



Genossenschaftliche FinanzGruppe
Volksbanken Raiffeisenbanken



Herzlich. Echt. Verlässlich.

Satzung

R+V Betriebskrankenkasse

Stand: 09.01.2026

VORWORT

Leitbild der BKK

Unsere Arbeit – Damit es Ihnen gut geht

- Die Grundlage unserer Leistungsstärke ist schneller und persönlicher Service.
- Mit Freundlichkeit und Höflichkeit leisten wir unbürokratische Hilfe. Wir arbeiten nicht mit Nummern, sondern für Menschen.
- Als hochmotiviertes Team pflegen wir einen partnerschaftlichen Umgang mit unseren Kunden.

Doch wir wollen mehr:

- Wir nutzen unseren gesamten Leistungsspielraum immer zum Wohle und Vorteil unserer Versicherten.
- Im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften finanzieren wir auch anerkannte Außenseitermethoden und suchen nach alternativen Lösungen anstelle vorschneller Ablehnungen.
- Wir halten, was wir versprechen.

Inhalt der Satzung gemäß § 194 SGB V

Inhalt der Satzung gemäß § 194 SGB V	3
Artikel I	5
§ 1 Name der Betriebskrankenkasse gemäß § 194 Absatz 1 Nr. 1 SGB V, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse gemäß § 194 Absatz 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V	5
§ 2 Verwaltungsrat gemäß § 31 Absatz 3a in Verbindung mit § 33 Absatz 3 Satz 1 SGB IV, § 197 SGB V	5
§ 3 Vorstand	7
§ 4 Widerspruchsausschuss gemäß § 36a Absatz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 36a Absatz 2 SGB IV	8
§ 5 Kreis der versicherten Personen	10
§ 6 Austritt nach § 175 Abs. 4 SGB V	10
§ 7 Aufbringung der Mittel	11
§ 8 Bemessung der Beiträge	11
§ 8a Wahltarif Prämienzahlung gemäß § 53 Abs. 2 SGB V	11
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 Abs. 1 SGB V	12
§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	12
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	13
§ 11 Höhe der Rücklage; Entschuldung	13
§ 12 Leistungen gemäß § 11 SGB V	13
§ 12a Wahltarif Selbstbehalt gemäß § 53 Abs. 1 SGB V	20
§ 12b Primärprävention gemäß § 20 Abs. 1 und Abs. 2, Abs. 4 Nr. 1 bis Nr. 3 in Verbindung mit Abs. 5 SGB V	21
§ 12c Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Abs. 2 SGB V	22
§ 12d Leistungsausschluss	23
§ 12e Zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. (6) SGB V	23
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	24
§ 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	24
§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	25
§ 13c Wahltarif besondere Versorgung gemäß § 53 Abs. 3 in Verbindung mit § 140a SGB V	25
§ 13d Wahltarif Selbstbehalt bei stationärer Behandlung	25
§ 14 Bonusprogramm classic	26
§ 14a nicht besetzt	27
§ 14b Kinder- Bonusprogramm	27
§ 14c Bonusprogramm aktiv	27
§ 14d Bonusprogramm zur Betrieblichen Gesundheitsförderung	28
§ 14e Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	29
§ 14f Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V	29
§ 15 Wahltarif Krankengeld gemäß § 53 Abs. 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V	29
§ 16 Kooperation mit der PKV	34

§ 17	Aufsicht.....	34
§ 18	Mitgliedschaft zum Landesverband.....	34
§ 19	Bekanntmachungen	34
Artikel II.....		35
Inkrafttreten.....		35
Anlagen.....		36
Anlage 1 zu § 2 der Satzung - Entschädigungsregelung		36
Anlage 2 zu § 14 Abs. 3 der Satzung - Bonusprogramm classic		38
Anlage 3 zu § 14a - nicht besetzt		38
Anlage 4 zu § 14b Abs. 3 der Satzung Kinder- Bonusprogramm		38
Anlage 5 zu § 14c der Satzung – Bonusprogramm aktiv		39

Die Satzung der R+V BKK unterliegt dem Leitprinzip, die Gleichstellung von Frauen und Männern auch sprachlich zum Ausdruck zu bringen und Menschen mit unterschiedlichen Geschlechteridentitäten durch geschlechtergerechte Sprache in gleicher Weise einzubeziehen. Im Interesse rechtssprachlicher Klarheit gelten bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung die gewählten Formulierungen uneingeschränkt für alle Geschlechter.

Artikel I

§ 1 Name der Betriebskrankenkasse gemäß § 194 Absatz 1 Nr. 1 SGB V, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse gemäß § 194 Absatz 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V

- (1) Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Recht und führt den Namen R+V Betriebskrankenkasse – Kurzbezeichnung: R+V BKK. Sie ist errichtet worden am 1. Januar 1992. Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 65205 Wiesbaden.
- (2) Der Bezirk der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die R+V-Direktion in Wiesbaden und die angeschlossenen R+V-Direktionsbetriebe in Frankfurt, Hannover und Stuttgart, der R+V Allgemeine Versicherung AG und der R+V Lebensversicherung AG und die dazugehörigen Filialdirektionen dieser Gesellschaften im Bundesgebiet und auf
 - die UMB (Unternehmens- Managementberatungs GmbH) und die
 - R+V Service Center GmbH und die
 - R+V Versicherung AG und die
 - KRAVAG Logistic AG und die
 - carexpert Sachverständigen GmbH

Darüber hinaus erstreckt sich der Bezirk der BKK auf das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat gemäß § 31 Absatz 3a in Verbindung mit § 33 Absatz 3 Satz 1 SGB IV, § 197 SGB V

- (1)
 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, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrats.
- (2) Der Verwaltungsrat besteht aus 6 Vertretern der Versicherten und 3 Vertretern der Arbeitgeber. Jeder Versichertenvertreter hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreter errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.
- (3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

4. den Vorstand sowie den Vorsitzenden des Vorstandes zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
 5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,
 6. den Vorstand zu überwachen,
 7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse 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 Krankenkassen 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.
- (4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (5a) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- (6) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage 1 zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage 1 ist Bestandteil der Satzung.
- (7) ¹Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen. ²Die Mitglieder des Verwaltungsrats gelten bei einer hybriden oder digitalen Sitzung per Bild- und Tonübertragung als anwesend im Sinne des § 64 Absatz 1 Satz 1 SGB IV.
- (8) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (9) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.
- (10) Gewichtete Stimmenzahl wahlberechtigter Arbeitgeber
- Bei einer Wahlhandlung der Arbeitgebervertreter wird abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 1 SGB IV zum 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.
- (11) ¹Sitzungen des Verwaltungsrats können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen). ²Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. ³Hybride Sitzungen sind nicht zulässig

bei konstituierenden Sitzungen. 4Bei öffentlichen, hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen.

- (12) 1In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrats digital (digitale Sitzung) stattfinden. 2Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. 3Die Teilnahme mittels Bild- und Tonübertragung setzt insbesondere voraus, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für eine ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden Sitzung eingehalten werden und jedes einzelne Mitglied sicher authentifiziert werden kann. 4Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrats stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest. 5Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrats und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. 6Der Widerspruch ist unverzüglich nach Bekanntgabe der Feststellung des Ausnahmefalls in Textform an die oder den Vorsitzenden zu richten. 7Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.
- (13) 1Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. 2Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der R+V BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. 3Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. 4Bei öffentlichen, digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. 5Bei nicht öffentlichen hybriden und digitalen Sitzungen haben die durch Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder des Verwaltungsrats sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können.
- (14) 1In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. 2Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. 3Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. 4Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der R+V BKK liegen, sind unbeachtlich. 5Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

§ 3 Vorstand

- (1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehören zwei Mitglieder an. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig.
- (2) Der Vorstand sowie der Vorsitzende des Vorstandes werden vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3) Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen .

Jedes Vorstandsmitglied ist berechtigt, die Betriebskrankenkasse alleine zu vertreten.

