

# **Satzung der Betriebskrankenkasse**

**EWE**

**in der Fassung des 56. Nachtrags vom 20.05.2020**

## **Übersicht zur Satzung**

### **Artikel I**

#### **Inhalt der Satzung**

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 2a Versichertenälteste
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 8a Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen
- § 8b gestrichen
- § 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 11 Höhe der Rücklage; Entschuldung
- § 12 Leistungen
- § 12a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 12b Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung
- § 12c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 12d Wahltarif besondere Versorgung
- § 12e gestrichen
- § 12f Wahltarife Krankengeld
- § 12g Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 12h Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 13 Primärprävention
- § 13a Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V
- § 13b Persönliche elektronische Gesundheitsakte
- § 14 Kooperation mit der PKV
- § 15 Schutzimpfungen
- § 16 Leistungsausschluss
- § 17 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- § 18 Krankengeld für freiwillige Mitglieder
- § 18a Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)
- § 19 Aufsicht
- § 20 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 21 Bekanntmachungen

## **Artikel II**

### **Anhänge**

**Anhang 1 zu § 18a der Satzung „Ausgleich der Arbeitgebereaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)“**

## **Artikel III**

### **In-Kraft-Treten**

## **Artikel I**

### **§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse**

**I Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen Betriebskrankenkasse EWE.**

**Sie ist errichtet worden am 01.01.1996.**

**Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Oldenburg.**

**II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die:**

<b>be.storaged GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>Biber GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>Bremer Kommunikationstechnik GmbH</b>	<b>Bremen</b>
<b>BTC Business Technology Consulting AG</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>BTC IT Services GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>EnergieCampus GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>EWE AG</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>EWE DIREKT GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>EWE ERNEUERBARE ENERGIEN GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>EWE GASSPEICHER GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>EWE Go GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>EWE NETZ GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>EWE Offshore Service &amp; Solutions GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>EWE TEL GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>EWE TRADING GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>EWE Urbanisation Dienstleistungs GmbH</b>	<b>Bremervörde</b>
<b>EWE VERTRIEB GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>EWE WASSER GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>
<b>Gastransport Nord GmbH</b>	<b>Oldenburg</b>

Gebäudesicherheit Nord GmbH	Oldenburg
nordcom Niedersachsen GmbH	Oldenburg
qbig GmbH	Oldenburg
SOCON Sonar Control GmbH	Giesen
Wachgesellschaft Fernwirktechnik- Sicherheitssysteme Oldenburg mbH	Oldenburg

## **§ 2 Verwaltungsrat**

- I 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter nach der Hälfte der Amtszeit, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.
- II Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 9 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an. Er hat die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen. Der Arbeitgeber oder sein Vertreter hat für den Fall der Verhinderung einen Stellvertreter.
- 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. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:
  1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,

2. den Haushaltsplan festzustellen,
  3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
  4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
  5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
  6. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
  7. den Vorstand zu überwachen,
  8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
  9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,
  10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen,
  11. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s 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.
- V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Er kann sich hierzu Dritter bedienen.
- VI Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VII Entschädigungen der Mitglieder des Verwaltungsrates nach festen Sätzen und Pauschbeträgen im Sinne des § 41 Absatz 1 und 3 SGB IV werden nicht gezahlt.
- VIII Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter sowie ein Arbeitgebervertreter anwesend sind.
- IX 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.**

- X Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ist bei Beschlüssen zur Abnahme der Jahresrechnungen und zur Feststellung des Haushaltsplans ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.**

## **§ 2a Versichertenälteste**

- I Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat 15 Versichertenälteste gewählt. Eine Stellvertretung erfolgt nicht.**
- II Nachfolger für ausscheidende Versichertenälteste werden auf Vorschlag des Vorstandes vom Verwaltungsrat gewählt.**
- III Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.**
- IV Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.**

**Zu dieser Aufgabe gehört die Weiterleitung von Informationen der Betriebskrankenkasse an die Versicherten, Unterstützung des Versicherten bei Leistungsanträgen und Unterstützung der Betriebskrankenkasse bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung.**



### **§ 3 Vorstand**

- I Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.**
- II Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.**
- III Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:**

- 1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,**
- 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,**
- 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,**
- 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,**
- 5. jährlich die 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.**

**Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.**

**Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.**

- 6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,**
- 7. eine Kassenordnung aufzustellen,**
- 8. die Beiträge einzuziehen,**
- 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,**
- 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.**

**IV** Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

#### **§ 4 Widerspruchsausschuss**

**I** Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbekanntmachungen wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Oldenburg.

