das Recht, über die Inhalte dieser Vereinbarungen informiert zu werden.

Die BKK verpflichtet im Rahmen der Vereinbarungen ihre Vertragspartner, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen.

Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt. Unabhängig vom Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, die geplante orthopädische Operation durchführen zu lassen. Die Teilnahme ist freiwillig und schränkt die Regelungen der freien Arztwahl nicht ein.

Die Kosten der Einholung einer qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung bei dem vertraglichen Leistungserbringer im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Kasse in voller Höhe.

V. Hautkrebscreening

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus werden für Versicherte die Kosten für eine Hautkrebsvorsorge (inklusive Auflichtmikroskopie) einmal im Jahr erstattet.

Die Kosten werden bis zu einem Betrag von 25 Euro im Kalenderjahr übernommen. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

VI. Flash-Glukose-Messung

Versicherte haben Anspruch auf die vollständige Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash Glukose Messsystem. Die Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V ist zu leisten.

Voraussetzungen für eine Kostenübernahme sind:

a) Die Versicherten führen eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie durch.

b) Ein zugelassener Vertragsfacharzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Facharzt hat die Notwendigkeit auf einer Verordnung bestätigt. Vertragsärzte bzw. berechnigte Ärzte in diesem Sinne sind Fachärzte für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie oder Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung Diabetologie oder Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG) bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie.

c) Die Versicherten sind in der sicheren Anwendung des Flash Glukose Messsystems geschult.

d) Die Versicherten sind in geeigneter Art und Weise über die Möglichkeiten zum Bezug der Leistung informiert und der Versorgung wurde vor Versorgungsbeginn zugestimmt.

e) Die Nutzung des Messsystems ist ohne Zugriff Dritter, insbesondere des Herstellers, auf die personenbezogenen oder -bezieharen Daten der Versicherten möglich.

VII. Kieferorthopädische Leistungen

Die BKK-beteiligt sich auch zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer gemäß § 28 Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V in Anspruch genommenen kieferorthopädischen Behandlung, soweit diesbezüglich eine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht. Hierunter fallen die Kosten für Spezialbrackets, Spezialbögen und Retainer.

Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten ist, dass die Behandlung durch einen zugelassenen Leistungserbringer erfolgt.

Die Kostenbeteiligung erfolgt einmalig bei Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten bis zu einem Betrag von 250 Euro. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

Eine Kostenbeteiligung entfällt bei zusätzlicher vertraglicher Abrechnung und wenn diese Leistungen außerhalb der Versicherung angefallen sind oder es sich um reine kosmetische Kosten handelt.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

- I. Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die BKK als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16 €. Für chronisch kranke Kleinkinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr beträgt der Zuschuss kalendertäglich 25 €.

§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von regionalen Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren hausarztzentrierten Versorgungsverträgen oder die Teilnahme an einer hausarztbasierten integrierten Versorgung neben einer hausarztzentrierten Versorgung ist nicht zulässig.

Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht, die sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der BKK in Verzug befinden oder die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in das das Ereignis fällt.

- II. Die Teilnehmer verpflichten sich durch eine schriftliche Teilnahmeerklärung gegenüber der BKK, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach § 73 b Abs. 4 SGB V gewählten Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der gewählte Hausarzt ist in der Teilnahmeerklärung anzugeben und hat die Wahlentscheidung des Versicherten zu bestätigen.

Für Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres entscheidet ausschließlich ein gesetzlicher Vertreter über die Einschreibung.

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der BKK genannt ist. Damit verbunden ist ein 14-tägiges Widerrufsrecht der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung.

Der Versicherte verpflichtet sich mit seiner Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, aktiv an der Gestaltung seiner Versorgung mitzuwirken. Hierfür erteilt er seiner BKK die Zustimmung, geeignete Maßnahmen zur Fallsteuerung zu ergreifen. Dazu gehört insbesondere auch die Kontaktaufnahme mit dem gewählten Hausarzt.

Eingeschriebene Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollenden, scheiden mit Ablauf des Quartals, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, aus der hausarztzentrierten Versorgung nach Absatz 1 aus. Im Quartal der Vollendung fällt keine Praxisgebühr an. Eine Neueinschreibung ist jederzeit mit Beginn des auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgenden Quartals möglich.

