



Satzung der Betriebskrankenkasse

der

Papierfabrik Scheufelen

73230 Kirchheim/Teck

**Hausanschrift:
Schöllkopfstraße 120
73230 Kirchheim/Teck**

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse	4
§ 2 Verwaltungsrat	5
§ 3 Vorstand	9
§ 4 Widerspruchsausschuss	11
§ 5 Kreis der versicherten Personen	13
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	18
§ 7 Aufbringung der Mittel	19
§ 8 Bemessung der Beiträge	20
§ 8a Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen.....	20
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag.....	20
§ 10 Fälligkeit der Beiträge.....	21
§ 11 Höhe der Rücklage.....	21
§ 12 Leistungen.....	22
§ 12a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	40
§ 12b Schutzimpfungen.....	41
§ 12c Leistungsausschluss	42
§ 12d Persönliche elektronische Gesundheitsakte.....	43
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen.....	43
§ 14 Nicht besetzt	44
§ 15 Wahltarife	45
§ 15a Wahltarif Krankengeld	61
§ 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	65
§ 17 Nicht besetzt	71
§ 18 Kooperation mit der PKV.....	71
§ 19 Übertragung des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG	71
§ 20 Aufsicht	71
§ 21 Mitgliedschaft zum Landesverband.....	72
§ 22 Bekanntmachungen	72
§ 22 a Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse gem. § 305b SGB V.....	72
Anlage	74

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage zu § 2 der Satzung:

Entschädigungsregelung für Verwaltungs-
ratsmitglieder

§ 1

Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse führt den Namen

Betriebskrankenkasse der Papierfabrik Scheufelen
und die Kurzbezeichnung **BKK Scheufelen**.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in
73230 Kirchheim/Teck, Schöllkopfstraße 120

- II. Die Betriebskrankenkasse ist eine gesetzliche Krankenkasse und rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 Abs. 1 SGB V). Ihre vertretungsberechtigten Organe haben die Eigenschaft einer Behörde. Sie führen das Dienstsiegel der Betriebskrankenkasse (§ 31 Abs. 3 SGB IV).
- III. Der Bezirk der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf den Betrieb der Papierfabrik Scheufelen in 73252 Lenningen und auf die Region des Bundeslandes Baden-Württemberg.

§ 2 Verwaltungsrat

- I.
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat (§ 31 Abs. 3a SGB IV). Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt (§ 40 Abs. 1 SGB IV).
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter (§ 62 Abs. 1 SGB IV).

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.01. des Kalenderjahres, wenn der Vorsitz mindestens ein Jahr geführt worden ist.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder
 - 5 Versichertenvertreter und
 - 5 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme

- III. 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 (§ 33 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1b SGB V),
2. den Haushaltsplan festzustellen (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),

3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
4. Den Vorstand zu wählen (§ 35a Abs. 5 Satz 1 SGB IV) und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln (§ 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn der Vorstand längere Zeit an der Ausübung seines Amtes gehindert ist oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist (§ 37 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 33 Abs. 3 SGB IV),
- 5a. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen (§ 35a Abs. 4 Satz 4 SGB IV),
6. den Vorstand zu überwachen (§ 197 Abs. 1 Nr. 1a SGB V),
7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V bzw. § 150 Abs. 1 Satz 1 SGB V),
10. die Bestellung des Prüfers der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV.

- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung (§ 63 Abs. 1 SGB IV).

- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen (§ 197 Abs. 2 SGB V).

- Va. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse (§ 197 Abs. 3 SGB V).

- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Beträgen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberrechtigt ist (§ 64 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt (§ 64 Abs. 2 SGB IV).

IX. Der Verwaltungsrat kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Abs. 3 SGB IV):

1. bei Änderungen der Satzung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
2. bei Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrats, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,
3. in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrats im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
4. in eiligen Angelegenheiten, die in der Regel keiner Beratung bedürfen.

Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an (§ 35a Abs. 4 Satz 1 SGB IV).

- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt (§ 35a Abs. 5 Satz 1 SGB IV).

- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV),
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB IV),
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten (§ 70 Abs. 1 SGB IV),
5. jährlich die Jahresrechnung nach § 31 SVHV prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen 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 zu gewähren.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt (§ 147 Abs. 2 Satz 6, Abs. 3 Satz 3 SGB V).

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen (§ 36a SGB IV). Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 73230 Kirchheim/Teck, Schöllkopfstraße 120.

- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 1 Vertreter der Versicherten und 1 Vertreter der Arbeitgeber, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen.

 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat 2 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 des Verwaltungsrates 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. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses wählen den Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses und dessen Stellvertreter; § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB IV gilt entsprechend. Der Vorsitz wechselt zwischen den Gruppen von Sitzung zu Sitzung.

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.

- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

- IV. Der Widerspruchsschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5

Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
2. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird (§ 5 Abs. 3 SGB V),
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
4. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V),
5. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),
6. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),

7. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
8. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX beschäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V),
9. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V),
10. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V),
11. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V),
12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente be-

antrag haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraumes Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V),

13. Personen, die eine selbstständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend (§ 5 Abs. 1 Nr. 11a SGB V),
14. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI erfüllen und diese Rente beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V oder die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V (§ 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V),
15. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben (§ 5 Abs. 1 Nr. 12 SGB V).
16. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a.) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
 - b.) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V).

II. Freiwillige Versicherung

Der Versicherung in der Betriebskrankenkasse können unter den im SGB V und in der Kassensatzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen (§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 50 Jahre alt sind (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
6. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei ei-

nem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 SGB V).

Der Beitritt ist der Betriebskrankenkasse innerhalb von drei Monaten schriftlich anzuzeigen (§§ 9 Abs. 2, 188 Abs. 3 SGB V).

III. Die in Abs. I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den im SGB V und in der Kassensatzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie in der in § 1 Abs. III der Satzung genannten Region arbeiten bzw. wohnen (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V),
2. bei ihr vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V),
3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V),
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 4 SGB V),
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr als Rentner versichert sind (§ 173 Abs. 5 SGB V),
6. sie bei der Betriebskrankenkasse oder bei einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist (§ 174 Abs. 2 und 3 SGB V).

IV. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse (§ 10 Abs. 5 SGB V).

§ 6

Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt (§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V).

- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Abs. 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind (§ 175 Abs. 4 Satz 5 bis 7 SGB V).

- III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind (§ 175 Abs. 4 Satz 8 SGB V). Abs. I Satz 1 und 4 gelten nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV. Wenn ein Wahltarif nach § 15 Abs. I a (Selbstbehalt), § 15 Abs. I b (Selbstbehalt für bestimmte Leistungen), § 15 Abs. II (Prämienzahlung für Nichtanspruchnahme von Leistungen) oder § 15 a (Krankengeld) gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 15 Abs. I a Nr. 6, 15 Abs. I b Nr. 9, 15 Abs. II Nr. 5, bzw. 15 a Abs. X gekündigt werden. Abs. II gilt mit Ausnahme für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 a (Krankengeld) gewählt haben (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

§ 7

Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht; als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242 (§ 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

§ 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 Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen

Für die Ermäßigung und den Erlass von Beitragsschulden gelten die „Einheitlichen Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung (§ 256a Abs. 4 SGB V).

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die BKK Scheufelen erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragsatzes beträgt 0,6 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 **Fälligkeit der Beiträge**

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder 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 Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig (§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV). Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats (§ 23 Abs. 1 Satz 3 SGB IV).

- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge, einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V, werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.

- III. Die Erstattung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen, Arbeitseinkommen oder aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 231 SGB V erfolgt nur auf Antrag. Der Erstattungsantrag kann jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahres oder nach Beendigung der Vorrangversicherung gestellt werden (§ 231 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

§ 11 **Höhe der Rücklage**

Die Rücklage beträgt 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (§ 261 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- 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. (§ 11 Abs. 2 SGB V).

II. Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. entfällt

IV. 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 Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 SGB V).
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.)

V. Kostenerstattung (§ 13 SGB V)

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistungen in Kenntnis zu setzen. 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 Leistungsbereich 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 Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, 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 0 v. H., für Verwaltungskosten zu kürzen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.6.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Abl EG Nr. L 49 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle 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 7,5 v. H., mindestens 2,50 EUR und maximal 50 EUR, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.6.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Abl EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, 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.
-
- VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel (§ 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V i. V. m. § 129 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB V)
 1. Gemäß § 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V in Verbindung mit § 129 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arz-

neimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen, als dasjenige, für das die Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Der Versicherte tritt bei Abgabe des gewählten Arzneimittels in der Apotheke in Vorleistung. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.
3. Der Erstattungsbetrag ist um 20 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.
4. Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

VII. Zusätzliche Satzungsleistungen (§ 11 Abs. 6 SGB V)

1. Auflichtmikroskopie
 - a) Die BKK Scheufelen übernimmt im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Früherkennungsleistungen für Hautscreening nach EBM die Kosten für die Verwendung eines Auflichtmikroskops.
 - b) Die BKK Scheufelen übernimmt im Rahmen der vertraglich vereinbarten Früherkennungsleistungen aus Verträgen zur integrierten Versorgung für Hautscreening die Kosten für die Verwendung eines Auflichtmikroskops.

- c) Dem Versicherten werden die ihm privat in Rechnung gestellten Kosten für die Verwendung eines Auflichtmikroskops bis zu 100 %, höchstens bis zu einem Betrag von 25 € erstattet.

Die Erstattung ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Rechnung zu beantragen.

2. Künstliche Befruchtung

- a) Die BKK Scheufelen übernimmt 100 % der mit dem Behandlungsplan nach § 27 a Abs. 3 SGB V genehmigten Leistungen der künstlichen Befruchtung.

Wird ein Teil der Kosten bereits von Dritten, oder aufgrund der gesetzlichen Regelungen durch die BKK Scheufelen getragen, vermindert sich der maximale Kostenerstattungsbetrag um den jeweiligen bereits gedeckten Betrag.

Die Erstattung erfolgt für maximal 9 Behandlungszyklen und in Höhe von maximal 500€ je Behandlungszyklus je Paar.

- b) Eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift erfolgt nur, wenn beide Partner bei der BKK Scheufelen versichert sind.
- c) Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27 a SGB V unberührt.
- d) Bezuschusst werden nur Behandlungsmaßnahmen die nach der Einführung der Satzungsregelung beantragt und begonnen werden.

3. Zahnfüllungen

- a) Die BKK Scheufelen übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen für Zahnfüllungen in vorhandenen Zähnen die anfallenden Mehrkosten für Füllungen mit Kunststoff, Keramik oder Gold.
- b) Dem Versicherten werden die ihm privat in Rechnung gestellten Kosten für Zahnfüllungen mit Kunststoff, Keramik oder Gold erstattet.

Erstattungsfähig sind die Kosten, welche die Abrechnung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung übersteigen, und dem Versicherten als Mehrkosten privat in Rechnung gestellt werden.

Für zahnärztliche Behandlungs- und Materialmehrkosten werden je Zahn, höchstens alle 2 Jahre für den jeweiligen Zahn, bis zu 80 %, höchstens 25 € erstattet.

Die Erstattung ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Rechnung zu beantragen.

4. Professionelle Zahnreinigung

- a) Die BKK Scheufelen übernimmt die Kosten einer Professionellen Zahnreinigung für Versicherte die aufgrund ihres Alters keinen Anspruch mehr auf Leistungen der Individualprophylaxe nach § 22 Abs. 1 SGB V haben.
- b) Die BKK Scheufelen übernimmt die Kosten einer Professionellen Zahnreinigung für Versicherte die aufgrund ihres Alters einen Anspruch auf Leistungen der Individualprophylaxe nach § 22 Abs. 1 SGB V haben, wenn diese Versicherten im Rahmen einer von der BKK Scheufelen übernommenen kieferorthopädischen Behandlung mit einer festsitzenden Apparatur (Multibracket) versorgt sind.
- c) Die Leistungen nach Absatz a) sind durch einen von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zugelassenen oder ermächtigten Vertragszahnarzt zu erbringen und können folgende Maßnahmen beinhalten:
 - Die Entfernung harter und weicher, supragingivaler Beläge von den Zahnoberflächen,
 - die Entfernung harter und weicher, klinisch sichtbarer subgingivaler Beläge von Zahn- und Zahnwurzeloberflächen,
 - die Feinreinigung, Glättung und Politur der Zahnoberflächen,
 - das Auftragen eines fluoridhaltigen Schutzfilmes auf die Zahnoberflächen.
- d) Die Leistungen nach Absatz b) sind durch einen von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zugelassenen oder ermächtigten Kieferorthopäden oder kieferorthopädisch tätigen Vertragszahnarzt zu erbringen und müssen zusätzlich zu den Maßnahmen nach Absatz c) folgende Leistungen beinhalten:
 - Die Entfernung aller Bögen und Zusatzteile der festsitzenden Apparatur vor der Durchführung der Professionellen Zahnreinigung sowie deren Wiedereingliederung danach.
- e) Dem Versicherten werden die ihm privat in Rechnung gestellten Kosten für die Professionelle Zahnreinigung erstattet.

Der Anspruch auf Erstattung besteht einmal im Kalenderjahr.

Die Erstattungshöhe beträgt 100 % bei einem Rechnungsbetrag bis einschließlich 50 €, sowie 50 % des darüber hinausgehenden Teils des Rechnungsbetrages, höchstens insgesamt 75 €.

Die Erstattung ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Rechnung zu beantragen.

5. Brillengläser und Kontaktlinsen

- a.) Die BKK Scheufelen übernimmt bei Sehhilfen die Kosten für Brillengläser oder Kontaktlinsen bei einem sphärischen oder zylindrischen Korrekturbedarf von mindestens 0,5 Dpt. je Auge.
- b.) Dem Versicherten werden die ihm privat in Rechnung gestellten Kosten für ein Brillenglas oder eine Kontaktlinse je Auge mit Sehstärke erstattet.

Der Anspruch ist begrenzt auf die Erstattung nur einer augenpaarigen Versorgung.

Der Anspruch auf Erstattung besteht jedes 2. Kalenderjahr 1x auf eine augenpaarige Versorgung bei gleichbleibendem Korrekturbedarf. Bei einer Änderung des sphärischen oder zylindrischen Korrekturbedarfs je Auge von mindestens 0,5 Dpt. besteht der Erstattungsanspruch jedes Kalenderjahr 1x auf eine augenpaarige Versorgung.

Die Sehstärkeänderung ist durch einen schriftlichen Nachweis des Augenarztes oder des Optikers zu belegen.

Erstattungsfähig sind die Kosten, welche die gesetzlichen Ansprüche übersteigen.

Für jedes Brillenglas bzw. jede Kontaktlinse werden bis zu 100 %, höchstens 25 € erstattet.