Er 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 nach § 31 SVHV zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestimmten Prüfers dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
 6. die Betriebskrankenkasse 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 mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- (4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
- (5) Der Vorstand erlässt Regelungen über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse. Innerhalb vom Vorstand erlassenen Regelungen verwaltet jedes Mitglied des Vorstands seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende

§ 4 Widerspruchsausschuss gemäß § 36a Absatz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 36a Absatz 2 SGB IV

- (1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Wiesbaden.
- (2)
1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus einem Vertreter der Versicherten aus dem Kreis der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und einem Arbeitgebervertreter, der die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllt.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

7. ¹Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn er ordnungsgemäß einberufen ist und die Mitglieder des Widerspruchsausschusses oder ihre Stellvertreter anwesend sind. ²Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses gelten bei einer hybriden oder digitalen Sitzung per Bild- und Tonübertragung als anwesend im Sinne des § 64 Absatz 1 Satz 1 SGB IV
 8. Die Beschlüsse des Widerspruchsausschusses ergehen mit Stimmenmehrheit. Eine Stimmenthaltung gilt als Ablehnung des Widerspruchs oder des Einspruchs. Kommt eine Stimmenmehrheit nicht zustande, gilt der Widerspruch als zurückgewiesen.
 9. ¹Sitzungen des Widerspruchsausschusses können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzung). ²Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. ³Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen des Widerspruchsausschusses.
 10. ¹In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Widerspruchsausschusses digital stattfinden (digitale Sitzung). ²Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. ³Die Teilnahme mittels Bild- und Tonübertragung setzt insbesondere voraus, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für eine ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden Sitzung eingehalten werden und jedes einzelne Mitglied sicher authentifiziert werden kann. ⁴Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest. ⁵Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht. ⁶Der Widerspruch ist unverzüglich nach Bekanntgabe der Feststellung des Ausnahmefalls in Textform an die oder den Vorsitzenden zu richten. ⁷Wenn ein Mitglied widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.
 11. ¹Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. ²Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der R+V BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. ³Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. ⁴Bei hybriden und digitalen Sitzungen haben die durch Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder des Widerspruchsausschusses sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können.
 12. ¹In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. ²Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. ³Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. ⁴Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der R+V BKK liegen, sind unbeachtlich. ⁵Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.
 13. ¹Der Widerspruchsausschuss kann schriftlich ohne Sitzung abstimmen es sein denn, mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung. ²Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.
- (3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- (4) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- (1) Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören
 1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- (2) Nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (3) 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 Austritt nach § 175 Abs. 4 SGB V

- (1) ¹Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Betriebskrankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. ²Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. ³Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. ⁴Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 SGB V bei der neuen Krankenkasse erklärt. ⁵Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. ⁶Die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- (2) ¹Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals 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; Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. ²Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes 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. ³Überschreitet 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. ⁴Kommt 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.
- (3) ¹Abweichend von Abs. 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. ²Es gelten Abs. 1 Satz 5 und Satz 6. ³Die

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

- (4) ¹Wenn ein Wahltarif nach §§ 8a, 12a oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 8a Abs. 7, 12a Abs. 8 oder 15 Abs. 15, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. ²Abweichend von Satz 1 gilt bei erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitragssatzes oder bei dessen Erhöhung nach § 242 Abs. 1 SGB V das Kündigungsrecht nach Abs. 2 ungeachtet der Bindungsfrist an den Wahltarif, jedoch nicht für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse 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 Wahltarif Prämienzahlung gemäß § 53 Abs. 2 SGB V

- (1) Mitglieder, die länger als 3 Monate im Kalenderjahr bei der Betriebskrankenkasse versichert sind, 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. Wird die schriftliche oder elektronische Erklärung abgegeben, beginnt die Teilnahme ab dem Ersten des folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft.
- (2) Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
- die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen, mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V,
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V; Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, § 22a SGB V)

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.

- (3) Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Abs. II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen. Dies verwirkt automatisch den Anspruch auf Prämienzahlung.

Werden vertragsärztliche Leistungen oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolge in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung dieser Leistungen auf die Prämie. Der Anspruch auf Prämienzahlung bleibt erhalten.

- (4) Die jährliche Prämienzahlung beträgt 100,00 EUR im ersten Jahr der Teilnahme und steigert sich in jedem Folgejahr ohne Leistungsanspruchnahme um weitere 100,00 EUR bis zu 300,00 EUR pro Jahr. Maximal beträgt die Prämie jedoch 1/12 des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrags.

- (5) Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahlтарifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600,00 EUR bei einem und 900,00 EUR bei mehreren Wahlтарifen nicht überschreiten.
- (6) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahlтарif nach Abs. I nicht wählen. Wenn nach der Wahl der Prämienzahlung die Beiträge für das Mitglied vollständig durch Dritte übernommen werden, endet dieser mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden.
- (7) Die Mindestbindungsfrist an den Wahlтарif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahlтарif nach Abs. 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, gekündigt werden. § 6 Abs. 4 Satz 2 bleibt unberührt. Der Wahlтарif 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 Abs. 4 SGB V, endet der Wahlтарif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 Abs. 1 SGB V

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 3,49 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- (1) Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Abs. 2 Nr. 5 und 8 Abs. 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte bzw. dessen Rechtsnachfolger übertragen.
- (2) Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die R+V BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte bzw. dessen Rechtsnachfolger weitergeleitet.
- (3) Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte bzw. dessen Rechtsnachfolger gemäß § 9 Abs. 5 AAG die Satzungshoheit übertragen.

Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte bzw. dessen Rechtsnachfolger ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- (1) Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen 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 oder Arbeitseinkommen 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 der Beiträge des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbeitrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

- (2) Die von den 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.
- (3) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 11 Höhe der Rücklage; Entschuldung

Die Rücklage beträgt 20 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen gemäß § 11 SGB V

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V)
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V)
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V)
5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 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.

(2) Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgeltes nicht übersteigen.
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

(3) Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme zu informieren. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse 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 veranlasste 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 R+V BKK davon Kenntnis erhält.

Wurde ein Wahltarif nach § 12a Abs. I (Selbstbehalt) gewählt, gilt die Kündigungsfrist des § 12a Abs. VII entsprechend.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch ärztliche Verordnungen nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Die Erstattung erfolgt regelhaft nach einem vereinfachenden Verfahren in Höhe von 24,3 % der ausgewiesenen privatärztlichen ambulanten Rechnungslegung; auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages.
8. 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 Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 50,00 EUR für Verwaltungskosten 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.

9. 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.

(4) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. ¹Gemäß § 13 Abs. 2 in Verbindung mit § 129 Abs. 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen.
²Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Abs. 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
 - a. als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder
 - b. dass gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre.
³Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

⁴Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. ⁵Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. ⁶Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, sind von den Versicherten selbst zu tragen.
2. Der Erstattungsbetrag für die Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V ist ausgehend vom Apothekenverkaufspreis der Rechnung um 30 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
3. Es gelten § 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6.

(5) Osteopathie

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Bereich der Heilmittel.

Versicherte können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, um eine Krankheit zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, 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 einem Verband der Osteopathen berechtigt.

Die R+V Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 100 v. H. des tatsächlichen Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 40 EUR pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

(6) Leistungen sowie medizinische Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Bereich der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie aus dem Bereich der medizinischen Vorsorge:

1. Die Leistung Partner-Geburtsvorbereitungskurs für Ehegatten / Vater des Kindes / Partner / Begleitperson wird in voller Höhe erstattet, wenn der Kurs von einer Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V erbracht wird.
2. Die Leistung einer 24-stündigen Rufbereitschaftspauschale wird für Versicherte, die diese in der Regel innerhalb der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche in Anspruch nehmen, erstattet. Voraussetzung ist, dass die freiberuflich tätige Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist.

Die Erstattung erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme, maximal jedoch bis zu einem Betrag von 250,00 EUR je Schwangerschaft. Für die Erstattung ist die Vorlage der Rechnung erforderlich.

3. 1Vorsorge- und zusätzliche Leistungen während der Schwangerschaft werden auf Antrag bezuschusst. 2Zuschussfähig sind im Einzelfall mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation nach ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt über die gesetzlich geregelten Vorsorgeleistungen und Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien hinaus folgende Zusatzleistungen:
 - a. Toxoplasmose-Screening für Schwangere mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z.B. Kontakt mit Katzen).
 - b. B-Streptokokken-Test für Schwangere um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
 - c. Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
 - d. Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.

- e. Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.

³Der Anspruch besteht, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken oder eine Schwächung der Gesundheit der Schwangeren, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen.

⁴Insgesamt ist ein Zuschuss von maximal 50,00 EUR je Schwangerschaft möglich.

⁵Der Anspruch setzt voraus, dass die Vorsorgeleistungen qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt werden, der an der vertragsärztlichen Versorgung (Kassenarzt) im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnimmt oder der nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist.

⁶Zur Kostenerstattung sind der R+V BKK spezifizierte Rechnungen vorzulegen.