- II**
1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 2 Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit 2 Stimmen.
  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 wird vom Arbeitgeber oder seinem Vertreter bestellt. 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 Absatz 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
  5. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
  6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses ohne Stimmrecht beratend teil.
- III** Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV** Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absatz 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:**

- 1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,**
- 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 Vorruhestandsgesetz gezahlt wird,**
- 2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,**
- 3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.**
- 4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,**
- 5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,**
- 6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,**

- 7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten beschäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,**
- 8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,**
- 9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, nach Maßgabe des § 5 Absatz 1 Nr. 9 SGB V,**
- 10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten, sowie zu Ihrer Berufsausbildung Beschäftigte nach Maßgabe des § 5 Absatz 1 Nr. 10 SGB V,**
- 11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,**
- 12. Personen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben, die für die Versicherungspflicht geforderten Voraussetzungen, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen,**
- 13. 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 Absatz 5 SGB V oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.**

## **II Freiwillige Mitglieder**

**Die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen wählen:**

- 1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,**
- 2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V (Familienversicherung) endet oder bei Kindern nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen,**
- 3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX , wenn sie beim Beitritt noch nicht 50 Jahre alt sind,**
- 4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen.**

## **III Die in Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn**

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

#### **IV Familienversicherte**

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der Betriebskrankenkasse durchgeführt, die das Mitglied gewählt hat.

#### **§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft**

- I** Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II** Erhebt die BKK EWE erstmalig einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die BKK EWE hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die BKK EWE ihrer Hinweispflicht nach § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.
- III** Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV** Wenn ein Wahltarif nach § 12f gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des § 12 f Absatz XVII, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abs. II gilt nicht.

## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

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

## **§ 8 Bemessung der Beiträge**

Für die Bemessung der Beiträge gelten die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Bemessung 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).

## **§8b gestrichen**

## **§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz**

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 0,9 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

## **§ 10 Fälligkeit der Beiträge**

- I Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.
- II Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).
- III 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.

## **§ 11 Höhe der Rücklage; Entschuldung**

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



## **§ 12 Leistungen**

**I 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 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

**II 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 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person die Krankø/den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf 6 Monate je Krankheitsfall begrenzt; eine Verlängerung ist nach gutachterlicher Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung möglich. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. mit § 61 Satz 3 SGB V.**

**III**

- 1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn im Haushalt des Versicherten ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und der Versicherte wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Absatz 2 oder 4, §§ 24, 40 oder 41 SGB V die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung wegen Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.**
- 2. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn im Haushalt des Versicherten ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und der Versicherte wegen akuter Erkrankung die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung nicht möglich ist und eine andere im Haushalt**

lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für einen Zeitraum von bis zu 4 Wochen gewährt. Darüber hinaus kann die Betriebskrankenkasse in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe bei akuter Erkrankung in angemessenem Umfang nach gutachtlicher Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellen, längstens jedoch für die Dauer von 26 Wochen.

3. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn im Haushalt des Versicherten ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines Versicherten die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für einen Zeitraum von längstens 26 Wochen gewährt.
4. Der Ansprüche nach Abs. III Nr. 1- 3 sind ausgeschlossen, sofern Pflegebedürftigkeit der Grade 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt.
5. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
6. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht erbracht werden kann.

Der Zuschuss beträgt kalendertäglich 6 v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und darf zusammen mit den Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten.

