

Satzung der



BKK *Voralb*
HELLER * INDEX * LEUZE

Postfach 1424

72604 Nürtingen

Hausanschrift:
Neuffener Straße 54
72622 Nürtingen

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1	Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse.....	4
§ 2	Verwaltungsrat.....	5
§ 3	Vorstand	8
§ 4	Widerspruchsausschuss	10
§ 5	Kreis der versicherten Personen	12
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft	18
§ 7	Aufbringung der Mittel	20
§ 8	Bemessung der Beiträge	20
§ 8a	Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen....	20
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitrag.....	20
§ 10	Fälligkeit der Beiträge	21
§ 10a	Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen	22
§ 11	Höhe der Rücklage.....	22
§ 12	Leistungen	23
§ 12a	Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	32
§ 12b	Schutzimpfungen.....	33
§ 12c	Leistungsausschluss	33
§ 13	Medizinische Vorsorgeleistungen	34
§ 14	Wahltarife	35
§ 15	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	46
§ 16	Kooperation mit der PKV	48
§ 17	Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V	48
§ 18	Übertragung des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG	49
§ 19	Aufsicht.....	50
§ 20	Mitgliedschaft zum Landesverband	50
§ 21	Bekanntmachungen	50
§ 22	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	50

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage 1: zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung für Verwaltungsratsmitglieder

Anlage 2: zu § 14 VI der Satzung – Wahltarife Krankengeld gemäß § 53 Abs. 6 SGB V

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse führt den Namen **BKK *Voralb***
HELLER * INDEX * LEUZE

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 72622 Nürtingen,
Neuffener Straße 54.

Sie ist errichtet worden am 01. Januar 1997 von der BKK HELLER, der BKK
LEUZE und der BKK TRAUB.

- 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 die Betriebe
der Arbeitgeber:

Gebr. HELLER Maschinenfabrik GmbH in: 72622 Nürtingen

Hilite Germany GmbH in: 72622 Nürtingen

INDEX-Werke GmbH & Co. KG
Hahn & Tessky in: 73730 Esslingen

Leuze Gruppe in: 73277 Owen

§ 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 nach 3 Jahren, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates (§ 62 Abs. 3 SGB IV).

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 11 Versichertenvertreter und 3 der in § 1 Abs. 3 genannten Arbeitgeber oder deren Vertreter an (§§ 43 Abs. 1, 44 Abs. 2 Satz 1 SGB IV), wobei die Firma Gebr. HELLER Maschinenfabrik GmbH auch die Firma Hilite Germany GmbH vertritt und die Firma LEUZE electronic GmbH & Co. KG auch die Firma C.A. Leuze GmbH + Co. KG sowie die Firma bielomatik Leuze GmbH & Co. KG. Die Arbeitgeber bestimmen ihre Stellvertreter, die den Arbeitgeber oder den Arbeitgebervertreter im Fall der Verhinderung vertreten (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Die Arbeitgeber haben dieselbe Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung können sie jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen (§ 44 Abs. 2 Satz 4 2. Halbsatz i. V. m. Satz 2 SGB IV).

Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

- 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 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 Krankenkassen zu beschließen (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V bzw. § 150 Abs. 1 Satz 1 SGB V),
10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen (§§ 152 Abs. 1 Satz 1, 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
11. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

-
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung (§ 63 Abs.1 SGB IV).
- V. 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 1 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 mindestens 6 Versichertenvertreter und 1 Arbeitgebervertreter anwesend sind (§ 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 geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,

9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und 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 72622 Nürtingen, Neuffener Straße 54.
- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich aus 3 Vertretern der Versicherten, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen (§ 36a Abs. 2 Satz 2 SGB IV) und einem Arbeitgeber zusammen.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.

Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses und sein Stellvertreter werden von den Arbeitgebern 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.

7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem 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 und 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 § 24 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 beantragt 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 einem 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 einem der in § 1 Abs. III der Satzung genannten Betrieben arbeiten (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 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 Abs. 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Abs. 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 § 14 Abs. I (Prämienzahlung für Nichtinanspruchnahme von Leistungen) oder § 14 Abs. VI (Krankengeld) gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 14 Abs. I Nr. 5 bzw. 14 Abs. IV i. V. m. Anlage 2 aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß Abs. I Satz 1 gekündigt werden. Abs. II gilt mit Ausnahme für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 14 Abs. VI (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 SGB V (§ 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 Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt monatlich 0,5 % 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. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten. Die zu zahlenden Beiträge werden am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).
- IV. 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).