- 4. ¹Nutzen schwangere Versicherte aufbauend auf den klassischen Geburtsvorbereitungskursen ein digitales Erweiterungsangebot (Onlinekurs als Webinar oder appbasiert) mit dem Ziel, erworbenes Wissen über alle relevanten Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nachhaltig zu festigen, beteiligt sich die R+V BKK auf der Grundlage von § 11 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 24d SGB V an den Kosten. ²Der Zuschuss beträgt 50,00 EUR, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. ³Kosten für eine notwendige technische Ausstattung werden nicht übernommen. ⁴Voraussetzung ist, dass das Angebot von Hebammen/Entbindungspflegern unterbreitet wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sind.

(7) Zusätzliche ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

- 1. ¹Versicherte haben auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V und nach Maßgabe der folgenden Absätze Anspruch auf ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern, falls die Leistungen medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. ²Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die R+V BKK mit den nicht zugelassenen Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern eine Vereinbarung nach Absatz 2 getroffen hat, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet.
- 2. ¹Die R+V BKK schließt unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V mit nicht zugelassenen Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen. ²Vertragspartner(innen) der Vereinbarungen können nur Leistungserbringer(innen) im Inland oder in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz sein, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind und die über eine Qualifikation verfügen, die der Qualifikation der im 4. Kapitel des SGB V genannten Leistungserbringer(innen) oder der Qualifikation der im jeweiligen nationalen System der gesetzlichen Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten vorgesehenen Leistungserbringer(innen) vergleichbar ist, und die eine vergleichbare Versorgung sicherstellen.
- 3. Die Erbringung von Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen worden sind, ist nicht Regelungsgegenstand der Vereinbarungen nach Absatz 2.
- 4. ¹Die R+V BKK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer(innen), mit denen Vereinbarungen nach Absatz 2 getroffen worden sind. ²Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Leistungsdurchführung sowie zu Eigenbeteiligungen der Versicherten. ³Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. ⁴Die R+V BKK stellt ihnen auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- 5. Für veranlasste Leistungen gilt § 12 Absatz 3 (Kostenerstattung) entsprechend.

(8) Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

1. ¹Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. ²Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungslektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. ³Der Anspruch setzt voraus, dass die jeweilige Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.
2. ¹Der Zuschuss beträgt maximal 60 EUR pro Behandlung nach Ziffer 1 Satz 1 und maximal 120 EUR pro Behandlung nach Ziffer 1 Sätze 1 und 2 zusammen, aber nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. ²Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. ³Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.

(9) Sensomotorische Einlagen

1. Die R+V Betriebskrankenkasse erstattet Versicherten, bei einer durch einen zugelassenen Vertragsarzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erfolgten Verordnung, die Kosten für sensomotorische Einlagen – sofern deren Anwendung medizinisch notwendig ist und folgende Indikationen vorliegen:
 - Knick-Senk-Spreizfuß, kontrakt
 - Ballen-Hohlfuß
 - rheumatischer Spreizfuß
 - angio-neuropathische Fußveränderungen in Kombination mit anderen Fußdeformitäten.
2. ¹Die R+V Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für sensomotorische Einlagen nach Ziffer 1. in Höhe von 120,00 EUR pro Versorgung, maximal jedoch die tatsächlich entstandenen Kosten. ²Pro Kalenderjahr sind maximal zwei Versorgungen erstattungsfähig. ³Neben der Erstattung zu den sensomotorischen Einlagen werden keine weiteren Kosten in diesem Zusammenhang, z.B. ärztliche Kosten in Verbindung mit der Verordnung, Kosten nach GOÄ oder ähnliches übernommen.
3. Zur Erstattung sind die Rechnung und die ärztliche Verordnung vorzulegen

(10) Professionelle Zahnreinigung

- ¹Versicherte der R+V Betriebskrankenkasse erhalten ergänzend zu den Vorsorgeleistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V einen Zuschuss zu Leistungen der professionellen Zahnreinigung in Höhe von bis zu 50 EUR je Kalenderjahr, maximal jedoch die tatsächlich entstandenen Kosten.
- ²Die professionelle Zahnreinigung muss bei einem Vertragszahnarzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten zahnärztlichen Leistungserbringern erfolgen.
- ³Zur Erstattung ist die Rechnung vorzulegen.

(11) Medizinische Vorsorge

1. ¹Versicherte der R+V Betriebskrankenkasse erhalten eine Erstattung über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus für Kosten folgender durchgeführter Leistungen von Ärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern:
 - a) frauenärztlich veranlasste Brustkrebsuntersuchung zur Abtastung und Inspektion wie auch die Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung durch blinde oder

sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucher/-innen (MTU),

- b) Untersuchung zur Früherkennung von Hodenkrebs (Sonographie),
 - c) Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs (Darmspiegelung, immunologischen Stuhltest),
 - d) Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs,
 - e) Untersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (PAP-Test, HPV-Test, Dünnschichtzytologie),
 - f) Untersuchung zur Früherkennung auf Vitamin D-Mangel,
 - g) Kinder-Vorsorgeuntersuchung U10, U11, J2.
2. ¹Voraussetzung für alle unter Ziffer 1. genannten zusätzlichen Leistungen ist, dass bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen oder die Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung vermieden werden kann.
- ²Die R+V Betriebskrankenkasse erstattet für alle aufgeführten Leistungen jeweils 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. jedoch 100 EUR pro Versicherten und Kalenderjahr.
- ³Zur Erstattung sind Rechnungen vorzulegen.

(12) Zahnmedizinische Leistungen

1. ¹Über die gesetzlichen Regelleistungen hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse die Kosten für folgende durchgeführte Leistungen:
- a) Glatflächen-/ Fissurenversiegelung bei kieferorthopädischer Behandlung mit Multi-band bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
 - b) Anästhesie (Vollnarkose) und Lachgas-Sedierung bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern es keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist,
 - c) Fissurenversiegelung der kariesfreien Prämolaren 4 und 5 im bleibenden Gebiss bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- ²Erstattet wird je Leistung ein Betrag von bis zu 100,00 EUR je Versicherten einmal pro Kalenderjahr.
2. ¹Darüber hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse zusätzlich zu den gesetzlichen Regelleistungen die Kosten für digitale Volumentomographie / 3D-Röntgen bei einem kieferchirurgischen Eingriff. ²Erstattet wird ein Betrag von bis zu 100,00 EUR je Versicherten einmal pro Kalenderjahr.
3. ¹Weiterhin übernimmt die Betriebskrankenkasse zusätzlich zu den gesetzlichen Regelleistungen die Kosten für die Kariesinfiltration. ²Erstattet wird ein Betrag von bis zu 60,00 EUR je Versicherten einmal pro Kalenderjahr.
4. Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern vorzulegen.

§ 12a Wahltarif Selbstbehalt gemäß § 53 Abs. 1 SGB V

- (1) Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 17.000 EUR, die keine Kostenerstattung nach § 12 Abs. (5) gewählt haben, können für sich jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten in Höhe von 300 EUR (Selbstbehalt) übernehmen.

Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 32.000 EUR, die keine Kostenerstattung nach § 12 Abs. (5) gewählt haben, können für sich jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten in Höhe von 600,00 EUR übernehmen (Selbstbehalt).

Mitglieder, die ihre Beiträge aus der Beitragsbemessungsgrenze entrichten und die keine Kostenerstattung nach § 12 Abs. (5) gewählt haben, können für sich jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten in Höhe von 900,00 EUR übernehmen (Selbstbehalt).

- (2) Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
- die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen, mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V,
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V; Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, § 22a SGB V)
- (3) Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Abs. (2) in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

Werden vertragsärztliche Leistungen oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolge in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt.

Vertragsärztliche bzw. vertragszahnärztliche Leistungen, die mit der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 SGB V abgegolten sind, werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

- (4) Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 300,00 EUR jährlich 250,00 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 600,00 EUR jährlich 450,00 EUR und bei einem jährlichen Selbstbehalt von 900,00 EUR jährlich 600,00 EUR. § 8a Abs. (5) gilt entsprechend. Die Prämienzahlung an das Mitglied erfolgt, sobald sämtliche Leistungsdaten für das abgelaufene Kalenderjahr vorliegen, spätestens zum 31.12. des Folgejahres.
- (5) Die Wahl des Selbstbezahls wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Abs. (1) und die Prämienzahlung nach Abs. (4) anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht. Soweit nach der Wahl des Selbstbezahls nach Abs. (1) die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, endet der Wahltarif abweichend von der dreijährigen Mindestbindungsfrist mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen werden.
- (6) Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach § 13a sowie nach 13b ist ausgeschlossen.
- (7) § 8a Abs. (6) gilt entsprechend.