Die Erstattung ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Rechnung sowie des Nachweises der Sehstärkeänderung zu beantragen.

6. Osteopathiebehandlungen im Bereich der Heilmittel

Die BKK Scheufelen erstattet die Kosten für Osteopathiebehandlungen in folgendem Umfang und unter den folgenden Voraussetzungen:

- a) Dem Versicherten werden die ihm privat in Rechnung gestellten Kosten für Osteopathiebehandlungen im Bereich der Heilmittel erstattet.

Der Anspruch auf Erstattung besteht je Kalenderjahr für 6 Sitzungen bis zu 80 % der Rechnung, höchstens 40 € je Sitzung.

- b) Erstattungsfähig sind Behandlungen welche

- durch Ärzte erfolgen, die eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zur Aufnahme in die Therapeutenliste des Verband der Osteopathen Deutschland e.V. oder des Bundesverband Osteopathie e. V. berechtigt,
- durch Heilpraktiker mit der Ausbildung zum Physiotherapeut die eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zur Aufnahme in die Therapeutenliste des Verband der Osteopathen Deutschland e.V. oder des Bundesverband Osteopathie e. V. berechtigt,

erfolgen.

Für den Teilbereich der Physiotherapie darf die Behandlung auch

- durch Physiotherapeuten die eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zur Aufnahme in die Therapeutenliste des Verband der Osteopathen Deutschland e.V. oder des Bundesverband Osteopathie e. V. berechtigt, erfolgen, wenn eine entsprechende ärztliche Verordnung für Osteopathie vorliegt.

- c.) Die Erstattung ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Rechnung sowie ggf. der ärztlichen Verordnung zu beantragen

7. Ambulante psychotherapeutische Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

- a) Die BKK Scheufelen übernimmt die ambulante psychotherapeutische Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer
- b) Der Anspruch umfasst Leistungen der Verhaltenstherapie, der analytischen Psychotherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sind oder im Rahmen der Regelversorgung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfen, können nicht beansprucht werden.
- c) Leistungen der ambulanten Psychotherapie durch nicht zugelassene Leistungserbringer können nur bei Vorliegen aller folgenden Voraussetzungen gewährt werden:
 - Es konnte innerhalb von 3 Monaten kein geeigneter Therapieplatz bei einem zugelassenen Therapeuten gefunden werden. Nachweise sind der Betriebskrankenkasse vorzulegen.
 - Die Behandlung wird durch einen approbierten und für die Durchführung der beantragten Therapie ausreichend qualifizierten Therapeuten erbracht.
 - Die Behandlungsnotwendigkeit wird durch einen vom Therapeuten erstellten Antrag, der den Psychotherapierichtlinien oder dem S-O-R-C-K-Schema entspricht, und die Vorlage eines ärztlichen Konsiliarberichtes nachgewiesen.
 - Für Behandlungen, welche den Umfang der Kurzzeittherapie übersteigen muss die Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder durch einen zur Begutachtung der Notwendigkeit von psychotherapeutischer Behandlung ausreichend qualifizierten Gutachter bestätigt werden.
 - Der Betriebskrankenkasse wurde vor Behandlungsbeginn neben dem Antrag auf psychotherapeutische Behandlung ein

Kostenvoranschlag des Leistungserbringers vorgelegt.

- Die Betriebskrankenkasse hat der Behandlung vor ihrem Beginn zugestimmt
- d) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen, maximal analog dem Umfang der gültigen Psychotherapierichtlinien.
- e) Die Erstattung der Kosten für jede probatorische und jede weitere Behandlungseinheit erfolgt in Höhe der Kassensätze welche die BKK Scheufelen für diese Leistungen bei zugelassenen Leistungserbringern übernimmt.
Zur Erstattung der veranlassten Leistungen sind die spezifizierten Rechnungen im Original vorzulegen. In Einzelfällen kann gegen Vorlage einer entsprechenden Abtretungserklärung eine Zahlung an den Leistungserbringer erfolgen.

8. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

- a) Die BKK Scheufelen erstattet folgende, über die im SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinausgehende, Leistungen:
- Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge
 - Frühgeburtenscreening
 - Ersttrimesterscreening (Analyse von 2 biochemischen Laborwerten und die fetale Nackentransparenzmessung) oder Harmony-Test
 - Toxoplasmose-Test, begrenzt auf einen Test während der Schwangerschaft
 - Streptokokken-B-Test
 - Hebammenrufbereitschaft bei geplanter Hausgeburt und bei geplanter Geburt in einem Geburtshaus
 - Geburtsvorbereitungskurse für den Ehemann bzw. Partner, sofern dieser und die Schwangere bei der BKK Scheufelen versichert sind
 - Säuglingspflegekurse für die Schwangere
 - Säuglingspflegekurse für den Ehemann bzw. Partner, sofern dieser und die Schwangere bei der BKK Scheufelen versichert sind
 - Baby-Erste-Hilfe-Kurs für die Schwangere bzw. Mutter, sowie für den Ehemann bzw. Partner, sofern dieser und die Schwangere bzw. Mutter bei der BKK Scheufelen versichert sind
 - nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für schwangere Versicherte mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium, Jodid und oder Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate, sofern das Arzneimittel von einem Vertragsarzt auf Privatrezept verordnet wurde.
 - Akkupunktur zur Geburtsvorbereitung sowie bei Schwangerschaftsbeschwerden

Die Erstattung ist begrenzt auf Leistungen die von zugelassenen Leistungserbringern erbracht wurden, sowie Arzneimittel die in Apotheken bezogen wurden, welche zur Versorgung zugelassen sind.

b) Die Erstattung der Kosten für die jeweilige Leistung erfolgt in Höhe von 85 % der Rechnung, höchstens bis zu den folgenden Beträgen:

- 100 € für Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge
- 50 € für Frühgeburtenscreening
- 150 € für das Ersttrimesterscreening oder den Harmony-Test
- 25 € für den Toxoplasmose-Test
- 25 € für den Streptokokken-B-Test
- 300 € für die Hebammenrufbereitschaft bei geplanter Hausgeburt und bei geplanter Geburt in einem Geburtshaus
- 20 € für den Ehemann bzw. Partner bei Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen, einmalig je Schwangerschaft
- 30 € für die Schwangere bei Teilnahme am Säuglingspflegekurs
- 30 € für den Ehemann bzw. Partner bei Teilnahme am Säuglingspflegekurs
- 30 € für die Schwangere bzw. Mutter bei Teilnahme am Baby-Erste-Hilfe-Kurs
- 30 € für den Ehemann bzw. Partner
- 50 € je Schwangerschaft für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für schwangere Versicherte mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium, Jodid und oder Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate. Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel ausgeschlossen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, sowie Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit den in Absatz a genannten Wirkstoffen.
- 100 € je Schwangerschaft insgesamt, für Akupunktur zur Geburtsvorbereitung sowie bei Schwangerschaftsbeschwerden, wenn diese durch zugelassene Frauenärzte oder Hebammen mit der entsprechenden Zusatzqualifikation erbracht werden.

Die Erstattung ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Rechnung zu beantragen.