§ 10a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen

I. Pauschale Mahngebühr

Entsprechend der Vorschrift des § 1 LVwVGKO wird eine pauschale Mahngebühr erhoben.

II. Beitragsvorschüsse

Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge von Arbeitgebern erheben (§ 28e Abs. 5 SGB IV),

1. die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
2. bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
3. die sich in den letzten 6 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
4. die keine Beitragsnachweise einreichen.

Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 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 Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

(§ 12 I letzter Spiegelstrich durch Beschluss des Verwaltungsrates vom 17.12.2018 geändert / Genehmigung durch das SM BW – Aktenzeichen 61-5221.2-003.02 / 5 mit Schreiben vom 19.12.2018 / Inkrafttreten 01.01.2019)

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).

(§ 12 II – Häusliche Krankenpflege – und § 12 III – Haushaltshilfe gestrichen durch Beschluss des Verwaltungsrates vom 17.12.2018 / Genehmigung durch das SM BW – Aktenzeichen 61-5221.2-003.02 / 5 mit Schreiben vom 19.12.2018 / Inkrafttreten 01.01.2019)

II. 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.

III. 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 5 v. H. für Verwaltungskosten zu kürzen.
7. Die Erstattung wird regelhaft nach einem vereinfachten Verfahren durchgeführt. Dabei beträgt die Erstattung bei ambulanter privatärztlicher und privat Zahnärztlicher Behandlung 35 % des Rechnungsbetrages. Auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages nach den Ziffern 5 und 6.

8. 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 149 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 5 v. H. für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

9. Abweichend von Ziffer 7 können in 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.

IV. 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 Arzneimitteln 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.

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. Etwas höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.

2. Der Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Der Abzug der Abschläge erfolgt als Pauschale und ist ausgehend vom Apothekenverkaufspreis wie folgt gestaffelt:

Apothekenverkaufspreis	Mehrkostenanteil
bis 15 €	30 %
16 € – 30 €	40 %
31 € - 100 €	60 %
101 € - 300 €	70 %
310 € - 500 €	80 %
über 500 €	84 %

Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

V Zusätzliche Satzungsleistungen (§ 11 Abs. 6 SGB V) – Gesundheitskonto

Die nachfolgenden zusätzlichen Leistungen der Betriebskrankenkasse werden ab dem 01.01.2014 in einem versichertenbezogenen Gesundheitskonto geführt. Die Gesamtausgaben der Ziffern 1 – 6 sind kalenderjährlich auf 500 € begrenzt.

1. Medizinische Vorsorgeleistungen für Frauen

Für folgende Untersuchungen für Frauen werden ab Beginn des 20. Lebensjahres einmal im Kalenderjahr bis zu maximal 50 € die Kosten übernommen, solange es sich nicht um einen Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung handelt:

- Sonographie der Mamma,
- Mammographie,
- Vaginalultraschall.

Ab dem 50. Lebensjahr gilt die gesetzliche Regelung. Die Untersuchung muss von einem zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe empfohlen und durchgeführt werden. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung.

2. Medizinische Vorsorgeleistungen für Männer

Für folgende Untersuchungen für Männer werden ab Beginn des 20. Lebensjahres einmal im Kalenderjahr bis zu maximal 25 € die Kosten übernommen, solange es sich nicht um einen Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung handelt:

- PSA-Test

Die Untersuchung muss von einem zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt empfohlen und durchgeführt werden. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung.

3. Osteopathiebehandlung

Die Kosten für osteopathische Behandlungen werden in Höhe von bis zu 60 € pro Sitzung für maximal 6 Sitzungen im Kalenderjahr übernommen, sofern die Behandlung erforderlich ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu

heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Kosten werden gegen Vorlage einer ärztlichen Verordnung und der Rechnung erstattet. Die Behandlung muss von einem Osteopathen durchgeführt werden der nach einer osteopathischen Ausbildung Mitglied als Therapeut in einem Berufsverband der Osteopathen ist oder zum Beitritt berechtigt ist.