- V**
- 1.** Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme (schriftlich) zu informieren. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
  - 2.** Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
  - 3.** Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.
  - 4.** Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
  - 5.** Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die 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., maximal 40,00 EUR, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
  - 7.** Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, anzuwenden ist, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im

jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 3 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 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, 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 Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 27,5 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
2. § 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

## **§ 12 a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten**

- I** Versicherte ab dem vollendeten 1. Lebensjahr, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Punkte 1.- 4. vollständig und aus den Punkten 5.-7. mindestens einen Punkt einmal innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen:
- 1.** Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle drei Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 1 SGB V teil.
  - 2.** Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem vollendeten 20., Männer ab dem vollendeten 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 Absatz 2 SGB V teil.
  - 3.** Der Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr nimmt zur Verhütung von Zahnerkrankungen mindestens einmal im Kalenderjahr an einer zahnärztlichen Untersuchung (Individualprophylaxe) teil.
  - 4.** Mitversicherte Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nehmen die nach § 26 Absatz 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen vollständig und die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zweimal für den Zeitraum eines Kalenderjahres in Anspruch.
  - 5.** Der Versicherte nimmt mindestens einmal im Jahr eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Absatz 1 SGB V in Anspruch.
  - 6.** Der Versicherte treibt regelmäßig Sport (z.B. Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein oder Nachweis durch ein Sportabzeichen).
  - 7.** Der Versicherte hat die von der Betriebskrankenkasse nach § 15 der Satzung gewährten Schutzimpfungen vollständig in Anspruch genommen.
- II** Die Erfüllung der Voraussetzungen werden vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im BKK-Bonus-Heft quittiert. Ist es der BKK EWE im Einzelfall nicht möglich, die Erfüllungen der Voraussetzungen in Absatz 1 zu prüfen, kommt es im Weiteren auf die schriftliche Erklärung des Versicherten an.
- III** Der Bonus wird dem Versicherten als einmaliger Verrechnungswert in Höhe von 50 Punkten gutgeschrieben, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage des BKK-Bonus-Heftes vollständig nachgewiesen wurden. Am 31.12. des zurückliegenden Kalenderjahres und zum Zeitpunkt der Abrechnung muss eine Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei der BKK EWE bestehen.

**IV Die Bonusregelung gilt jeweils für ein Kalenderjahr. Eine Anrechnung auf das folgende Kalenderjahr ist unzulässig.**

**V Bonusprogramm Babybonus**

**1. Kinder, die nach dem 01.01.2012 geboren wurden, erhalten einen Bonus nach Abs. V Nr. 2 wenn Sie folgende Voraussetzungen nachweisen und ein Elternteil sowie das Kind/die Kinder bei der Einlösung des Bonus bei der BKK EWE versichert sind:**

- a) Regelmäßige Teilnahme der erstgebärenden werdenden Mutter an einem Geburtsvorbereitungskurs; die Mutter muss bei der aktuellen oder einer vorherigen Schwangerschaft regelmäßig an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen haben,**
- b) Nachweis aller durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U4,**
- c) der zweite Elternteil ist ungekündigt bei der BKK EWE versichert oder wird bis zur Einlösung des Bonus bei der BKK EWE versichert.**

**2. Der Babybonus beträgt, wenn**

- die Voraussetzungen nach Absatz V Nummer 1 Buchstabe a und b erfüllt sind, 50 Punkte,**
- die Voraussetzungen nach Absatz V Nummer 1 Buchstabe a, b und c erfüllt sind, 100 Punkte.**

**3. Die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz V Nummer 1 Buchstabe a und b wird von der Hebamme bzw. vom Kinderarzt im Kinderbonusheft quittiert. Die Erfüllung der Voraussetzung nach Absatz V Nummer 1 Buchstabe b kann auch unter Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes bzw. durch Stempel und Unterschrift des jeweiligen Leistungserbringers nachgewiesen werden.**

**4. gestrichen**

**5. gestrichen**

**VI Der Punktwert des Abs. III und die Punktwerte des Abs. V Nr. 2 für das Kalenderjahr 2020 betragen jeweils 2,00 €.**

## **§ 12b Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung**

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III 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
  - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

## **§ 12c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme**

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.
- II 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.