9. Medizinische Vorsorge für Erwachsene

- a) Die BKK Scheufelen erstattet für Versicherte die das 18. Lebensjahr vollendet haben folgende, über die im SGB V und in der Satzung geregelten Vorsorgeleistungen hinausgehende, Leistungen:
- Hautscreening inklusive der Verwendung eines Auflichtmikroskops zur Hautkrebsvorsorge
 - Glaukom-Vorsorge zur Vermeidung von Sehverlusten
 - Mammographie zur Brustkrebsvorsorge
 - Sonographie zur Brustkrebsvorsorge
 - Gesundheitsuntersuchung („Check-Up“) zur Krankheitsfrüherkennung
 - Knochendichtemessung zur Osteoporosefrüherkennung
 - PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs

sofern im jeweiligen Kalenderjahr kein Anspruch auf die gesetzlich oder vertraglich geregelte Vorsorge besteht und die Leistung durch einen zugelassenen Arzt erbracht wird.

- b) Der Versicherte entscheidet selbst, welche Vorsorgeuntersuchungen er in Anspruch nimmt.
- c) Die BKK Scheufelen erstattet die Kosten für die Vorsorgeuntersuchungen bis zu einem Betrag in Höhe von insgesamt 50 € je Kalenderjahr und Versicherten. Hierbei ist es unerheblich ob der Versicherte eine oder mehrere Vorsorgeuntersuchungen im Kalenderjahr in Anspruch genommen hat.

Die Erstattung ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Rechnung zu beantragen.

10. Medizinische Vorsorge für Kinder

- a) Die BKK Scheufelen erstattet für Versicherte die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben folgende, über die im SGB V und in der Satzung geregelten Vorsorgeleistungen hinausgehende, Leistungen:
- Ambylopietest für Kinder im Alter vom Beginn des 30. bis zum Ende des 41. Lebensmonats.

sofern kein Anspruch auf die gesetzlich oder vertraglich geregelte Vorsorge besteht und die Leistung durch einen zugelassenen Arzt erbracht wird.

- b) Der Versicherte entscheidet selbst, welche Vorsorgeuntersuchungen er in Anspruch nimmt.
- c) Die BKK Scheufelen erstattet die Kosten für die Vorsorgeuntersuchungen bis zu einem Betrag in Höhe von insgesamt 50 € je Kalenderjahr und Versicherten. Hierbei ist es unerheblich ob der Versicherte eine oder mehrere Vorsorgeuntersuchungen im Kalenderjahr in Anspruch genommen hat.

Die Erstattung ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Rechnung zu beantragen.

11. Ärztliche Zweitmeinung

- a) Versicherte, die von ihrem behandelndem Arzt eine ärztliche Therapieempfehlung oder eine Empfehlung zur Operation erhalten haben, können innerhalb eines halben Jahres nach Erhalt der Empfehlung eine ärztliche Zweitmeinung von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, wenn sie einer Offenlegung der Daten gegenüber der BKK Scheufelen zustimmen.

Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK Scheufelen mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die diese Leistung einschließt.

- b) Die BKK Scheufelen trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V Vereinbarungen über die Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern oder Gemeinschaften von Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassenen Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen

§ 12a

Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils aktuellen Fassung – Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Lebenswelt/Setting-Ansatz und nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

:

- **Bewegungsgewohnheiten:**
Maßnahmen zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
- **Ernährung:**
Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- **Stressmanagement:**
Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
Maßnahmen zur Förderung von Entspannung
- **Suchtmittelkonsum:**
Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

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 einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 85 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 155 EUR je Maßnahme gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen

I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) nach den folgenden Regelungen:

a) Dem Versicherten werden die ihm privat in Rechnung gestellten Kosten für die ärztlichen Leistungen zur Verabreichung des Impfstoffes erstattet.

- Die Kosten werden zu 100 %, maximal bis zu den mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg in der jeweils aktuellen Schutzimpfungsvereinbarung vereinbarten Vergütungshöhen, erstattet.

b) Dem Versicherten werden die ihm privat in Rechnung gestellten Kosten für die Impfstoffe erstattet.

In Höhe von 100 v. H.:

- Hepatitis A
- Hepatitis B
- HPV (Humanen Papillomaviren) bis zum vollendeten 26. Lebensjahr
- FSME
- Tollwut
- Cholera
- Gelbfieber
- Typhus
- Poliomyelitis
- Meningokokken
- Japanische Enzephalitis

Der gesetzlich geregelte Eigenanteil ist vor Ermittlung der Erstattungshöhe in Abzug zu bringen.

- II. Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20 i Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden sowie Vertragsarbeitsgemeinschaften der Betriebskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart wurden, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber).
- III. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet.

§ 12c **Leistungsausschluss**

- I. 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.
- II. 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. 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.

§ 12d

Persönliche elektronische Gesundheitsakte

- I. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Krankenkasse ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Diese Dienstleistung ermöglicht die durch den Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- II. Sie wird durch einen mit der Krankenkasse kooperierenden Anbieter der elektronischen Gesundheitsakte erbracht, der auf Grund eines Vertrages mit der Krankenkasse für die Versicherten tätig wird. Dieser Vertrag regelt in seiner jeweils aktuell geltenden Fassung die Einzelheiten. Die Krankenkasse stellt den an der Teilnahme interessierten Versicherten ein Verzeichnis der kooperierenden Anbieter und der nach den Verträgen jeweils geltenden Einzelheiten zur Verfügung.
- III. Um die elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, muss auch der Versicherte einen Vertrag mit dem Anbieter abschließen. Die gegenüber dem Anbieter der elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsgebühren trägt ausschließlich die Krankenkasse für die Dauer des Versichertenverhältnisses.
- IV. Die Krankenkasse und der Anbieter der elektronischen Gesundheitsakte erhalten keine Einsicht in die in der Gesundheitsakte gespeicherten persönlichen Gesundheitsdaten des Versicherten.

§ 13

Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13 EUR.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 21 EUR.

§ 14
Nicht besetzt

§ 15 Wahltarife

I a. Selbstbehalt (§ 53 Abs. 1 SGB V)

1. Mitglieder, können für sich durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten in Höhe von 650 EUR oder in Höhe von 500 EUR übernehmen.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden sowie Mitglieder, die bereits einen anderen Selbstbehaltwahltarif oder einen Wahltarif zur Prämienzahlung für Nichtinanspruchnahme von Leistungen gewählt haben, können den Wahltarif nicht wählen.

2. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
 - Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V)
 - Schutzimpfungen (§ 20 i SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe, § 21 SGB V; Individualprophylaxe, § 22 SGB V; Zahnprohylaxe, § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB -V)
 - Präventions- und Krankheitsfrüherkennungsleistungen nach § 73 c Verträgen und Satzung
 - Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien.
3. Vertragsärztliche Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Ziffer 2 werden pro Arztbesuch pauschal mit einem Betrag in Höhe von 20 EUR auf den Selbstbehalt angerechnet. Vertragszahnärztliche Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Ziffer 2 werden pro Arztbesuch pauschal mit einem Betrag in Höhe von 20 EUR auf den Selbstbehalt angerechnet.

Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Ziffer 2 in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

Der Selbstbehalt wird bei der Auszahlung der Prämie in Abzug gebracht. Soweit Kostenerstattung nach § 12 Absatz V gewählt wurde, wird der Selbstbehalt bei der Erstattung der Kosten in Abzug gebracht. Im Übrigen gilt das unter § 12 Absatz V Ziffern 1 bis 6 beschriebene Verfahren.

Über die Höhe des anzurechnenden Selbstbehaltes erhält das Mitglied einen gesonderten Bescheid. Der sich aus dem Bescheid ergebende Betrag wird mit dessen Zugang fällig.

4. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der für den Erstattungszeitraum gezahlten Beiträge als Prämie.