4. Zahnärztliche Leistungen zur Zahnprophylaxe

Für folgende Behandlungen werden Kosten übernommen solange es sich nicht um einen Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung handelt:

- einmal im Kalenderjahr für eine professionelle Zahnreinigung bis zu 50 €
- einmal im Kalenderjahr für umfassende zahnärztliche Vorsorgeleistungen zur Kariesprophylaxe, wie Fissuren-Versiegelungen und Karies-Infiltration, bis zu 45 €
- höherwertige Zahnfüllungen je Zahn bei
 1. einflächiger Füllung bis zu 20 €
 2. zweiflächiger Füllung bis zu 30 €
 3. mehrflächiger Füllung bis zu 75 €
- einmal im Kalenderjahr bei einer Wurzelbehandlung bis zu 150 €,
- einmal im Kalenderjahr bei einer ergänzenden kieferchirurgischen Röntgenaufnahme (3D-Aufnahmen) bis zu 150 €
- einmal im Kalenderjahr bei einer Anästhesie (Vollnarkose) zur chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen bis zu 150 €.

Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung.

5. Augenärztliche Vorsorgeuntersuchungen

Für folgende Untersuchungen werden einmal pro Kalenderjahr Kosten übernommen, solange es sich nicht um einen Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung handelt:

- Glaukom-Vorsorge zur Messung des Augeninnendrucks bis zu 20 €
- Präzisionsvermessung des Sehnervs (HRT) bei Glaukom bis zu 50 €
- optische Kohärenztomografie (OCT) bei Netzhautveränderungen bis zu 50 €.

Die Untersuchung muss von einem zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt empfohlen und durchgeführt werden. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung.

6. Medizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung

Für folgende Vorsorgeuntersuchungen und Beratungen werden einmal pro Kalenderjahr Kosten übernommen, solange es sich nicht um einen Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung handelt, und diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig sind eine Erkrankung zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden:

- Sportmedizinische Untersuchung
- Belastungs-Elektrokardiogramm
- Ernährungsmedizinische Untersuchung
- Allergieuntersuchung

Erstattet werden bis zu 60 € je Untersuchung.

Die Untersuchung muss von einem zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt in der jeweiligen Fachrichtung empfohlen und durchgeführt werden. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung.

VI Zusätzliche Satzungsleistungen (§ 11 Abs. 6 SGB V) – Mehrleistungen Schwangerschaft

Die nachfolgenden zusätzlichen Leistungen der Betriebskrankenkasse werden ab dem 01.01.2017 in einem versichertenbezogenen Gesundheitskonto – Mehrleistungen Schwangerschaft – geführt.

Eine Leistungsgewährung nach den Ziffern 1 bis 5 erfolgt, wenn die Untersuchungen bei vorliegenden Risikofaktoren mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken.

1. einmal Nackenfaltenmessung bis zu 90 €
2. einmal zusätzliche Screening Untersuchung außerhalb der Mutterschaftsrichtlinien wie das Ersttrimesterscreening bis zu 110 €
3. einmal zusätzliche Ultraschalluntersuchung außerhalb der Mutterschaftsrichtlinien bis zu 50 €
4. maximal vier zusätzliche Blutuntersuchungen außerhalb der Mutterschaftsrichtlinien wie Glukosetoleranztest, Streptokokkentest, Toxoplasmosetest, Triple-Test, Windpockentest, Zytomegalietest, bis zu je 20 €
5. Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses für den Partner, wenn der Partner bei der **BKK *Voralb*** versichert ist, bis zu 50 €

6. Kosten eines Säuglingspflegekurses, wenn beide Partner bei der **BKK *Voralb*** versichert sind, bis zu 50 €
7. Kosten für die Rufbereitschaft einer freiberuflichen Hebamme für eine geplante Hausgeburt, wenn die Krankenversicherung des Neugeborenen bei der **BKK *Voralb*** erfolgt, bis zu einem Betrag von 200 €

Die Untersuchungen und Behandlungen müssen von einem zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder einer zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Hebamme empfohlen und durchgeführt werden.

Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung.

Die Gesamtausgaben der Ziffern 1 – 7 sind je Schwangerschaft auf 300 € begrenzt.

VII Zusätzliche Leistungen (§ 11 Abs. 6 SGB V) außerhalb der Gesundheitskonten

1. Künstliche Befruchtung

Die Betriebskrankenkasse übernimmt neben den gesetzlich vorgeschriebenen 50 v. H. der Behandlungskosten weitere 25 v. H. der mit dem Behandlungsplan nach § 27a Abs. 3 SGB V genehmigten Kosten.

Eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift erfolgt nur, wenn beide Ehepartner bei der **BKK *Voralb*** versichert sind.

Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung.

2. Ärztliche Zweitmeinung

Über den gesetzlichen Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung nach § 27b SGB V hinaus können Versicherte, die eine ärztliche Therapieempfehlung oder Empfehlung zur Durchführung einer Operation erhalten haben, eine ärztliche Zweitmeinung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen, wenn sie einer Offenlegung der Daten gegenüber der Betriebskrankenkasse zustimmen. Indikationen, die in den GBA-Richtlinien nach § 27b Abs. 2 SGB V aufgeführt sind, sind von der Satzungsregelung ausgeschlossen.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Betriebskrankenkasse mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung geschlossen hat, welche die ärztliche Zweitmeinung einschließt.

Die Betriebskrankenkasse trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V Vereinbarungen über die Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, welche in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten und welche über eine Qualifikation verfügen, wie sie für die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassen Leistungserbringer gilt.

Der Anspruch nach § 27b Abs. 1 SGB V bleibt unberührt.

(Nr. 2 Absatz 1 geändert durch Beschluss Verwaltungsrat vom 14.12.2017 / Genehmigung durch SM per Schreiben vom 22.12.2017 – Aktenzeichen 61-5221.2-003.02 / 4 / Inkrafttreten 01.01.2018)

§ 12a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Leistungen werden erbracht als

1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V
2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V
3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b SGB V.

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 folgenden 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 Reduktion des Genuss- und Suchtmittelmissbrauchs

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

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, können ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt werden.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein Finanzierungszuschuss in Höhe von 85 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 155 € je Kalenderjahr gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen wurden sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber).

Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, in Höhe des Betrages der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.

Für selbstbeschaffte ärztliche empfohlene Schutzimpfungen werden von der Betriebskrankenkasse die Kosten bis zur Höhe des Betrages erstattet, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre.

§ 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.

§ 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 16 €.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder, die das erste Lebensjahr vollendet und das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt der Zuschuss 25 €.

§ 14 Wahltarife

I. 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.

Der Wahltarif kann schriftlich beantragt werden bis spätestens 31. März des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr folgt, für das der Wahltarif erstmalig in Anspruch genommen werden soll.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nicht wählen.

2. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
 - Prävention (§§ 20 und 20i SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe, § 21 SGB V; Individualprophylaxe, § 22 SGB V; jährliche Zahnprophylaxe, § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)

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

3. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 5 % des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrages und umfasst bei Arbeitnehmern auch die nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile.

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

4. Soweit die Teilnahme an dem Wahltarif während eines laufenden Kalenderjahres beginnt oder endet, wird die Prämienzahlung nach Nr. 3 anteilig berechnet. Das Gleiche gilt entsprechend, soweit nach der Wahl der Prämienzahlung nach Nr. 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 schriftlich 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 I 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.

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 bis zum Ablauf des auf das In-Kraft-Treten der neuen Tarifbestimmungen folgenden Monats 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.

II. 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 eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V 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 Hausarztverträgen 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 (§ 73b Abs. 6 SGB V).
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 (§ 73b Abs. 3 S. 2 SGB V). 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 (§ 73b Abs. 3 S. 6 SGB V). Eine Kündigung ist schriftlich gegenüber der Krankenkasse 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.
5. Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht, die sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der Betriebskrankenkasse im Verzug befinden oder die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in welches das Ereignis fällt.

6. 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.

7. 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.

8. Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach Abs. 1 teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Abs. 3 SGB V nach ihrer Einschreibung einmalig eine Prämie in Höhe von 40,00 €.
(§ 14 II Absatz 8 eingefügt durch Beschluss des Verwaltungsrates vom 25.07.2018 / Genehmigung durch das SM BW – Aktenzeichen 61-5221.2-003.02 / 4 mit Schreiben vom 17.08.2018 / Inkrafttreten 01.08.2018)

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

1. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit den in § 73c Abs. 3 SGB V genannten Vertragspartnern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
2. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten 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 besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c Abs. 5 SGB V).
3. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an der besonderen ärztlichen Versorgung, indem sie sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an die sich aus der Teilnahme ergebenden Verpflichtungen gebunden, er darf bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Abs. 1 andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen.