## **§ 12d Wahltarif besondere Versorgung**

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.**
- II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.**
- III 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**
  - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.**

## **§ 12e gestrichen**

## **§ 12f Wahltarife Krankengeld**

### **Allgemeines**

- I Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an, den in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitgliedern bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres, danach nur dann, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Laufzeit mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld versichert waren. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist. Mitglieder ab Vollendung des 65. Lebensjahres können einen Tarif nur wählen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Laufzeit des Tarifs mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld versichert waren.**



## **Anspruch**

- II** Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- III** 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,
  2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
- wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XV festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die

- bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben,
- den Tarif im Rahmen des § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V wählen,

besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif mit Wirkung vom 1. August 2009 bzw. zu dem in § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V genannten Termin gewählt wird. Für bis zum 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach dem bis zum 31. Juli 2009 gewählten Krankengeld-Wahltarif kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit am 1. August 2009.

- IV Für Mitglieder nach § 319 Abs. 2 Satz 1 SGB V gilt § 12 f der Satzung in der Fassung bis zum 31. Juli 2009 entsprechend fort.
- V Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- VI Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

## **VII Der Anspruch auf Krankengeld endet**

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

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

### **Höhe**

## **VIII Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten**

1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von bis zu monatlich 70 v. H. der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze Krankenversicherung (BBG KV) 45 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KGS 45),
2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten monatlichem Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von mehr als monatlich 70 v. H. der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze Krankenversicherung (BBG KV) bis zur monatlichen BBG KV 60 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KGS 60),
3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten monatlichem Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen über der monatlichen BBG KV 90 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KGS 90).

Die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitglieder erhalten eineinkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V). Der Tarifschlüssel hierfür lautet KGK.

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz XVIII.

- IX** Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitskommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitskommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitskommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

#### **Zahlung**

- X** Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

#### **Dauer**

- XI** Anspruch auf Krankengeld besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit. § 48 SGB V gilt entsprechend. Die zur Dauer des Anspruchs ergangenen Richtlinien und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen gelten entsprechend.
- XII** Abweichend von Absatz XI besteht bei Mitgliedern nach § 53 Abs. 6 SGB V, die einen Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V haben, nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Bei der Berechnung der Anspruchsdauer des Krankengeldes nach Absatz XI werden Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß § 48 SGB V entsprechend berücksichtigt.

Bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V gilt Absatz III Nr. 2.

## **Ruhen**

- XIII** Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, die nach Art und Umfang her dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar sind, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 1 Monatsbetrag im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren und Verzugszinsen stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
- XIV** Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

## **Wahl/Beginn/Laufzeit**

- XV** Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt 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.

Für Mitglieder, die bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben, beginnt der Tarif am 1. August 2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 30.11.2009 erfolgt ist; der Antrag gilt in diesem Fall als bis zum 30. September 2009 gestellt.

Mit Ablauf der Mindestbindungsfrist endet der Tarif automatisch; das Mitglied kann bei Erfüllung der Voraussetzungen innerhalb von 1 Monat nach Ende des Tarifs einen sich hieran nahtlos anschließenden Tarif bei der Betriebskrankenkasse neu wählen.

## **Kündigung**

- XVI** Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 2 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XVII frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- XVII** 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 Mindestbindung, erfolgen.

## **Wechsel**

- XVIII** Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz IX die in Absatz VIII genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III besteht in diesen Fällen nicht.

## **Prämien**

- XIX** Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VIII ergeben sich die Tarifkennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt im Tarifschlüssel:

<b>KGS 45</b>	<b>44,10 €</b>
<b>KGS 60</b>	<b>58,80 €</b>
<b>KGS 90</b>	<b>88,20 €</b>

Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt im Tarifschlüssel KGK 1% des zur Beitragsbemessung zu Grunde gelegten Bruttoeinkommens (entsprechend der monatlichen Berechnungsgrundlage lt. Mitteilung der Künstlersozialkasse), maximal bis zur monatlichen BBG KV.