Die jährliche Prämie beträgt bei einem Selbstbehalt von 650 EUR 400 EUR und bei einem Selbstbehalt von 500 EUR 300 EUR.

Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich bis Monat August für das abgelaufene Kalenderjahr.

5. Soweit die Wahl des Selbstbehaltes während eines laufenden Kalenderjahres beginnt oder endet, werden der Selbstbehalt nach Ziffer 1 und die Prämienzahlung nach Ziffer 4 anteilig berechnet. Das Gleiche gilt entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehaltes nach Ziffer 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden oder soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V besteht.
6. Die Wahl des Selbstbehalts wirkt mit Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats.

Sie gilt für unbestimmte Zeit, mindestens jedoch für drei Jahre. Der Wahltarif kann jeweils zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist, durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse gekündigt werden.

Der Selbstbehalt und die Prämienzahlungen ruhen für die Monate, in denen die Beiträge nach der Wahl des Selbstbehaltes nach Ziffer 1 vollständig von Dritten getragen werden.

Es besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn nach der Wahl des Selbstbehaltes nach Ziffer 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden und in besonderen Härtefällen. Zu besonderen Härtefällen zählt insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Darüber hinaus besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn sich die Tarifbedingungen des Wahltarifes ändern.

Bei Tragung der Beiträge durch Dritte und in besonderen Härtefällen kann im Rahmen des Sonderkündigungsrechts der Wahltarif innerhalb eines Monats nach Eintritt der Voraussetzungen gekündigt werden. Die Kündigung wird zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats wirksam.

Ändern sich die Tarifbedingungen des Wahltarifes, kann das Mitglied sein Sonderkündigungsrecht innerhalb eines Monats nach In-Kraft-Treten der neuen Tarifbestimmungen ausüben. Die Kündigung des Wahltarifes wird wirksam mit der Geltung der neuen Tarifbedingungen.

Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

I b. Selbstbehalt für bestimmte Leistungen (§ 53 Abs. 1 SGB V)

1. Mitglieder, können für sich durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten für einzelne Leistungen in Höhe von 300 EUR übernehmen.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden sowie Mitglieder, die bereits einen anderen Selbstbehaltwahltarif oder einen Wahltarif zur Prämienzahlung für Nichtinanspruchnahme von Leistungen gewählt haben, können den Wahltarif nicht wählen.

2. Hierbei werden folgende Leistungen für das Mitglied dem Selbstbehalt von 300 EUR unterstellt:

- Vorsorgekuren nach § 23 Abs. 2 und § 24 SGB V und Satzung
- Künstliche Befruchtung nach § 27a SGB V und Satzung
- Heilmittel nach § 32 SGB V und Satzung
- Hilfsmittel nach § 33 SGB V und Satzung
- Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V und Satzung
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V und Satzung
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V
- Fahrkosten nach § 60 Abs. 3 Nr. 1, 2 und 4 SGB V

Soweit die genannten Leistungen in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

3. Der Selbstbehalt wird bei der Auszahlung der Prämie in Abzug gebracht. Soweit Kostenerstattung nach § 12 Absatz V gewählt wurde, wird der Selbstbehalt bei der Erstattung der Kosten in Abzug gebracht. Im Übrigen gilt das unter § 12 Absatz V Ziffern 1 bis 6 beschriebene Verfahren.

Über die Höhe des anzurechnenden Selbstbehaltes erhält das Mitglied einen gesonderten Bescheid. Der sich aus dem Bescheid ergebende Betrag wird mit dessen Zugang fällig.

4. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der für den Erstattungszeitraum gezahlten Beiträge als Prämie.

Die jährliche Prämie beträgt 150 EUR bei einem Selbstbehalt von 300 EUR.

Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich bis Monat August für das abgelaufene Kalenderjahr.

5. Soweit die Wahl des Selbstbehaltes während eines laufenden Kalenderjahres beginnt oder endet, werden der Selbstbehalt nach Ziffer 1 und die Prämienzahlung nach Ziffer 4 anteilig berechnet. Das Gleiche gilt entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehaltes nach Ziffer 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden oder soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V besteht.
6. Die Wahl des Selbstbehalts wirkt mit Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats.

Sie gilt für unbestimmte Zeit, mindestens jedoch für drei Jahre. Der Wahltarif kann jeweils zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist, durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse gekündigt werden.

7. Der Selbstbehalt und die Prämienzahlungen ruhen für die Monate, in denen die Beiträge nach der Wahl des Selbstbehaltes nach Ziffer 1 vollständig von Dritten getragen werden.
8. Es besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn nach der Wahl des Selbstbehaltes nach Ziffer 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden und in besonderen Härtefällen. Zu besonderen Härtefällen zählt insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Darüber hinaus besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn sich die Tarifbedingungen des Wahltarifes ändern.

Bei Tragung der Beiträge durch Dritte und in besonderen Härtefällen kann im Rahmen des Sonderkündigungsrechts der Wahltarif innerhalb eines Monats nach Eintritt der Voraussetzungen gekündigt werden. Die Kündi-

gung wird zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats wirksam.

Ändern sich die Tarifbedingungen des Wahltarifes, kann das Mitglied sein Sonderkündigungsrecht innerhalb eines Monats nach In-Kraft-Treten der neuen Tarifbestimmungen ausüben. Die Kündigung des Wahltarifes wird wirksam mit der Geltung der neuen Tarifbedingungen.

9. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

II. Prämienzahlung für Nichtinanspruchnahme von Leistungen (§ 53 Abs. 2 SGB V)

1. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als drei Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben.

Das Mitglied hat der Betriebskrankenkasse schriftlich anzuzeigen, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen. Die Teilnahme beginnt mit dem Beginn des auf die Anzeige folgenden Monat.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden sowie Mitglieder, die bereits einen Selbstbehaltwahltarif gewählt haben, können den Wahltarif nicht wählen.

2. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V)
- Schutzimpfungen (§ 20 i SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen
(Gruppenprophylaxe, § 21 SGB V; Individualprophylaxe, § 22 SGB V;
Zahnprophylaxe, § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
- Präventions- und Krankheitsfrüherkennungsleistungen nach § 73 c – Verträgen und Satzung
- Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

3. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 150 €.

Die Prämie erhöht sich im 2. Kalenderjahr, in dem keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen wurden auf 300 € und ab dem 3. Kalenderjahr, in dem keine Leistungen der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen wurden auf 600 € des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrages.

Die Höhe der auszahlenden Prämie ist begrenzt auf die in § 15 VII. genannten Werte, maximal auf 1/12 der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge.

Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif nach § 15 Abs. I wählt oder gewählt hat.

Die Zahlung der Prämie erfolgt bis Monat August für das abgelaufene Kalenderjahr, in dem keine Leistungen in Anspruch genommen wurden.

4. Soweit die Teilnahme während eines laufenden Kalenderjahres beginnt oder endet, wird die Prämienzahlung nach Ziffer 3 anteilig berechnet. Das Gleiche gilt entsprechend, soweit nach der Wahl der Prämienzahlung nach Ziffer 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden.
5. Die Wahl der Prämienzahlung gilt für unbestimmte Zeit, mindestens jedoch für ein Jahr. Der Wahltarif kann jeweils zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse gekündigt werden.

Die Mindestbindungsfrist beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Ziffer 1 angezeigt hat, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

Die Prämienzahlung ruht für die Monate, in denen die Beiträge nach der Wahl der Prämienzahlung nach Ziffer 1 vollständig von Dritten getragen werden.