Bei Änderungen der durch den Vertrag zusätzlich zur Regelversorgung gewährten Leistungen besteht für den Versicherten ein außerordentliches Recht zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen gemäß Abs. 2 an den Versicherten.

Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

4. 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.
- VII. 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 (§ 73c Abs. 2 S. 2 - 4 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

IV Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 53 Abs. 3 SGB V)

- I. 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.

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

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

- II. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die besondere Versorgungsleistung. 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.

- III. 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.

VI. Wahltarife Krankengeld (§ 53 Abs. 6 SGB V)

Die Betriebskrankenkasse bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V),
einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und

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

an.

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

Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage 2 die Bestandteil dieser Satzung ist.

VII. Wahltarif Selbstbehalt Ausland (§ 53 Abs. 1 SGB V)

1. Mitglieder der **BKK Voralb** können ab Beginn der Mitgliedschaft den Wahltarif Selbstbehalt im Ausland beitreten.
2. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nicht wählen.
3. Der Wahltarif muss durch das Mitglied schriftlich zum Ersten eines Kalendermonats beantragt werden. Mit der Teilnahme am Wahltarif beginnt die gesetzliche Mindestbindungsfrist von drei Jahren.
4. Der Wahltarif umfasst einen Verzicht auf Kostenerstattung privat in Anspruch genommener Leistungen im Ausland. Als Selbstbehalt übernimmt das Mitglied je Kalenderjahr 25 € der im Ausland entstandenen Kosten, die sonst durch die BKK zu erstatten wären.
5. Eine Leistungsabrechnung über die Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) ist durch den Wahltarif nicht ausgeschlossen.
6. Die Prämie für den Selbstbehalt umfasst eine durch die Betriebskrankenkasse vermittelte und vom Mitglied abzuschließende private Auslandsreisekrankenversicherung durch den Kooperationspartner der **BKK Voralb**. Hierbei kann auch die Einbeziehung familienversicherter Angehöriger nach § 10 SGB V in die Auslandskrankenversicherung vereinbart werden.
7. Der Wahltarif kann erstmals drei Monate vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, wird der Wahltarif fortgeführt. Die Kündigung ist danach jeweils bis zum 30.09. eines Kalenderjahres auf das Jahresende möglich.
8. Ändern sich die Tarifbedingungen des Wahltarifes, besteht ein Sonderkündigungsrecht bis zum Ablauf des auf das In-Kraft-Treten der neuen Tarifbestimmungen folgenden Monats. 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.

VIII. Allgemeine Anforderungen der Wahltarife (§ 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 für einen oder mehrere Tarife bis zu 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge, jedoch nicht mehr als 600 EUR betragen.

Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V werden bei der Berechnung der Prämienzahlung nicht berücksichtigt.

(§ 14 VIII redaktionelle Anpassung (§ 14 VII alt in § 14 VIII neu) durch Beschluss des Verwaltungsrates vom 27.07.2017 / Genehmigung durch das SM BW – Aktenzeichen 5-5221.2-004.02 / 3 mit Schreiben vom 23.08.2017 / Inkrafttreten 01.01.2018)

§ 15 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

I. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

(§ 65a Abs. 1 SGB V):

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, im abgelaufenen Kalenderjahr die Leistungen nach den Punkten 1 – 3 vollständig und zusätzlich aus den Punkten 4 – 11 eine weitere Leistungsinanspruchnahme nachweisen.

1. Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V

Der/die Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 3 Jahre teil.

(§ 15 I Nr. 1 geändert durch Beschluss des Verwaltungsrates vom 17.12.2018 / Genehmigung durch das SM BW – Aktenzeichen 61-5221.2-003.02 / 5 mit Schreiben vom 19.12.2018 / Inkrafttreten 01.01.2019)

2. Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V

Der/die Versicherte nimmt jährlich - Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr - teil.

3. Zahnärztliche Untersuchung nach § 55 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Der/die Versicherte nimmt nach Vollendung des 18. Lebensjahrs mindestens einmal im Kalenderjahr teil.

4. Maßnahmen zur Primärprävention in den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressreduktion, Entspannung, Genuss- und Suchtmittelkonsum.