Nicht notfallbedingte Krankenhauseinweisungen sollen ebenfalls nur in Abstimmung mit dem gewählten Hausarzt bzw. mit dem Facharzt, der per Hausarztüberweisung in Anspruch genommen worden ist, erfolgen.

Soweit die BKK Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer Gemeinschaft von Kinder- und Jugendärzten abgeschlossen hat, gelten die vorgenannten Regelungen entsprechend.

- III. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Unberührt hiervon bleibt die Verpflichtung, für mindestens ein Jahr an der hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen.

Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Absatz II kann nach Ablauf eines Jahres mit einer Frist von 8 Wochen zum Quartalsende erfolgen, sofern vertraglich nichts anderes geregelt ist. Dies gilt nicht für Kinder und Jugendliche. Kinder und Jugendliche bzw. deren Erziehungsberechtigte können abweichend von Satz 1 mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des laufenden Quartals kündigen. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären. Kündigt er nicht oder nicht fristgerecht, so verlängert sich seine Teilnahme um weitere 12 Monate.

- IV. Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten nach Absatz II, kann der Versicherte aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Ferner können bei der unzulässigen direkten Inanspruchnahme von Facharztleistungen Vergünstigungen im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung widerrufen und für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgefordert werden; bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten kann auch der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden, die durch die unzulässige direkte Inanspruchnahme von Fachärzten entstanden sind. Dies gilt auch, wenn ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung können dem Versicherten auferlegt werden.

Pflichtwidrigkeit liegt nicht vor in Notfällen bzw. bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z.B. Urlaub).

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

I. Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Inhalt, Ausgestaltung und Dauer der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

§ 13c Wahltarif integrierte Versorgung

I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

II. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie und alle mitversicherten minderjährigen Kinder i. S. d. § 10 SGB V, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Voraussetzungen innerhalb eines Kalenderjahres vollständig nachweisen.

1. Der Versicherte nimmt erstmalig ab Vollendung des 35. Lebensjahres alle 3 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
2. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
3. Mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
4. Der Versicherte weist eine qualitätsgesicherte Leistung der Krankenkasse zur primären Prävention i. S. d. § 20 d durch einen von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlenen Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus und Polio nach.
5. Die Versicherten ab der Vollendung des 18. Lebensjahres nehmen einmal jährlich die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch. Von Beginn des 6. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung einmal im Kalenderhalbjahr in Anspruch zu nehmen.

Versicherte, die selbst zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Früherkennung (nach §§ 25 und 26 SGB V) nicht berechtigt sind, erhalten einen Bonus, wenn sie und alle mitversicherten minderjährigen Kinder i. S. d. § 10 SGB V sich gesundheitsbewusst verhalten, indem sie die Voraussetzungen der o. g. Punkte 3, 4 und 5 vollständig nachweisen.

Der Nachweis erfolgt durch Bestätigung im BKK Bonusheft durch den behandelnden Arzt/Zahnarzt.

- II Der Bonus wird nach Erfüllen der Voraussetzungen nach Abs. I auf Antrag gewährt. Der Versicherte wählt jährlich zwischen den zwei nachfolgenden Bonusvarianten:

Bonusvariante 1:

Der Bonus wird dem Versicherten als einmalige Geldprämie in Höhe von 50 EUR gewährt.

Bonusvariante 2:

Versicherte erhalten einen Zuschuss zu den Kosten, die sie oder ihre mitversicherten Angehörigen in Eigenleistung für von der BKK anerkannte Vorsorge- oder Gesundheitsmaßnahmen erbracht haben.

Der Zuschuss nach Bonusvariante 2 beträgt jährlich bis zu 100 € der nachgewiesenen Kosten. Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr ist nicht möglich.

- III Der Bonus (Bonusvariante 1) bzw. Zuschuss (Bonusvariante 2) nach Absatz II wird (bis zu einer maximalen Höhe von 50 €) bei Erfüllung jeder weiteren Voraussetzung aus den Punkten 6. – 8. aufgestockt.