Es besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn nach der Wahl der Prämienzahlung nach Ziffer 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden und in besonderen Härtefällen. Zu besonderen Härtefällen zählt insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Darüber hinaus besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn sich die Tarifbedingungen des Wahltarifes ändern.

Bei Tragung der Beiträge durch Dritte und in besonderen Härtefällen kann im Rahmen des Sonderkündigungsrechts der Wahltarif innerhalb eines Monats nach Eintritt der Voraussetzungen gekündigt werden. Die Kündigung wird zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats wirksam.

Ändern sich die Tarifbedingungen des Wahltarifes, kann das Mitglied sein Sonderkündigungsrecht innerhalb eines Monats nach In-Kraft-Treten der neuen Tarifbestimmungen ausüben. Die Kündigung des Wahltarifes wird wirksam mit der Geltung der neuen Tarifbedingungen.

Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

III. Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V)

1. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung als Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V eine Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V für Erwachsene und Kinder/Jugendliche auf der Grundlage von Verträgen mit den in § 73b Abs. 4 SGB V genannten Vertragspartnern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Verträgen, welche hausärztliche Leistungen umfassen, sowie an einem Wahltarif für Kostenerstattung der Betriebskrankenkasse, ist nicht möglich.
2. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalte und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte.
3. Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse, nur einen am Vertrag teilnehmenden Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Leistungen mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Verpflichtungen ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln.

Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

4. Verstößt der Versicherte gegen seine sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Pflichten, kann er insbesondere im Wiederholungsfall aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Sofern ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird, kann – mit Ausnahme

von Vertretung oder Abwesenheit vom Praxisort – bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden.

5. 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 fehlender Mitwirkung,
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

6. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 73b Abs. 3 S. 3 - 5 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

7. Versicherten, die an einer hausarztzentrierten Versorgung für Kinder und Jugendliche nach Ziffer 1 teilnehmen, erhalten von der Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Abs. 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme 10 EUR je Quartal bei der Inanspruchnahme von Präventions- und Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen im Rahmen der nach Ziffer 1 genannten Versorgung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 40 EUR im Jahr.

Eine Auszahlung der Inanspruchnahme-Pauschalen für das Kalenderjahr ist schriftlich zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt:

8. Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung für Erwachsene nach Ziffer 1 teilnehmen, und das 16. Lebensjahr vollendet haben, erhalten von der Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Abs. 3 SGB V nach ihrer Einschreibung einmalig eine Prämie in Höhe von 50 EUR. Die Einschreibe-Pauschale wird gewährt für Erst- und Neueinschreibungen ab dem 01.07.2017.

Die Auszahlung der Einschreibe-Pauschale erfolgt nach Wirksamwerden der Einschreibung im Hausarztvertrag. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

IV. Entfällt

V. Wahltarif für die Teilnahme an strukturierte Behandlungsprogramme (§ 53 Abs. 3 SGB V)

1. Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
 - a. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
 - b. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 - c. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
 - d. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
 - e. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
 - f. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

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

2. Versicherte, die an folgenden strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

erhalten im Rahmen des § 53 Abs. 3 SGB V

- eine einmalige jährliche Prämienzahlung in Höhe von 10 EUR, sobald sich der Versicherte in einem strukturierten Behandlungsprogramm eingeschrieben hat.
- eine Prämie in Höhe von 25 EUR zu Beginn des Jahres, wenn der chronisch kranke Versicherte im gesamten zurückliegenden Kalenderjahr an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilgenommen hat.
- eine Prämie in Höhe von 25 EUR, wenn die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm erfolgreich beendet wird.

VI. Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungsungen
(§ 53 Abs. 3 SGB V)

1. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung als Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V eine Teilnahme an besonderen Versorgungsungen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
2. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die besondere Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. 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 fehlender Mitwirkung,
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
3. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 140a Abs. 4 S. 2 - 4 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.
4. Versicherte, die im Rahmen der besonderen Versorgung an einem Gesundheitsprogramm für Kinder und Jugendliche teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Abs. 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme 10 EUR je Quartal bei der Inanspruchnahme von Präventions- und Krankheitsfrüher-

kennungsmaßnahmen im Rahmen der nach Ziffer 1 genannten Versorgung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 40 EUR im Jahr.

Eine Auszahlung der Inanspruchnahme-Pauschalen für das Kalenderjahr ist schriftlich zu beantragen.

VII. Allgemeine Anforderungen (§ 53 Abs. 8 SGB V)

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 bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen.

§ 15a Wahltarif Krankengeld

Allgemeines

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an.

Mitglieder, die aufgrund einer Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif nach Abs. II Nr. 1 wählen.

Der Anspruch besteht im Rahmen der Regelungen des gesetzlichen Krankengeldes nach den §§ 44, 46-51 SGB V bis auf nachfolgende Einschränkungen.

Anspruch

- II. Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs.

Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S/UB),
2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel K/P);,

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

Sofern der Beginn der Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes liegt, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld.

- III. Der Anspruch auf Krankengeld endet nach den in Absatz I genannten gesetzlichen Bestimmungen, sowie
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz X oder XI,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,

- mit Vollendung des 65. Lebensjahres

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen, soweit das Mitglied auf die Auszahlung nicht vertrauen durfte; §§ 45, 50 SGB X gilt.

Höhe

- IV. Für die Ermittlung der Höhe des Krankengeldes wird § 47 SGB V zugrunde gelegt. Für Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V ist die zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit maßgebende Bemessungsgrundlage zur Prämienberechnung für die Ermittlung des Regelentgelts heranzuziehen.

Zahlung

- V. Für die Zahlung des Krankengeldes gelten die Regelungen der §§ 46 und 47 SGB V.

Dauer

- VI. Die Anspruchsdauer auf Krankengeld beträgt grundsätzlich 78 Wochen und wird ermittelt auf der Grundlage des § 48 SGB V. Maßgebliche Arbeitsunfähigkeitszeiten vor dem 31.12.2008 werden angerechnet.

Der Anspruch endet bei Bezug von nach § 50 Abs 1 SGB V vergleichbaren Leistungen von öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder berufständischen Versorgungseinrichtungen.

Der Anspruch endet für die ab dem 01.07.2009 an diesem Tarif teilnehmenden Mitglieder auch bei Bezug von nach § 50 Abs 1 SGB V vergleichbaren Leistungen von privaten Versicherungs- oder Versorgungseinrichtungen.

Ruhen

- VII. 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 es sich um mit § 50 Abs 2 SGB V vergleichbaren Leistungen von öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder berufständischen Versorgungseinrichtungen handelt.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- VIII. Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. Januar 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt im Übrigen mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung 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.
- IX. Der Tarif endet mit Vorliegen der Voraussetzungen des § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

Kündigung

- X. Die Kündigung des Tarifs hat durch schriftliche Erklärung mit einer Frist von mindestens 3 Monaten zum Ende der Bindungsfrist zu erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XI frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

Sofern eine Kündigung nicht oder nicht rechtzeitig erfolgt, verlängert sich die Teilnahme am Tarif um 12 Monate.

- XI. 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 Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Tarifbindung, erfolgen.

Prämien

- XII. Der Prämienberechnung wird das Arbeitseinkommen zugrunde gelegt, welches für die Beitragsbemessung in der Krankenversicherung maßgebend ist.