5. Schutzimpfungen nach § 12b der Satzung oder Nachweis des vollständigen Impfschutzes.

6. Hautkrebsscreening oder Hautkrebsvorsorgeuntersuchung.

7. Erfolgreiche Prüfung zum Sportabzeichen des Deutschen Sportbundes.

8. Teilnahme an mindestens 30 Trainingseinheiten in einem Fitnessstudio.

9. Zahngesundheitsuntersuchungen der Kinder nach § 22 Abs. 1 SGB V.

10. Kinderuntersuchungen zwischen dem 2. und 10. Lebensjahr (U 7 – U 11) von mitversicherten Kindern nach § 26 Abs. 1 SGB V und den zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Leistungserbringern geschlossenen Verträgen.
11. Kinderuntersuchungen ab dem 11. Lebensjahr von mitversicherten Kindern nach § 26 Abs. 1 SGB V und den zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Leistungserbringern geschlossenen Verträgen.

Der Bonus beträgt

- für die Maßnahmen nach Nr. 1 - 3 jeweils 15 €
- für die Maßnahmen nach Nr. 4 - 10 jeweils 10 €
- für die Maßnahmen nach Nr. 11 (unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung des Landes BW zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen) jeweils 15 €.

Der Bonus-Höchstbetrag beträgt je Kalenderjahr 210 €.

Die Erfüllung der Voraussetzungen ist vom Arzt bzw. Anbieter der Leistung auf dem BKK-Bonus-Nachweisheft zu bestätigen und bis zum 31.03 für das zurückliegende Kalenderjahr einzureichen.

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

Die Betriebskrankenkasse kann durch Vertrag mit den 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 oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) 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.

§ 16 Kooperation mit der PKV

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

§ 17 Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

1. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Betriebskrankenkasse ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
2. Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Vertrags mit der **BKK *Voralb*** für die Versicherten tätig wird.
3. Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Nr. 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die **BKK *Voralb***.
4. Die einschlägigen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit einschließlich aller sich daraus für die Datenverarbeitung ergebenden Erfordernisse werden gewahrt.

(§ 17 eingefügt durch Beschluss des Verwaltungsrates vom 17.12.2018 / Genehmigung durch das SM BW – Aktenzeichen 61-5221.2-003.02 / 5 mit Schreiben vom 19.12.2018 / Inkrafttreten 01.01.2019)

Artikel 1

Änderung der Satzung

§ 18 der Satzung der BKK wird wie folgt geändert:

§ 18 Übertragung des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG

- I.
 1. Die Durchführung des U1-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen (§ 9 Abs. 2 Nr. 5 i. V. m. § 8 Abs. 2 AAG).
 2. Die Durchführung des U2-Verfahrens nach dem AAG wird der BMW BKK, Mengkofener Str. 6, 84130 Dingolfing übertragen (§ 9 Abs. 2 Nr. 5 i. V. m. § 8 Abs. 2 AAG).
- II.
 1. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die **BKK *Voralb***.
 2. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen U1 werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).
 3. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen U2 werden an die BMW BKK weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).
- III.
 1. Dem BKK Landesverband Mitte wird für das U1-Verfahren im Sinne des AAG die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.
 2. Der BMW BKK wird für das U2-Verfahren im Sinne des AAG die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird die BMW BKK ermächtigt, die für die Durchführung des U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Satzungsänderung tritt zum 01.01.2020 in Kraft.

(§ 18 geändert durch Beschluss des Verwaltungsrates vom 16.07.2019 / Genehmigung durch das SM BW – Aktenzeichen 61-5221.2-003.02 / 5 mit Schreiben vom 23.07.2019)

§ 19 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg.

§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 21 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und in den in § 1 Abs. III genannten Betrieben

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 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise (§ 305b SGB V).

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse erfolgt darüber hinaus durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse, außerdem durch Bekanntgabe in der Mitgliederzeitschrift.

Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses eingestellt.

Die Aushangfrist beträgt 2 Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

(§ 18 bis 22 Folgeänderung aufgrund der Einfügung § 17 durch Beschluss des Verwaltungsrates vom 17.12.2018 / Genehmigung durch das SM BW – Aktenzeichen 61-5221.2-003.02 / 5 mit Schreiben vom 19.12.2018 / Inkrafttreten 01.01.2019)

Artikel II

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 15.12.2016 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.01.2017 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 01.07.2010 und die dazu ergangenen Nachträge außer Kraft.

Nürtingen, den 15.12.2016

Siegel

Der Vorsitzende
des Verwaltungsrates

Manfred Süß