- XX** Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt gemäß Absatz XXI. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach dem Absatz XVIII ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.  
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.
- XXI** Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens bei monatlicher Zahlung am 25. des Vormonats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
- XXII** Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.
- XXIII** Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

#### **§ 12g Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

- I** Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.
- II** Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

## **§ 12h Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

- I Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 2 Satz 2 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers
1. zur Bewegungsförderung der Beschäftigten
  2. zur gesundheitsgerechten Ernährung der Beschäftigten im Arbeitsalltag
  3. zur verhaltensbezogenen Suchtprävention im Betrieb oder
  4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung
- vollständig teilnehmen. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 12 g Abs. II der Satzung ab.
- II Der Bonus wird dem Versicherten als Barprämie in Höhe von 1,00 € zu Beginn des Jahres ausgezahlt, wenn bis zum 31.01. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die vollständige Teilnahme nachgewiesen wurden und die Mitgliedschaft während des gesamten zurückliegenden Jahres bestand. Der Bonus wird bei Nachweis der vollständigen Teilnahme an jedem weiteren Angebot nach Absatz 1 um jeweils 1,00 € aufgestockt.

## **§ 13 Primärprävention**

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

### **Bewegungsgewohnheiten:**

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

### **Ernährung:**

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



### **Stressmanagement:**

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

### **Suchtmittelkonsum:**

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

### **Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung:**

- Vorbeugung und Prävention arbeitsbedingter körperlicher Belastungen
- Betriebsverpflegung
- Psychosoziale Stressintervention
- Betriebliche Suchtprävention

Die Förderung durch die BKK 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 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 150,00 EUR je Maßnahme gewährt.

### **§ 13a Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V**

- I Die BKK EWE gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.
- II Die BKK EWE übernimmt abweichend von § 108 SGB V auch Kosten für stationäre Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern, sofern nach vorheriger Beantragung und Überprüfung bei der BKK EWE die Voraussetzungen für die stationäre Behandlungsnotwendigkeit gemäß § 39 SGB V erfüllt sind und die Maßnahme unter Berücksichtigung medizinischer Qualitätsaspekte und des Wirtschaftlichkeitsgebotes im Einzelfall sinnvoll ist.

- III** Die BKK EWE übernimmt abweichend von § 28 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 95 Abs. 10 bis 13 SGB V auch Kosten für Psychotherapie bei nicht zugelassenen Psychotherapeuten, sofern Behandlungstermine bei einem Vertragstherapeuten nicht innerhalb eines medizinisch notwendigen Zeitrahmens zur Verfügung stehen und die Therapie gemäß fachärztlicher Bescheinigung geeignet ist, eine stationäre Krankenhauseinweisung zu vermeiden oder eine Arbeitsunfähigkeit zu verkürzen.
- IV** Sofern die medizinischen Voraussetzungen für Leistungen nach § 23 Abs. 1 und 2 SGB V nicht gegeben sind, weil vorrangig Maßnahmen am Wohnort auszuschöpfen sind, kann die BKK EWE die gleichen ambulanten Maßnahmen in anerkannten Kurorten erbringen, ohne dem Versicherten einen Zuschuss gemäß § 23 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V zu zahlen.
- V** Soweit die BKK EWE nur in einigen Regionen vertragliche Regelungen für medizinische Vorsorgeleistungen geschlossen hat, erstattet die BKK EWE ihren nicht in diesen Regionen wohnenden Versicherten ihre Aufwendungen in Höhe des für Niedersachsen mit der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung vereinbarten ärztlichen Vertragshonorars.
- VI** Wurde mit Wirkung zum 24.05.2018 gestrichen.
- VII** Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen Parietale, Viszerale und Craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre.  
Die BKK EWE übernimmt die Kosten für maximal 6 Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 90 % des Rechnungsbetrags, jedoch nicht mehr als 50 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
- VIII** Die BKK EWE beteiligt sich bei ihren Versicherten an den Kosten der Professionellen Zahnreinigung (PZR). Die BKK EWE übernimmt die Kosten einmal kalenderjährlich in Höhe von bis zu maximal 50,00 € für eine PZR. Voraussetzung für die Erstattung ist die erfolgreiche Teilnahme an dem Bonusprogramm nach § 12a der Satzung der BKK EWE im Kalenderjahr der Inanspruchnahme der PZR. Zur Erstattung ist ein qualifizierter Nachweis im Bonusheft nach § 12a Abs. II der Satzung oder die Originalrechnung der Zahnarztpraxis oder eines entsprechend nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers vorzulegen.