Die Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen/Tarifgruppen

Tarif	Prozent
<u>S/UB</u>	<u>0,6 %</u>
<u>K/P</u>	<u>0,6 %</u>

- XIII. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Absatz XII. Der Monat wird mit 30 Tagen gerechnet. Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien, Mahngebühren sowie Verzugszinsen mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I. Kosten, die für die Erhebung der Prämie von Dritten evtl. in Rechnung gestellt werden (z.B. durch Nichteinlösung einer Lastschrift), trägt das Mitglied.
- XIV. Die Prämie wird jeweils zur Fälligkeit des Beitrages zur gesetzlichen Krankenversicherung fällig.
- XV. Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben. Für jeden angefangenen Monat des Zahlungsverzuges sind zudem Verzugszinsen in Höhe des jeweiligen Interbanken-Tagesgeldzinssatz auf die rückständigen Prämien zu zahlen.
- XVI. Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 16

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

I. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
(§ 65a Abs. 1 SGB V):

1. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Voraussetzungen nachweisen:
 - a) Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
 - b) Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen nach vollendetem 20., Männer nach vollendetem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
 - c) Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einem ärztlichen Hautkrebs-Screening gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil, oder der Versicherte nimmt zwischen dem vollendeten 15. und dem vollendeten 35. Lebensjahr jährlich an einem ärztlichen Hautkrebs-Screening gem. eines Vertrages nach § 73 c SGB V teil.
 - d) Die Versicherte nimmt ab dem vollendeten 15. Lebensjahr während der Schwangerschaft sämtliche im Mutterpass vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen gem. § 24 d SGB V i. V. m. MuSchHiRL wahr.
 - e) Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 15. Lebensjahr die von der Betriebskrankenkasse nach § 20 i SGB V gewährten Schutzimpfungen in Anspruch oder lässt seinen Impfstatus auf Vollständigkeit ärztlich überprüfen.
 - f) Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 15. Lebensjahr an einer qualitätsgesicherten Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung gem. § 20a SGB V oder einer Gesundheitsförderung mit Settingansatz gem. § 20 SGB V teil.

- g) Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 15. Lebensjahr die Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 2 mal jährlich und ab Vollendung des 18. Lebensjahres 1 mal jährlich) gem. § 22 SGB V und § 55 Abs 1 SGB V in Anspruch.
 - h) Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 15. Lebensjahr an einer qualitätsgesicherten Maßnahmen zur individuellen Primärprävention gem. § 20 SGB V oder gem. § 12 a der Satzung teil
2. Der Versicherte erhält für jede der unter 1. genannten nachgewiesenen Leistungen Bonuspunkte im Wert von 0,10 EUR je Punkt, höchstens 1300 Punkte je Kalenderjahr.
3. Versicherte haben Anspruch auf einen Extra-Bonus von höchstens 1250 Punkten je Kalenderjahr für eigene Maßnahmen und von höchstens 600 Punkten je Kalenderjahr für die Maßnahmen je teilnehmendem Familienangehörigen im Wert von 0,10 EUR je Punkt, wenn sie zusätzlich zu der Inanspruchnahme einer der unter Punkt 1. genannten Leistungen, folgende Voraussetzungen nachweisen:
- a) Der Versicherte lässt ab dem vollendeten 15. Lebensjahr eine privatfinanzierte ärztliche Vorsorgeuntersuchung durchführen.
 - b) Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 15. Lebensjahr an einer Maßnahme zum Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining gem. § 43 SGB V teil.
 - c) Der Versicherte betätigt sich ab dem vollendeten 15. Lebensjahr regelmäßig aktiv sportlich in einem Sportverein oder einem qualitätsgeprüften Fitnessstudio.
 - d) Der Versicherte legt ab dem vollendeten 15. Lebensjahr erfolgreich ein Sportleistungsabzeichen ab oder lässt eine Sportuntersuchung durchführen.
 - e) Der Versicherte spendet ab dem vollendeten 15. Lebensjahr Blut, Organe oder Knochenmark.

- f) Der Versicherte weist ab dem vollendeten 15. Lebensjahr durch die Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Kurs im jeweiligen Kalenderjahr oder durch seine aktive Mitgliedschaft in einer Sanitätsorganisation oder durch einen aktuell gültigen Organspenderausweis seine Bereitschaft zur Hilfe anderer Personen nach.
 - g) Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 15. Lebensjahr an einer Maßnahme im Rahmen der Straßenverkehrssicherheit teil.
 - h) Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 15. Lebensjahr aktiv an einer nach § 20 h SGB V förderfähigen Selbsthilfegruppe teil.
 - i) Der über den Hauptversicherten teilnehmende mitversicherte Familienangehörige nimmt die nach § 26 Abs. 1 SGB V und die nach Vertrag vorgesehenen Kinder- und Jugenduntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres vollständig in Anspruch.
 - j) Der über den Hauptversicherten teilnehmende mitversicherte Familienangehörige nimmt die Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres und Individualprophylaxe bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres 2 mal jährlich) gem. § 21 SGB V und § 22 SGB V für den Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres vollständig in Anspruch.
 - k) Der über den Hauptversicherten teilnehmende mitversicherte Familienangehörige nimmt an den Bundesjugendspielen seiner Schule gem. den Regelungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend teil.
 - l) Der über den Hauptversicherten teilnehmende mitversicherte Familienangehörige nimmt an einer Maßnahme im Rahmen der Straßenverkehrssicherheit teil.
4. Als Zusatz-Bonus erhält der Teilnehmer ab der Einschreibung zur Teilnahme an diesem Prämienprogramm eine kostenlose Auslandsreisekrankenversicherung für sich und seine über ihn am Bonusprogramm teilnehmenden bei ihm mitversicherten Familienangehörigen welche das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn der Teilnehmer diesem zustimmt.

Die Auslandsreisekrankenversicherung wird gewährt bis zum Ende des Kalenderjahres in dem die Teilnahme an diesem Prämienprogramm endet. Für mitversicherte teilnehmende Familienangehörige wird die Auslandsreisekrankenversicherung bis zum Ende des Kalenderjahres gewährt, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird.

Wenn die Voraussetzungen für eine Bonusgewähr nach Punkt 1. bzw. 2. für das abgelaufene Kalenderjahr nicht vorliegen, sind die Kosten für den vorab gewährten Zusatzbonus innerhalb von 3 Monaten durch den Versicherten zurück zu erstatten.

5. Versicherte haben Anspruch auf einen Werbe-Bonus von höchstens 100 Punkten je Kalenderjahr im Wert von 0,10 EUR je Punkt, wenn sie zusätzlich zu der Inanspruchnahme einer der unter Punkt 1. genannten Leistungen, einen Versicherten, der bisher an keinem Bonusprogramm der BKK Scheufelen teilgenommen hat, zur Teilnahme an diesem Bonusprogramm bewegen.
6. Der Versicherte erklärt die Teilnahme schriftlich auf dem von der Betriebskrankenkasse dafür vorgesehenen Vordruck.

Teilnahmeberechtigt an diesem Prämienprogramm sind alle Versicherten der BKK Scheufelen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr. Nach § 10 SGB V mitversicherte Familienangehörige welche das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können über den Hauptversicherten mit in das Bonusprogramm eingeschrieben werden.

Die Kündigung der Teilnahme am Bonusprogramm ist jeweils zum Ende des Kalenderjahres möglich. Diese ist der Betriebskrankenkasse schriftlich mitzuteilen.

Hat der Teilnehmer für die beiden letzten Kalenderjahre keine Schecks zur Gutschrift oder Gewährung der Prämie eingereicht, wird die Teilnahme von der Betriebskrankenkasse automatisch zum Ende des laufenden Kalenderjahres beendet.