6. Der Versicherte nimmt einmal jährlich am Hautkrebsscreening teil (Nachweis des durchführenden Arztes, 10 EURO).
7. Der Versicherte treibt regelmäßig Sport (Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein oder einem qualitätsgesicherten Fitness-Studio oder Nachweis durch ein Sportabzeichen, 10 EURO).
8. Der Versicherte nimmt qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention gem. § 20 Absatz 1 SGB V in Anspruch (Nachweis durch den Anbieter der Leistung, 10 EURO pro Maßnahme, maximal 30 EURO im Kalenderjahr).

- IV Ein Anspruch auf den jährlichen Bonus nach Abs. II besteht nur, wenn bei Antragstellung eine gültige Versicherung besteht. Als Antragstellung gilt der Tag, an dem das ausgefüllte Bonusheft bei der BKK eingereicht wird.

§ 14 a Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

1. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK Faber-Castell & Partner ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
2. Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrags mit der BKK Faber-Castell & Partner für die Versicherten tätig wird.
3. Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK Faber-Castell & Partner.
4. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 15 Wahltarif Krankengeld

I. Die BKK bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt haben und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten selbständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes von 15. bis zum 42. Tag an.

II. Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.

III.

Teilnahme

1. Die BKK bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Wahltarifkrankengeld an. Mitglieder, die am Tag der Wahl-erklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
 - a. in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 - b. unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert werden.
2. Die Teilnahme zu dem Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahl-erklärung bei der BKK folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

3. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue dreijährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der BKK.
5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die BKK unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu machen und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK nachzuweisen und die BKK über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

für den Personenkreis der Selbständigen i.S.v. § 53 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der u.a. unständig Beschäftigten i.S.v. § 53 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

Wahltarifkrankengeld kalendertäglich	10€	20€	30€	40€	50€
Prämie monatlich	10€	20€	30€	40€	50€

für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten i.S.v. § 53 Abs. 6 SGB V.

Wahltarifkrankengeld kalendertäglich	10€	20€	30€	40€	50€	60€	70€	80€	90€
Prämie monatlich	5€	10€	15€	20€	25€	30€	35€	40€	45€

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.
11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
13. Die BKK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i.S.d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i. V.m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes 2 beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld
 1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.
 2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet
- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der Beschäftigung/Tätigkeit im Sinne des § 53 Abs. 6 SGB V Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Sozialhilfe, Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld, -hilfe, Unterhaltsgeld bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 N. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.
21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
24. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, wenn wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2. und 3 SGB V genannten Mitgliedern in diesem Tarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/ Publizistentarif besteht bis zum max. 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

1. die in § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
 2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/ Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
27. Die BKK kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.
28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengeldes zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens abzugeben.

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der BKK unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Haidenauplatz 1, 81667 München.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem BKK Landesverband Bayern als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 19 Bekanntmachungen

Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts werden mit ihrem wesentlichen Inhalt im Bayerischen Staatsanzeiger bekannt gemacht. Wenn kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist, treten sie am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der BKK Faber-Castell & Partner sowie im Internet unter www.bkk-faber-castell.de.

Die Aushangfrist beträgt 4 Wochen.

Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

„ Die BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz spätestens zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben.“

Artikel II

Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber (U1 / U2)

Ausgleichsverfahren

Die BKK Faber-Castell & Partner übernimmt den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG) nach den Bestimmungen dieser Satzung.

§ 1 Anwendbare Vorschriften

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der BKK Faber-Castell & Partner entsprechende Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

1. Die BKK Faber-Castell & Partner erstattet den am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 60 v. H. (allgemeiner Erstattungssatz) der Arbeitgeberaufwendungen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 AAG (ohne Einmalzahlungen im Sinne des § 23a SGB IV). Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.
2. Auf Antrag des Arbeitgebers wird der allgemeine Erstattungssatz nach Abs. 1 auf 40 v. H. ermäßigt (ermäßigter Erstattungssatz) oder auf 80 v. H. erhöht (erhöhter Erstattungssatz). Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.
3. Bei der erstmaligen Teilnahme am Ausgleichsverfahren wird die Wahl zum Beginn des 1. Teilnahmemonats wirksam, wenn der Antrag spätestens im Folgemonat gestellt wird.

Ein Antrag auf Änderung des Erstattungssatzes wirkt ab dem Beginn des folgenden Kalenderjahres und muss spätestens zum 31.12. des laufenden Kalenderjahres bei der BKK Faber-Castell & Partner eingegangen sein und gilt mindestens bis zum Ablauf des folgenden Kalenderjahres.