- (8) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Abs. (1) erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. § 6 Abs. 4 Satz 2 bleibt unberührt. 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) Die Einstufung im Wahltarif Selbstbehalt erfolgt grundsätzlich bindend für die Dauer der Teilnahme am Wahltarif. Umstufungen in eine niedrige oder höhere Selbstbehaltstufe aufgrund von Einkommensänderungen sind nur in begründeten Ausnahmefällen möglich.

Ein begründeter Ausnahmefall liegt dann vor, wenn das Einkommen dauerhaft über dem Einkommen liegt, das zur Zeit der Einstufung in die Selbstbehaltstufe geführt hat. Die Einkommenserhöhung muss vom Mitglied schriftlich oder elektronisch mit einem entsprechenden Nachweis mitgeteilt werden. Daraufhin erfolgt die Umstufung in die Selbstbehaltstufe, die dem vom Mitglied nachgewiesenen Einkommen entspricht. Die neue Selbstbehaltstufe gilt ab dem 01.01. des auf den Umstufungsantrag folgenden Kalenderjahres.

Ein begründeter Ausnahmefall liegt dann vor, wenn es sich um eine dauerhafte Einkommensminderung handelt. Das Mitglied wird aufgrund der vorliegenden Mindesteinkommensgrenzen im Wahltarif Selbstbehalt automatisch umgestuft. Die niedrigere Selbstbehaltstufe gilt ab dem 01.01. des folgenden Kalenderjahres.

Das Kündigungsrecht in besonderen Härtefällen bleibt davon unberührt.

Durch die Umstufung in eine niedrige oder höhere Selbstbehaltstufe wird die Bindungsfrist nicht unterbrochen.

§ 12b Präventionsleistungen gemäß § 20 Abs. 1 und Abs. 2, Abs. 4 Nr. 1 bis Nr. 3 in Verbindung mit Abs. 5 SGB V

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem

- individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V)
- Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V)
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V).

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der 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 Betrag von bis zu 100,00 EUR je Maßnahme gewährt.

Davon abweichend beträgt der Zuschuss für Präventionsmaßnahmen im Rahmen von Kompaktangeboten, die den Vorgaben des jeweils aktuellen Leitfadens Prävention nach § 20 SGB V entsprechen, maximal 200,00 EUR je Kalenderjahr. Dies gilt nicht für die übrigen Kosten der Kompaktangebote.

Die Höhe der Zuschüsse für primäre Prävention nach dem individuellen Ansatz und für Kompaktangebote ist für alle Versicherten auf insgesamt 200,00 EUR je Kalenderjahr begrenzt, ausgenommen sind hier Leistungen die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden. Die Versicherten haben einen Eigenanteil für die Kosten für Unterkunft und Freizeitaktivitäten zu tragen.

§ 12c Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Abs. 2 SGB V

¹Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i SGB V weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe. ²Die Schutzimpfungen werden als Sachleistung gewährt. ³Kann die Erbringung als Sachleistung nicht erfolgen, sind nur tatsächlich entstandene Kosten erstattungsfähig. ⁴Keine Kostenerstattung erfolgt für Leistungen, wenn ein anderer Kostenträger die Impfung unentgeltlich anbietet, die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers fällt, oder die Impfung im Rahmen gesonderter Verträge durchgeführt und abgerechnet werden kann. ⁵Die Übernahme erfolgt nach folgenden Regelungen:

1. Bei nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalten erstattet die Betriebskrankenkasse für selbstgezahlte, ärztlich empfohlene, Schutzimpfungen gemäß STIKO den in Rechnung gestellten Impfstoff und die ärztliche Leistung.
2. Bei nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalten erstattet die Betriebskrankenkasse für selbstgezahlte, ärztliche empfohlene, Malaria- Chemoprophylaxe gemäß STIKO das in Rechnung gestellte Arzneimittel.
3. Für selbstgezahlte ärztlich empfohlene Impfungen gegen HPV-Infektionen erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für den Impfstoff in Höhe von 50 v. H. sowie die Kosten für die ärztliche Leistung bis zu einer Höhe von 14,00 EUR pro Verabreichung, höchstens jedoch den tatsächlichen Rechnungsbetrag.
4. Für selbstgezahlte ärztlich empfohlene Grippeimpfungen erstattet die Betriebskrankenkasse 80% des in Rechnung gestellten Impfstoffs, maximal jedoch 80,00 EUR der jeweiligen Impfdosis. Zusätzlich erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für die ärztliche Leistung bis zu einer Höhe von 14,00 EUR pro Verabreichung, höchstens jedoch den tatsächlichen Rechnungsbetrag.
5. Für selbstgezahlte ärztlich empfohlene Impfungen gegen Meningokokken Typ B erstattet die Betriebskrankenkasse bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, 80% der Kosten für die in Deutschland zugelassenen und in Rechnung gestellten Impfstoffe. Zusätzlich erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für die ärztliche Leistung bis zu einer Höhe von 14,00 EUR pro Verabreichung, höchstens jedoch den tatsächlichen Rechnungsbetrag.
6. Für selbstgezahlte ärztlich empfohlene Impfungen gegen Frühsommer- Meningoenzephalitis (FSME) erstattet die R+V Betriebskrankenkasse die Kosten für die in Deutschland zugelassenen und in Rechnung gestellten Impfstoffe, sofern kein anderweitiger Anspruch besteht, bzw. anderer Kostenträger zuständig ist. Zusätzlich erstattet die R+V Betriebskrankenkasse die Kosten für die ärztliche Leistung bis zu einer Höhe von 14 EUR pro Verabreichung, höchstens jedoch den tatsächlichen Rechnungsbetrag.
7. Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung übernimmt die Betriebskrankenkasse für Ihre Versicherten die Kosten für betriebsärztlich, altersunabhängig durchgeführte Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, wenn diese von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch Institut (STIKO) empfohlen und in der Richtlinie über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungsrichtlinie/SI-RL) aufgenommen sind.

§ 12d Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- (2) Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 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.
- (3) 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.

§ 12e Zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. (6) SGB V

- (1) Versicherte können auf der Grundlage von § 27b Abs. (6) SGB V und der folgenden Absätze eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur Erforderlichkeit geplanter orthopädischer und onkologischer Operationen bzw. Eingriffe (im Folgenden: Eingriffe) oder zur Überprüfung der onkologischen Therapieempfehlung einholen.
- (2) Der Anspruch setzt voraus, dass
 - a) bei dem Versicherten eine bösartige Neubildung mit ICD-Code C00-C97 als gesichert diagnostiziert wurde oder
 - b) dem Versicherten eine Krankenhauseinweisung zur Durchführung eines geplanten orthopädischen Eingriffs an Knie, Hüfte, Rücken oder Schulter, ein Überweisungsschein mit Operationsempfehlung oder – sofern der behandelnde Arzt den Eingriff selbst vornimmt – eine ärztliche Bestätigung des geplanten Eingriffs vorliegt und – im Falle eines stationären Eingriffs – eine Krankenhausaufnahme zur Durchführung des Eingriffs noch nicht erfolgt ist.
- (3) ¹Die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung wird durch Leistungserbringer, mit denen die Betriebskrankenkasse darüber eine Vereinbarung geschlossen hat, organisiert und vermittelt. ²Das Zweitmeinungsverfahren beinhaltet die Auswertung der vorhandenen Befunddaten und die Bewertung der durch den behandelnden Arzt angeratenen Maßnahme (Eingriff, Behandlung) durch Ärzte/Einrichtungen gemäß § 27b Abs. (3) SGB V. ³Hierzu enthält der Versicherte eine ärztliche Empfehlung (Zweitmeinung). Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens nicht berücksichtigt. ⁴Die Ärzte/Einrichtungen müssen über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. ⁵Kriterien für die besondere Expertise sind
 - eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
 - Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff,
 - Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
 - regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder

- besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.
- (4) Im Rahmen der Vereinbarungen nach Abs. III verpflichtet die Betriebskrankenkasse ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der Datenschutzgrundverordnung, dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus Artikel 32 DSGVO und § 64 BDSG (neu) ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.
- (5) ¹Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt. ²Unabhängig vom Ergebnis der unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff oder die Behandlung durchführen zu lassen.
- (6) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Betriebskrankenkasse in voller Höhe.
- (7) ¹Die Regelungen nach diesem Paragraphen gelten lediglich solange, bis der Gemeinsame Bundesausschuss die Anforderungen nach § 27b Abs. (2) Satz 2 SGB V festgelegt hat. ²Maßgeblich ist der Zeitpunkt der Bekanntmachung im Bundesanzeiger gemäß § 94 Abs. (2) SGB V.“

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten, Kurtaxe kalendertäglich bis zu 16,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich bis zu 25,00 EUR.