7. Der Anspruch auf den Bonus nach den Absätzen 1 bis 5 besteht nur dann, wenn durch den Teilnehmer bis zum 30.04. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen nachgewiesen wurden und zum Zeitpunkt des Antrags eine Mitgliedschaft in der Betriebskrankenkasse vorliegt.

kenkasse besteht.

Wurden die Voraussetzungen durch den Teilnehmer aus Gründen, die dieser nicht zu vertreten hat, nicht bis zum 30.04. für das zurückliegende Kalenderjahr nachgewiesen, verlängert sich die Nachweisfrist und der Anspruch auf den Bonus bis zum 31.12. für das zurückliegende Kalenderjahr, wenn zum Zeitpunkt des Antrags eine Mitgliedschaft in der Betriebskrankenkasse besteht.

8. Näheres regeln die vom Vorstand festzulegenden Ausführungsbestimmungen.

II. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Betriebe
(§ 65a Abs. 2 SGB V):

Die Betriebskrankenkasse kann durch Vertrag mit Arbeitgebern Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) aktiv fördern. Dabei sind Bonusgewährungen für den Arbeitgeber sowie für die teilnehmenden Mitglieder möglich, wenn der Betriebskrankenkasse die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anhand geeigneter Unterlagen nachgewiesen werden. Nicht förderungsfähig sind Maßnahmen, die Gegenstand der Verpflichtung aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus für den Arbeitgeber darf dessen Aufwendungen für die BGF nicht überschreiten. Die Betriebskrankenkasse kann dazu mit den von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der den Inhalt und die Höhe des Bonussystems im Einzelnen regelt.

§ 17 Nicht besetzt

§ 18 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen (§ 194 Abs. 1a SGB V.)

§ 19 Übertragung des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).
- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens im Sinne des AAG wird dem BKK Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 20 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg.

§ 21 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 22 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse sowie im Internet unter www.bkk-scheufelen.de.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 2 Wochen.

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

§ 22 a Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse gem. § 305b SGB V

Die BKK Scheufelen veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise.

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

1. Der Verwaltungsrat hat die Änderungen der Satzung am 08.12.2017 beschlossen.
2. Die vom Verwaltungsrat der BKK Scheufelen am 08.12.2017 beschlossene Änderung der §§ 4, 9, 12 II, 12 VII. 7, 12 VII. 8, 12b, 15 I a., 15 II., 15 VI., 15 a., 16 und 22 der Satzung wurde gemäß § 195 Abs. 1 SGB V mit Wirkung ab 01. Januar 2018 genehmigt.

Kirchheim/Teck, den 13.12.2017

Siegel

Georg Preu
Der Vorsitzende
des Verwaltungsrates

Anlage

Anlage zu § 2 Nr. IV der Satzung:

Bestimmungen über die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrats

Gem. § 41 SGB IV hat der Verwaltungsrat folgende Entschädigung festgesetzt:

1. Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrats

Den Mitgliedern des Verwaltungsrats (i.F.: Organmitglieder) wird bei Wahrnehmung ihrer Aufgaben folgende Entschädigung gezahlt:

1.1 Erstattung barer Auslagen

Die baren Auslagen der Organmitglieder werden nach festen Sätzen erstattet. Im Einzelnen werden gewährt:

1.1.1 Tagegeld

Das Tagegeld wird nach den für die Landesbeamten jeweils geltenden Vorschriften des Landesreisekostengesetzes Baden-Württemberg (LRKG) gezahlt.

1.1.2 Übernachtungsgeld

Für jede erforderliche Übernachtung außerhalb des Wohnortes wird ein Übernachtungsgeld nach der die Landesbeamten jeweils geltenden Vorschriften des LRKG gezahlt.

1.1.3 Fahrkosten

Fahrkosten werden in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen bei Benutzung der üblichen öffentlichen Verkehrsmittel (z.B. Eisenbahn 1.12. Klasse, Autobus, Straßenbahn) gezahlt. Bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges (PKW) wird eine Entschädigung entsprechend § 6 Abs. 2 und 4 LRKG gewährt.

1.1.4 Nebenkostenersatz sowie Zuschuss zum Tage- und Übernachtungsgeld

Die für die Landesbeamten jeweils geltenden Vorschriften des LRKG über Nebenkostenersatz und über Zuschuss zum Tage- und Übernachtungsgeld werden entsprechend angewandt.

1.1.5 Kraftfahrer

Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer werden nur dann erstattet, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

1.1.6 Wegfall des Anspruchs

Soweit ein Organmitglied Reise- und Fahrkostenersatz von dritter Stelle erhält, bestehen keine Ansprüche gegen die Betriebskrankenkasse.

1.2. Ersatz für Verdienstaufschlag und Erstattung von Rentenversicherungsbeiträgen

Den Organmitgliedern wird der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt. Außerdem werden ihnen die den Arbeitnehmeranteil Obersteigenden Beiträge nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI erstattet.

1.2.1. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV).

1.2.2. Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaufschlag entstanden ist, last sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ein Drittel des in Nr. 1.2.1 genannten Höchstbetrages zu ersetzen.

1.2.3. Der Verdienstaufschlag wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden geleistet; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen.

1.3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Den Organmitgliedern wird für jeden Kalendertag einer Sitzung für den regelmäßigen außerhalb der Arbeitszeit erforderlichen Zeitaufwand, insbesondere für die Vorbereitung der Sitzungen, ein Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 70 € geleistet.

Unter „Sitzung“ ist nur die Sitzung eines Gremiums des Versicherungsträgers (Verwaltungsrat, Ausschüsse) einschl. der Gruppenvorbesprechungen zu verstehen. Andere Besprechungen, Verhandlungen und Gespräche sowie Tagungen und Kongresse fallen nicht unter den Begriff „Sitzung“.

Der Pauschbetrag für Zeitaufwand wird den Organmitgliedern ausgenommen des Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats, wenn sie eine zusätzliche Entschädigung für die In-

anspruchnahme außerhalb von Sitzungen erhalten - auch für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ausnahmsweise dann geleistet, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

2. Zusätzliche Entschädigung des Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats

Für die Inanspruchnahme außerhalb von Sitzungen werden dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats folgende monatliche Pauschbeträge für Zeitaufwand und für bare Auslagen geleistet:

2.1. Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrats:

Als Pauschbetrag für Zeitaufwand das 2,0 -fache des Pauschbetrages nach Nr. 1.3.

2.2. Dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats:

Als Pauschbetrag für Zeitaufwand das 1,5 -fache des Pauschbetrages nach Nr. 1.3.

In dem Pauschbetrag für bare Auslagen sind die Reisekosten nicht enthalten. Diese sind nach der allgemeinen Entschädigungsregelung (Nr. 1.1) gesondert zu erstatten.

Die Pauschbeträge werden vom Beginn des vollen Monats an gewährt, von dem an die Vorsitzenden ihr Amt innehaben. Sie sind am Ersten des Monats zu zahlen und fallen mit dem Ende des Monats weg, in dem ein Vorsitzender ausscheidet. Bei einer länger als 30 Kalendarstage dauernden Verhinderung ist die Zahlung der Pauschbeträge für die weitere Dauer der Verhinderung einzustellen.

3. Verfahren

Die Entschädigung nach Nr. 1 ist innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr schriftlich zu beantragen. Die Frist beginnt mit dem Tag nach Beendigung der Inanspruchnahme