Der gewählte Erstattungssatz gilt auch für die folgenden Kalenderjahre, sofern kein erneutes Wahlrecht ausgeübt wird.

4. Die BKK Faber-Castell & Partner erstattet den am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 100 v. H. der Arbeitgeberaufwendungen nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 und 2 AAG. Die vom Arbeitgeber nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG getragenen Sozialleistungsbeiträge werden in Höhe von 100 v. H. erstattet.

§ 3 Aufbringung der Mittel

1. Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.
2. Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.
3. Die BKK Faber-Castell & Partner verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG).

§ 4 Umlagebeitragssätze

1. Der Umlagebeitragssatz U1 beträgt
1,8 v. H. der Bemessungsgrundlage für den allgemeinen Erstattungssatz,
1,1 v. H. der Bemessungsgrundlage für den ermäßigten Erstattungssatz,
2,9 v. H. der Bemessungsgrundlage für den erhöhten Erstattungssatz.
2. Der Umlagebeitragssatz U2 beträgt 0,35 v. H. der Bemessungsgrundlage.

§ 5 Widerspruchsausschuss

1. § 4 der Satzung der BKK Faber-Castell & Partner gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder der Arbeitgebervertreter mitwirken.
2. Der Widerspruchsausschuss nimmt zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.

§ 6 Organe, Zusammensetzung

1. Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der BKK Faber-Castell & Partner obliegt dem Vorstand, der diese gerichtlich und außergerichtlich vertritt.
2. In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

3. Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.

4. Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 7 Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes

Für die Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes gilt § 70 Abs. 1 SGB IV entsprechend (§9 Abs. 1 Nr. 3 AAG).

Der Vorstand hat den Rechnungsabschluss aufzustellen und dem Verwaltungsrat vorzulegen. Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung des Vorstandes.

§ 8 Jahresrechnung

Für die Aufstellung, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses (Jahresrechnung) gilt § 77 Abs 1 SGB IV i.V.m. § 9 Abs 1 Nr. 4 und Abs 4 AAG entsprechend.

Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließen die Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.

§ 9 Prüfung der Geschäfts-, Betriebs- und Rechnungsprüfung.

§ 2 und 3 der Satzung gelten entsprechend.

Artikel III

In-Kraft-Treten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 29.09.2011 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.01.2012 in Kraft, gleichzeitig treten die Satzung vom 01.01.2004 und die dazu ergänzenden Nachträge außer Kraft
3. § 4 der Satzung tritt am Tag nach seiner Bekanntmachung in Kraft (§ 34 Absatz 2 Satz 2 SGB IV).
4. Änderungen zum 09.10.2012
Es treten die Bestimmungen wie folgt in Kraft:
Artikel II § 4 zum 01.01.2013
5. Änderungen zum 14.12.2012
Es treten die Bestimmungen wie folgt in Kraft:
§ 12 d zum 01.07.2012
§ 13a Nr. III zum 01.04.2012
§ 11 und § 14 zum 01.01.2013
Anlage zu § 2 Nr. III (Entschädigung) zum 01.01.2013
6. Änderungen zum 17.12.2013
Es treten die Bestimmungen wie folgt in Kraft:
§§ 12 d II und III, 13 c, 19 zum 01.01.2014
Anlage zu § 2 IV und VII (Entschädigung) zum 01.01.2013
7. Änderungen zum 22.07.2014
Es treten die Bestimmungen wie folgt in Kraft:
Anlage zu § 2 III (Entschädigung) zum 01.01.2013
§ 20 zum 01.01.2014
§ 12b III zum 01.02.2014
§6 IV zum 01.08.2014
8. Änderungen zum 16.12.2014
Es treten die Bestimmungen wie folgt in Kraft:
§§ 6, 9, 10, 12d Nr. IV zum 01.01.2015
§ 12b III zum 01.01.2014
Artikel II § 4 Nr. 2 zum 01.01.2015
9. Änderungen zum 09.12.2015
Es treten die Bestimmungen wie folgt in Kraft:
§§ 8b I und VII, 9, 13 I, 15 III, 17 zum 01.01.2016
§ 10a II zum 01.10.2015
10. Änderungen zum 06.12.2016
Es treten die Bestimmungen wie folgt in Kraft:
§ 9, § 12 d Nr. V, VI und VII zum 01.01.2017
Artikel II § 4 Nr. 2 zum 01.01.2017