§ 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- (1) 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 Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, 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 Versorgungsverträgen, deren Leistungsinhalte sich überschneiden, ist nicht zulässig. Versicherte, die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

- (2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlen der Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die R+V BKK führt im Rahmen von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme durch.

§ 13c Wahltarif besondere Versorgung gemäß § 53 Abs. 3 in Verbindung mit § 140a SGB V

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13d Wahltarif Selbstbehalt bei stationärer Behandlung

- (1) Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 6.400 EUR, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif Selbstbehalt ausschließlich für vollstationäre Behandlungen nach § 39 SGB V wählen (Selbstbehalt im Sinne von § 53 Abs. 1 SGB V). Anfallende Kosten werden dem Mitglied von der Betriebskrankenkasse neben der gesetzlichen Zuzahlung nach § 61 SGB V bis zur maximalen Höhe des Selbstbehaltes in Rechnung gestellt. Alle anderen Leistungen der Betriebskrankenkasse werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet. Auch die Kosten für Leistungen an nach § 10 SGB V mitversicherte Angehörige werden nicht berücksichtigt. Die Wahl des Tarifs ist vom Mitglied unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen schriftlich oder elektronisch zu erklären. Der Selbstbehalt beträgt 120 EUR pro Teilnahmejahr. Für die Teilnahme erhält das Mitglied eine Prämie von 60 EUR pro Teilnahmejahr (Prämienzahlung im Sinne von § 53 Abs. 1 Satz 2 SGB V).
- (2) Die gleichzeitige Teilnahme an einem weiteren Wahltarif nach §§ 53 Abs. 1, Abs. 2 oder 53 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen.
- (3) Die Teilnahme am Tarif kann unterjährig erklärt werden, beginnt jedoch frühestens mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung beginnt die Teilnahme mit Wirkung zum Beginn des darauffolgenden Monats. Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme drei Jahre an die Wahl gebunden. Mit Ablauf der drei Jahre endet die Tarifbindung, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Der Tarif kann von dem Mitglied neu gewählt werden. Nach § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Kasse frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 S. 1 SGB V gekündigt werden. § 175 Abs. 4 S. 6 SGB V gilt entsprechend.
- (4) Die Prämie wird nach Ablauf des Kalenderjahres mit der Summe der vom Mitglied im Rahmen des Selbstbehaltes zu tragenden Kosten saldiert. Hat das Mitglied unterjährig den Wahltarif Selbstbehalt

gewählt, erfolgt die Berechnung der Prämie und des Selbstbehaltes für die Saldierung entsprechend anteilig. Die Werte für den Selbstbehalt und die Prämienzahlung verringern sich entsprechend, indem sie durch die Zahl 12 dividiert und das Ergebnis anschließend mit der Anzahl der Monate mit Tarifbindung multipliziert werden. Die Inanspruchnahme von Leistungen wird nur bezogen auf den jeweiligen Teil des Kalenderjahres betrachtet, für den die Tarifwahl gilt. Übersteigt die Prämie die Kosten, erfolgt eine Auszahlung des Differenzbetrages. Wenn keine Kosten zu berücksichtigen sind, wird die volle Prämie an das Mitglied ebenfalls noch im auf das Kalenderjahr mit dem Selbstbehalt folgenden Kalenderjahr zum Stichtag ausgezahlt.

Übersteigt die Summe der vom Mitglied zu tragenden Kosten die Prämie bzw. wird der (maximale) Selbstbehalt erreicht, ist das Mitglied zur Zahlung des Differenzbetrages an die Betriebskrankenkasse verpflichtet. Auf eine schriftliche Zahlungsaufforderung der Kasse ist der Differenzbetrag innerhalb von 14 Tagen zu zahlen. Das gilt unabhängig davon, ob zu diesem Zeitpunkt eine Mitgliedschaft bei der Kasse besteht. Übersteigen die vom Mitglied zu tragenden Kosten die gewährte Prämie, gilt Satz 1 dieses Unterabsatzes. Die jährliche Prämie von 60 EUR kann nach verbindlicher Wahl des Tarifs und Beginn des Tarifzeitraums, als Vorschuss ausgezahlt werden. Die Kosten bis zur Höhe des (maximalen) Selbstbehaltes sind der Betriebskrankenkasse zu erstatten, sofern zu berücksichtigende Leistungen in Anspruch genommen wurden. Die Betriebskrankenkasse fordert die Erstattungsbeträge für das Kalenderjahr zusammengefasst nach Ablauf des Kalenderjahres an. Im Regelfall soll aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung die Saldierung mit dem nächsten Teilnahmejahr verrechnet werden; Erstattungsbeträge sind dann mit der Prämie für das nächste Teilnahmejahr zu verrechnen. Endet die Wahl des Wahltarifs Selbstbehalt bei stationärer Behandlung während eines Kalenderjahres, erfolgt die Berechnung der Prämie und des Selbstbehaltes entsprechend der Sätze 1 und 2 dieses Unterabsatzes.

- (5) Sofern ein besonderer Härtefall nach § 53 Abs. 8 S. 3 SGB V vorliegt, kann das Mitglied die Wahl des Wahltarifs Selbstbehalt bei stationärer Behandlung vorzeitig kündigen. Das gilt insbesondere, wenn die der Beitragsberechnung zugrunde liegenden Einnahmen im Kalenderjahr unter einen Betrag von 6.400 EUR sinken oder das Mitglied arbeitslos oder erwerbsunfähig wird. Die Kündigung wirkt jeweils zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats. Es ist eine schriftliche oder elektronische Kündigung erforderlich.

§ 14 Bonusprogramm classic

- (1) ¹Versicherte ab 15 Jahren können freiwillig am Bonusprogramm classic teilnehmen.
- (2) ¹Versicherte erhalten einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, gesetzliche Gesundheitsmaßnahmen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 24d, 25, 25a, 26 SGB V i.V.m. den GB-A Richtlinien), zahnärztliche Kontrolluntersuchungen (§ 22 Abs. 1 SGB V, § 26 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V) und Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i SGB V i.V.m. den GB-A Richtlinien) in Anspruch nehmen. ²Der Bonus wird als Geldbonus im Rahmen der kalenderjährlichen Teilnahme bei Erfüllung der Voraussetzung mit einem Betrag von 10 EUR je durchgeführter, nachgewiesener und bestätigter Maßnahme gewährt. ³Eine Bonifizierung der Maßnahmen nach § 20i SGB V erfolgt je Immunisierung 1x pro Kalenderjahr.

⁴Dabei gelten Kombinationsimpfungen nur als eine bonifizierbare Maßnahme. ⁵Sämtliche in Anspruch genommene Maßnahmen nach § 24d SGB V gelten im Kalenderjahr ebenfalls nur als eine bonifizierbare Maßnahme.
- (3) ¹Versicherte erhalten einen Bonus, wenn sie regelmäßig qualitätsgesicherte Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V und § 12b der Satzung) in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen. ²Der Bonus wird als Geldbonus im Rahmen der kalenderjährlichen Teilnahme bei Erfüllung der Voraussetzung mit einem Betrag von 10 EUR je vollständig durchgeführter, nachgewiesener und bestätigter Maßnahme gewährt. ³Näheres dazu regelt die Anlage 2 der Satzung.

- (4) ¹Um einen Anreiz für gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen, erhalten Versicherte nach Erfüllung der Voraussetzung nach Abs. 2 für ihre erstmalige Teilnahme am Bonusprogramm einen einmaligen Start-Bonus in Höhe von 90 EUR. ²Dieser Start-Bonus kann nur gewährt werden, wenn der teilnehmende Versicherte zuvor noch nie an Bonusprogrammen der R+V BKK partizipiert hat.
- (5) ¹Eine Kombination von Bonusprogrammen nach §14 und §14c der Satzung ist nicht möglich.