Artikel III

In-Kraft-Treten

1. Änderungen zum 23. Mai 2017
Es treten die Bestimmung wie folgt in Kraft
§§ 12 d Nr. II, III, V und VII, 14 zum 01.01.2017
2. Änderungen zum 14. Dezember 2018
Es treten die Bestimmung wie folgt in Kraft
§§ 10a I, 12 b III a, 12 d III, 14 I Nr. 1, 14 a und 15 zum 01.01.2019
Artikel II § 4 Nr. 2 zum 01.01.2019

Regen, 14.12.2018



Karl Rahn
Vorsitzender des Verwaltungsrates
BKK Faber-Castell & Partner, Regen

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigung

Entschädigung und Reisekosten für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates:

- I. Der Versicherungsträger erstattet den Mitgliedern des Verwaltungsrates ihren baren Auslagen gegen Nachweise.
- II. Der Versicherungsträger ersetzt den Mitgliedern des Verwaltungsrates den tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienst und erstattet ihnen die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens ein Fünfundsiebzigstel der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV). Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaufschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ein Drittel des in Satz 2 genannten Höchstbetrages zu ersetzen. Der Verdienstaufschlag wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden geleistet, die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen.
- III. Die Mitglieder des Verwaltungsrates und der Widerspruchsstellen erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand; die Höhe des Pauschbetrages soll in einem angemessenen Verhältnis zu dem regelmäßigen außerhalb der Arbeitszeit erforderlichen Zeitaufwand, - insbesondere für die Vorbereitung der Sitzungen-, stehen. Es gilt ein einheitlicher Betrag von € 40,- je Sitzungstag. Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage kann für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden.
- IV. Der Verwaltungsrat beschließt den Pauschbetrag nach Absatz III. Die Beschlüsse bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.
- V. Bei Dienstreisen außerhalb des Kassensitzes wird Reisekostenvergütung nach den jeweils geltenden Bestimmungen des BayRkG gewährt. Sind unvermeidbare Übernachtungskosten entstanden, die das Übernachtungsgeld überschreiten, so wird auch der nachgewiesene Mehrbetrag erstattet.

Bei Fahrten mit der Eisenbahn werden die Kosten der Hin- und Rückreise der 1. Beförderungskasse einschließlich Nebenkosten (Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung usw.) erstattet.

- VI. Für die Benutzung eines eigenen PKW wird den Organmitgliedern der Betriebskrankenkassen ein Kilometergeld gemäß Art. 6 Abs. 1 BayRkG bezahlt.

Werden Personen, die gegen die BKK einen Anspruch auf Fahrtkostenerstattung haben, im Kraftwagen eines Organmitgliedes mitgenommen, wird je Person gefahrenen Kilometer eine Mitnahmeentschädigung von 0,02 € gezahlt.

- VII. Für die Tätigkeit im Aufsichtsrat sowie in der Mitgliederversammlung des BKK Dachverbandes e. V. werden Entschädigungen nach I, II, III, V und VI. gewährt, soweit diese vom BKK Dachverband e. V. nicht selbst getragen werden.

Anlage zu § 13b der Satzung

Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Geltungsbereich	Diab. I	Diab. II	Brustkrebs	KHK	Asthma	COPD
KV Bayern	X	X	X	X	X	X
KV Baden-Württemberg	X	X	X	X	X	X
KV Berlin			X	X	X	X
KV Brandenburg	X			X	X	X
KV Hessen	X	X	X	X	X	X
KV Mecklenburg-Vorp.		X				
KV Niedersachsen	X	X		X	X	X
KV Nordrhein	X	X	X	X	X	X
KV Rheinland-Pfalz	X	X		X	X	X
KV Saarland				X		
KV Sachsen	X	X	X	X	X	X
KV Sachsen-Anhalt		X				
KV Thüringen	X	X		X	X	X
KV Westfalen-Lippe	X	X	X	X	X	X
KV Bremen						
KV Schleswig Holstein						
KV Hamburg						