§ 14a nicht besetzt

§ 14b Kinder- Bonusprogramm

- (1) ¹Versicherte bis einschließlich 14 Jahren können freiwillig am Kinder-Bonusprogramm teilnehmen.
- (2) ¹Versicherte erhalten einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, gesetzliche Gesundheitsmaßnahmen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§ 26 SGB V i.V.m. den GB-A Richtlinien), zahnärztliche Kontrolluntersuchungen (§ 22 Abs. 1 SGB V, § 26 Abs. 1 SGB V) und Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i SGB V i.V.m. den GB-A Richtlinien) in Anspruch nehmen. ²Der Bonus wird als Geldbonus im Rahmen der kalenderjährlichen Teilnahme bei Erfüllung der Voraussetzung mit einem Betrag von 5 EUR je durchgeführter, nachgewiesener und bestätigter Maßnahme gewährt. ³Eine Bonifizierung der Maßnahmen nach § 20i SGB V erfolgt je Immunisierung 1x pro Kalenderjahr. ⁴Dabei gelten Kombinationsimpfungen nur als eine bonifizierbare Maßnahme. ⁵Sämtliche in Anspruch genommene Maßnahmen nach § 26 SGB V gelten im Kalenderjahr ebenfalls nur als eine bonifizierbare Maßnahme.
- (3) ¹Versicherte erhalten einen Bonus, wenn sie regelmäßig qualitätsgesicherte Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V und § 12b der Satzung) in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen. ²Der Bonus wird als Geldbonus im Rahmen der kalenderjährlichen Teilnahme bei Erfüllung der Voraussetzung mit einem Betrag von 5 EUR je vollständig durchgeführter, nachgewiesener und bestätigter Maßnahme gewährt. ³Näheres dazu regelt die Anlage 4 der Satzung.

§ 14c Bonusprogramm aktiv

¹Mit dem Bonusprogramm aktiv trägt die R+V Betriebskrankenkasse zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten sowie zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung bei.

²Versicherte ab 15 Jahren können freiwillig am Bonusprogramm aktiv teilnehmen. ³Die Teilnahme erfolgt kalenderjährlich auf Grundlage von § 65a Abs. 1 SGB V (Satz 4 Nr. 1 und Nr. 2) und § 65a Abs. 1a SGB V (Satz 4 Nr. 3). ⁴Durch einen aktiven Einsatz für die Gesundheit, kann ein Bonus durch eine Inanspruchnahme folgender Maßnahmen im Teilnahmezeitraum erlangt werden:

1. Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V, Zahnvorsorge (§§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V), Mutterschaftsvorsorge (§ 24d SGB V, Mutterschafts-Richtlinien),
2. Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i SGB V, § 12c der R+V Betriebskrankenkasse Satzung),
3. Regelmäßige Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V, § 12b der R+V Betriebskrankenkasse Satzung) oder vergleichbaren qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens i.V.m. Anlage 5 zu § 14c der Satzung Nr. 3.

⁵Um einen Anreiz für gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen, erhalten Versicherte nach Erfüllung mindestens einer Voraussetzung für ihre erstmalige Teilnahme am Bonusprogramm einen einmaligen Start-Bonus in Höhe von 50 EUR.

6Eine Kombination von Bonusprogrammen nach § 14 und § 14c der Satzung ist nicht möglich.

7Näheres dazu regelt die Anlage 5 der Satzung.

§ 14d Bonusprogramm zur Betrieblichen Gesundheitsförderung

Die R+V BKK kann gemäß § 65a Abs. 2 SGB V mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis folgender Bedingungen knüpft. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die BGF und den Krankenversicherungsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag eines Monats nicht überschreiten. Die Höhe der Bonuszahlungen wird im Bonusvertrag geregelt.

Ein Bonus der Stufe 1 wird bei Verankerung der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber pro Kalenderjahr folgende Voraussetzungen erfüllt und nachweist:

1. Mindestens einmal im Quartal findet ein Treffen des „Arbeitskreis Gesundheit“ mit einem Vertreter der BKK statt.
2. Erstellung eines Gesundheitsberichtes durch die R+V BKK. Aus Datenschutzgründen kann der Bericht nur erstellt werden, wenn mindestens 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Unternehmens bei der R+V BKK versichert sind.
3. Das Unternehmen stellt finanzielle und personelle Ressourcen für die BGF zur Verfügung.
4. BGF ist Bestandteil des Unternehmensleitbildes.

Der Bonus der Stufe 1 erhöht sich um Stufe 2, wenn der Arbeitgeber jedes Kalenderjahr zusätzlich folgende gesundheitsfördernde Aktivitäten nachweist:

5. Durchführung einer Gripeschutzimpfkation.
6. Durchführung von Bewegungsangeboten (Präventionskurse, Betriebssport oder Vortrag/Seminar). Voraussetzung ist, dass mindestens 10% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Angebote wahrnehmen.
7. Durchführung von Ernährungsangeboten (Präventionskurse oder Vortrag/Seminar).
8. Durchführung von Entspannungsangeboten (Präventionskurse, Vortrag/Seminar, Ruheräume oder Mobile Massage) bei Teilnahme von mindestens 10% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
9. Durchführung von Maßnahmen zur Verringerung des Suchtmittelkonsums (Präventionskurse, Vortrag/Seminar oder Umsetzung des Nichtraucher-schutzes).
10. Maßnahmen zur mitarbeiterorientierten Führung. Voraussetzung ist die Teilnahme von mindestens 90% der Führungskräfte.
11. Unternehmen installiert zentrale Ansprechstelle für BGF.
12. Unternehmen mit mindestens 100 Beschäftigten organisieren einen Gesundheitstag für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter Beteiligung der R+V BKK.
13. Angebot zielgruppenspezifischer Maßnahmen (z.B. für Auszubildende oder ältere Mitarbeiter).

Eine Ergebniskontrolle wird ab dem 2. Kalenderjahr stattfinden.

§ 14e Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Abs. 5 SGB V in den folgenden Handlungsfeldern
 1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktiv Beschäftigte
 2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
 3. Suchtprävention im Betrieb oder
 4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkungzu mindestens 80% teilnehmen. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14d ab.
- (2) Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 10 EUR zu Beginn des Jahres ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über eine Teilnahme von mindestens 80% an einer Maßnahme nach Abs. 1 nachgewiesen wurden.

§ 14f Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V

¹Die R+V BKK gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20k Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. ²Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

³Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die R+V BKK einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 80EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.

⁴Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z.B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.“

§ 15 Wahltarif Krankengeld gemäß § 53 Abs. 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V

Allgemeines

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an, den in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitgliedern bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres.

Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist.

Anspruch

- (2) Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs.

4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen.

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und die höchstrichterliche Rechtsprechung.

Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen / ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- (3) Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 7. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs und nach Ende der Karenzzeit; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. für hauptberuflich Selbständige und kurzzeitig Beschäftigte (nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V) ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel Tarif S1),
2. für Künstler und Publizisten (nach § 46 Satz 3 SGB V) ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel Tarif K1; Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Abs. XV festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich in diesem Zeitraum ereignet hat; in diesem Falle kann die Wahl rückgängig gemacht werden. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

- (4) Für den Anspruch auf Krankengeld 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.

Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend.

Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

- (5) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend.

Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltsersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

- (6) Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistung, dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Abs. XV oder XVI,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

Höhe

(7)

1. Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V genannten hauptberuflich Selbständigen 70 v. H. des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens gemäß § 15 SGB IV, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt.

Für die Berechnung des Krankengeldes wird das Arbeitseinkommen gemäß § 15 SGB IV aus dem für die Beitragsberechnung maßgebenden Steuerbescheid herangezogen.

Falls noch kein Steuerbescheid erstellt ist, wird das vom Mitglied nachgewiesene Arbeitseinkommen berücksichtigt, das zur Beitragsberechnung zugrunde gelegt wird.

Wird ein Verlust durch den Steuerbescheid oder den Steuerberater nachgewiesen, so ergibt sich keine Grundlage zur Krankengeldberechnung.

Kann weder der Steuerberater noch der Versicherte das vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit erzielte Arbeitseinkommen gemäß § 15 SGB IV nachweisen, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

Das Krankengeld darf zusammen mit den während der Arbeitsunfähigkeit weitergezahlten Provisionen und anderen Bezügen 70 % des Höchstregelentgelts nicht überschreiten.

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse.

2. Die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V genannten kurzzeitig Beschäftigten erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des Arbeitsentgeltes gemäß der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V). Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsunfähigkeit gearbeitet hätte. Bei der Berechnung des Höchstregelentgeltes ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.
3. Die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Künstler und Publizisten erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V.)

- (8) Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z. B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/ Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgelersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts / Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitskommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/ Arbeitskommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitskommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

- (9) Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Abs. IV durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. § 45 Abs. 8 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

Dauer

- (10) Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit (aufgrund derselben Erkrankung) für längstens 546 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem 3-Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 546. Tages.

Sofern im letzten 3-Jahres-Zeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde.

Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

- (11) Abweichend von Abs. X besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

- (12) Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V.

§ 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend, dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/ Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, die nach Art und Umfang her dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar sind, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 1 Monatsbetrag im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.

Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

- (13) Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl / Beginn / Laufzeit

- (14) Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen oder elektronischen Wahlerklärung sowie der Einzugsermächtigung für die Prämienzahlung bei der Betriebskrankenkasse folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich oder elektronisch widerrufen werden.

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt; ausgenommen sind hier diejenigen Mitglieder, die nach Abs. I den Tarif nicht wählen können.

Kündigung

- (15) Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche oder elektronische Erklärung mit einer Frist entsprechend § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Abs. XVI frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

- (16) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, 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.

Die schriftliche oder elektronische Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden übernächsten Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam.

Bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v. H. pro Kalenderjahr kann der Wahltarif durch das Mitglied innerhalb eines Kalendermonats nach Information über die Prämienhöhung zum Beginn der Prämienhöhung gekündigt werden. Die Kündigung hat in Schriftform oder in elektronischer Form zu erfolgen.

Die betroffenen Mitglieder sind spätestens einen Kalendermonat vor Prämienhöhung schriftlich über die Erhöhung und das Sonderkündigungsrecht zu informieren.

Prämien

- (17) Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen für hauptberuflich Selbständige und kurzzeitig Beschäftigte (nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V)

Tarif	
Tarif S1	1,2% des Arbeitsentgeltes/ Arbeitseinkommen

für Künstler und Publizisten (nach § 46 Satz 3 SGB V).

Tarif	
Tarif K1	4,0% des Arbeitsentgeltes/ Arbeitseinkommens

Für die Prämienberechnung bei hauptberuflich Selbständigen gilt grundsätzlich das Arbeitseinkommen im Sinne der für die Beitragsberechnung nach § 240 SGB V geltenden Grundsätze. Für den Kalendertag wird ein Betrag von maximal dem 30. Teil der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V) zu Grunde gelegt, bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Für den Personenkreis, der einen Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder Existenzgründungszuschuss nach § 421 I SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II hat, wird mindestens der 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße zu Grunde gelegt.

Für die Prämienberechnung bei kurzzeitig Beschäftigten, Künstlern und Publizisten wird das tatsächliche Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen, für den Kalendertag jedoch maximal der dreißigste Teil der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V) zu Grunde gelegt.

- (18) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Abs. 19. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen.

Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.

- (19) Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
- (20) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden im Mahnverfahren Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.
- (21) Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) in Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

- (1) Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.ruv-bkk.de und nachrichtlich durch einen einwöchigen Aushang in den Geschäftsstellen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen.
- (2) Die R+V BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November 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 R+V BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der R+V BKK aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

Der Verwaltungsrat hat die Satzung vom 1. Januar 2011 am 19. Juli 2011 beschlossen. Diese Satzung tritt zum 1. Januar 2011 in Kraft.

Wiesbaden, den 19. Juli 2011

Vorsitzender
des Verwaltungsrates
der R+V BKK

Vorständin
der R+V BKK

Gez. Birkenstock

Gez. Schmalfuß

Anlagen

Anlage 1 zu § 2 der Satzung - Entschädigungsregelung

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane haben auf der Grundlage des § 41 SGB IV bei der Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit neben dem Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoarbeitsverdienstes Anspruch auf folgende Entschädigung:

(1) Tagegeld

1. Tagegeld wird in der jeweils für den Vorstand geltenden Höhe gezahlt.
2. Wird von Amts wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 v. H. für das Mittag- und das Abendessen um je 40 v. H. des vollen Tagesgeldes gekürzt.
3. Abweichend von der Regelung des Abs. (1) Ziffer 2 können bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten des Sozialversicherungsträgers generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 v.H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Abs. 4a des EStG nicht übersteigen.

(2) Übernachtungsgeld

1. Übernachtungsgeld wird in der jeweils für den Vorstand geltenden Höhe gezahlt.
2. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.
3. In den in § 7 Abs. 2 BRKG genannten Fällen wird kein Übernachtungsgeld gezahlt.

(3) Unterkunfts- und Verpflegungskosten für Kraftfahrer

Soweit die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in ihrer Eigenschaft als Organmitglieder einen Personenkraftwagen benutzen und hierbei eine/n berufsmäßige/n Kraftfahrer/in in Anspruch nehmen oder wegen körperlicher Behinderung nicht selbst fahren können, wird für die/den Fahrer/in Tage- und Übernachtungsgeld nach Maßgabe der Abschnitte I. und II. gezahlt.

(4) Fahrtkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrtkosten erstattet.

1. Kilometergeld

Die Nutzungskosten eines Kraftwagens werden durch eine Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG abgegolten (z. Z. 0,30 EUR/km)

2. Flugkosten

Hin- und Rückflugkarte. Bei Flügen sollen grundsätzlich die Kosten für die Benutzung der niedrigsten Flugklasse als erforderliche Aufwendungen angesehen werden.

3. Bahnkarten

1. Fahrscheine bis zur Höhe der Kosten der 1. Klasse
2. Aufpreise und Zuschläge für Züge
3. Reservierungsentgelte
4. Bettkarten oder Liegeplatzzuschläge.

4. Kosten für Fahrten vom und zum Bahnhof bzw. Flugplatz sowie sonstige Kosten

- a) öffentlicher Nahverkehr
- b) Zubringer zum Flugplatz
- c) Taxi

- d) Gepäckkosten - Gepäckaufbewahrung
- e) Post- und Telekommunikationskosten
- f) Parkplatz- und Garagenkosten
- g) sonstige Kosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind.

(5) Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

¹ Den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane mit Familien- oder Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gem. § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleG) erstattet werden. ²Die Voraussetzungen für die Erstattung und die Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils gültigen Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen nach § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 BGleG.

(6) Pauschbeträge für Auslagen außerhalb von Sitzungen

1. Den Vorsitzenden der Organe können Auslagen außerhalb von Sitzungen, mit Ausnahme von Reisekosten, auch durch einen Pauschbetrag abgegolten werden. Der Pauschbetrag beträgt 41 EUR mtl.
2. Für die stellvertretenden Vorsitzenden gilt Abs. (6) Ziffer 1. entsprechend. Wenn die übliche Inanspruchnahme der/des stellvertretenden Vorsitzenden üblicherweise geringer ausfällt, sollte der Pauschbetrag der/des stellvertretenden Vorsitzenden jedoch entsprechend niedriger festgesetzt werden.
3. Anderen Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane werden die notwendigen und angemessenen Auslagen in Höhe der tatsächlichen Kosten erstattet.
4. Die Pauschbeträge für Auslagen dürfen nicht mit den Pauschbeträgen für Zeitaufwand (Abs. 7) vermischt werden.

(7) Pauschbeträge für Zeitaufwand

1. Für Sitzungen werden an jedes Mitglied der Selbstverwaltungsorgane unabhängig von der Sitzungsdauer 60 € je Sitzungstag erstattet. Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende von Ausschüssen der Organe erhalten bei Sitzungen ihres Ausschusses den doppelten Betrag. Digitale oder hybride Sitzungen (gemäß § 64a SGB IV) sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten.
2. Für die Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung ist die gleiche Sitzungsvergütung wie für in Präsenz teilnehmende Mitglieder vorzusehen.
3. Für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen wird für die Vorsitzenden des Verwaltungsrates der 5-fache Satz des Pauschbetrages für Zeitaufwand herangezogen. Für die stellvertretenden Vorsitzenden der Organe gilt Abs. (6) Ziffer 2. entsprechend
4. Anderen Organmitgliedern kann ein Pauschbetrag für Zeitaufwand für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ausnahmsweise dann gewährt werden, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Organmitglieds aufgrund eines besonderen Auftrags vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Interessen. In Betracht kommt für diese Fälle die Gewährung eines Pauschbetrages für Sitzungen oder eines Bruchteils hiervon.

Anlage 2 zu § 14 Abs. 3 der Satzung - Bonusprogramm classic

¹Im Bonusprogramm classic bonifiziert die R+V BKK gesundheitsbewusstes Verhalten. ²Aus dem folgenden Maßnahmenkatalog dürfen maximal 2 Maßnahmen gewählt werden:

1. Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio, einer Hochschulsport- oder Betriebssportgruppe, soweit es sich nicht um BGF-Maßnahmen handelt.
2. Regelmäßige fachkundige Vorbereitung zum Erwerb des Sportabzeichens, wenn die Vorbereitung außerhalb der Mitgliedschaft im Sportverein erfolgt ist
3. Aktive Teilnahme an einer qualitätsgesicherten Sportveranstaltung mit entsprechender Vorbereitung sowie Durchführung unter qualifizierter Leitung
4. Qualitätsgesicherter Präventionskurs zur verhaltensbezogenen primären Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V und § 12b der Satzung)

³Die Maßnahmen aus Satz 2 dürfen nur einmal innerhalb des Kalenderjahres berücksichtigt werden.

Anlage 3 zu § 14a - nicht besetzt

Anlage 4 zu § 14b Abs. 3 der Satzung Kinder- Bonusprogramm

¹Im Kinder- Bonusprogramm bonifiziert die R+V BKK gesundheitsbewusstes Verhalten. ²Aus dem folgenden Maßnahmenkatalog dürfen maximal 2 Maßnahmen gewählt werden:

1. Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein
2. Regelmäßige fachkundige Vorbereitung zum Erwerb eines Sport-, oder Wanderabzeichen Jugend der jeweiligen Sportverbände, wenn die Vorbereitung außerhalb der Mitgliedschaft im Sportverein erfolgt ist
3. Regelmäßige fachkundige Vorbereitung zum Erwerb eines Schwimlabzeichens des deutschen Schwimmverbandes, wenn die Vorbereitung außerhalb der Mitgliedschaft im Sportverein erfolgt ist
4. Qualitätsgesicherter Präventionskurs zur verhaltensbezogenen primären Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V und § 12b der Satzung)
5. Aktive Teilnahme an einem Baby-Schwimm-Kurs
6. Aktive Teilnahme am Eltern-Kind-Turnen unter qualifizierter Leitung, wenn diese Teilnahme nicht im Rahmen der Mitgliedschaft im Sportverein stattfindet.

³Die Maßnahmen aus Satz 2 dürfen nur einmal innerhalb des Kalenderjahres berücksichtigt werden.

Anlage 5 zu § 14c der Satzung – Bonusprogramm aktiv

Die Teilnehmenden im Bonusprogramm aktiv erhalten Bonuspunkte für Gesundheitsmaßnahmen. Die Summe der Bonuspunkte je Kalenderjahr bestimmt die Höhe des Gesundheitsbonus. Der Übertrag einzelner Gesundheitsmaßnahmen bzw. der entsprechenden Bonuspunkte auf andere Teilnehmende oder in das folgende Kalenderjahr ist nicht möglich.

Katalog der Gesundheitsmaßnahmen

Nr. 1) Maßnahmen für Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten

Maßnahme	Punktwert	
Jugenduntersuchung J2	100	einmalig möglich
Krebsvorsorge	100	max. einmal pro Jahr möglich
Darmkrebsvorsorge	100	max. einmal pro Jahr möglich
Hautkrebsvorsorge	100	max. einmal pro Jahr möglich
Check-up 18-34 Jahre	100	einmalig möglich
Check-up ab 35	100	alle drei Jahre möglich
Zahnvorsorge	50	max. zweimal pro Jahr möglich
Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge	50	max. einmal pro Jahr möglich
Screenings nach § 25 SGB V	50	max. einmal pro Jahr möglich

Nr. 2) Maßnahmen Leistungen für Schutzimpfungen

Die Bonifizierung erfolgt für das Kalenderjahr 1x je Immunisierung. Schutzimpfungen mit einem Kombinationsimpfstoff gelten als eine Impfung.

- 100 Punkte pro Immunisierung
- 100 Punkte pro Auffrischung

Nr. 3) Maßnahmen Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention oder vergleichbaren qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

Maßnahme	Punktwert	
3.1. qualitätsgesichertes Fitness-Studio vor Ort oder Online	50	max. einmal pro Jahr
3.2. Hochschulsport / Betriebssport außerhalb der Arbeitszeit / Sportverein	50	max. einmal pro Jahr
3.3. Sportveranstaltungen und vergleichbare Aktivitäten unter qualifizierter Anleitung	100	max. einmal pro Jahr
3.4. Fitness-Challenge verbunden mit einem Gesundheitsziel im digitalen Bonusprogramm als vergleichbares Angebot Prävention / Gesundheitsförderung mit regelmäßiger körperlicher Bewegung (Schritte/ Aktivität) Dauer:		
a) kleine Challenge mindestens 7 Tage	100	max. einmal pro Jahr a und/oder b
b) große Challenge mindestens 3 Monate	300	
3.5. Sportabzeichen (wie DOSB, DLRG bzw. für Wandern, Rad fahren, Tanzen) mit regelmäßiger qualitätsgesicherter Vorbereitung	200	max. einmal pro Jahr

3.6. Die Teilnahme an einem Präventionskurs vor Ort / bzw. Online	100	max. zweimal pro Jahr
Gesundheitsvortrag	50	max. zweimal pro Jahr
Workshop	50	max. einmal pro Jahr
zur Erhöhung der gesundheitlichen Kompetenz.		
3.7. Nichtraucher (seit mindestens 6 Monate Nichtraucher im Bonuszeitraum), nur in Verbindung mit einer Maßnahme Nr. 3.1.-3.6. und 3.9.-3.10.	50	max. einmal pro Jahr
3.8. BMI (altersgerechter Body-Maß-Index im Bonuszeitraum), nur in Verbindung mit einer Maßnahme Nr. 3.1.-3.6. und 3.9.-3.10.	50	max. einmal pro Jahr
3.9. Geburtsvorbereitungskurs	50	max. einmal pro Jahr
3.10. Rückbildungskurs	50	max. einmal pro Jahr

Um einen besonderen Anreiz für gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen, erhalten Teilnehmende nach Erfüllung von Gesundheitsmaßnahmen zusätzlich maximal 200 Bonusextrapunkte pro Kalenderjahr mit nachfolgender Verteilung:

- 1.) ab 500 Punkte = 100 Bonuspunkte,
- 2.) weitere 250 Punkte ausschließlich aus Bonusmaßnahmen = 50 Bonuspunkte,
- 3.) weitere 250 Punkte ausschließlich aus Bonusmaßnahmen = 50 Bonuspunkte.

Bonifizierung

1. Variante Bargeldauszahlung

Als Bargeldauszahlung haben 100 Bonuspunkte den Wert von 10 EUR.

2. Variante gesundheitsnahe Dienstleistung

Alternativ zur Bargeldauszahlung, können die Teilnehmenden ihren Gesundheitsbonus als gesundheitsnahe Dienstleistung wählen. Hier entsprechen 100 Bonuspunkte einem Wert von 15 EUR. Bei dieser Variante erhält der Teilnehmende einen Zuschuss zu den Kosten für selbst in Anspruch genommene Leistungen anhand nachfolgender Aufzählung:

Katalog der Leistungsmaßnahmen

- Hilfsmittel außerhalb der GKV-Leistungspflicht, z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte,
- Gesundheits-Apps: Zuschuss für den Kauf bzw. die Nutzung,
- Akupunktur,
- Erweiterte zahnmedizinische Leistungen (z.B. Fissurenversiegelung, Funktionsanalyse),
- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus,
- Sehtest,
- Sport- und Fitnessausrüstung,
- privat finanzierte Vorsorgeuntersuchung,
- privat finanzierte Gesundheitskurse,

- Mitgliedschaft Sportverein/Fitnessstudio,
- Sportveranstaltungen (Start-/Teilnahmegebühren),
- private Krankenzusatzversicherung,
- private Pflegezusatzversicherung.

Der Zuschuss wird für die aufgelisteten Versicherungen und Leistungen gewährt. Er wird nur für neu abgeschlossene Verträge und nur für die Dauer von drei Jahren gewährt. Der Zuschuss ist beschränkt auf die laufenden Kosten, die dem Teilnehmenden in dem jeweiligen Kalenderjahr entstanden sind, in welchem die Bonusvoraussetzungen erfüllt werden.



Herzlich. Echt. Verlässlich.

R+V Betriebskrankenkasse
65215 Wiesbaden

Service-Rufnummer:
0611 99909-0

www.ruv-bkk.de
info@ruv-bkk.de

<https://mitgliedschaft.ruv-bkk.de>