**Voraussetzung ist, dass die PZR durch eine für die kassenzahnärztliche Versorgung zugelassene Zahnarztpraxis oder einen entsprechend nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer durchgeführt wird.**

- IX Die BKK EWE gewährt Ihren Versicherten, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen Zuschuss für bis zu drei Behandlungsversuche pro Ehepaar.**

**Der Zuschuss beträgt 1000,00 € je Behandlungsversuch pro Versicherten der BKK EWE, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten.**

**Zur Erstattung ist der BKK EWE die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.**

- X Die BKK EWE übernimmt für einen zertifizierten Kurs zum Erlernen der MammaCare-Methode bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung und der Originalrechnung einmalig die Kosten bis maximal 35,00 €.**

- XI Die BKK EWE übernimmt je Schwangerschaft die Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs für werdende Väter, die bei der BKK EWE versichert sind, in Höhe von maximal 80,00 €. Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.**

**Zur Erstattung sind die Originalrechnungen einzureichen.**

- XII Die BKK EWE erstattet für weibliche Versicherte, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, die Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134 a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.**

**Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 350,00 € je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.**

**Der Anspruch besteht nicht, wenn die Schwangerschaft vor dem 1. Januar 2013 geendet hat.**

**Zur Erstattung ist die Originalrechnung einzureichen.**

**XIII Die Betriebskrankenkasse gewährt im Rahmen von § 11 Abs. 6 SGB V zusätzliche Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer bei der Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen nach den folgenden Regelungen:**

- 1. Der Anspruch setzt voraus, dass die Betriebskrankenkasse mit den nicht zugelassenen Leistungserbringern oder über einen beauftragten Dritten eine Vereinbarung getroffen hat, die diese Behandlung einschließt. Die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung erfolgt über ein Fachforum (Tumorboard). Die Versicherten werden dabei von einer Servicegesellschaft im Auftrag der Betriebskrankenkasse unterstützt, die die Organisation und Vermittlung der Zweitmeinung übernimmt. Die Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus der Vereinbarung zwischen der Betriebskrankenkasse und dem beauftragten Dritten. Die Versicherten haben das Recht, über die Inhalte dieser Vereinbarung informiert zu werden. Die Betriebskrankenkasse trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und zu jeder Zeit eine fachübergreifende Interdisziplinärität durch Beteiligung der verschiedenen Fachärzte der folgenden Disziplinen: Chirurgie, Onkologie, Pathologie, Strahlentherapie und Radiologie sowie den je nach Einzelfall (ICDCodierung) zuständigen Fachärzten belegen.**
- 2. Die Zweitmeinung bezieht sich ausschließlich auf die Diagnosen folgender onkologischer Erkrankungen: ICD Code C00-C97-Bösartige Neubildungen in den Bereichen Lippe, Mundhöhle, Pharynx, Verdauungsorgane, Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, Knochen und Gelenkknorpel, Haut, Mesotheliales Gewebe, Weichteilgewebe, Brustdrüse (Mamma), Weibliche Genitalorgane, Männliche Genitalorgane, Harnorgane, Auge, Gehirn, sonstige Teile des Zentralnervensystems, Schilddrüse, sonstige endokrine Drüsen, sowie bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen, des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, Primärtumoren an mehreren Lokalisationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.**
- 3. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme vor Beginn des Verfahrens schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse. Die Teilnahme ist freiwillig und schränkt die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein. Die Versicherten haben die Möglichkeit, jederzeit ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse zu widerrufen.**

#### **4. Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte**

**Alle Versicherten der Betriebskrankenkasse können den Zweitmeinungsservice in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Betriebskrankenkasse krankenversichert sind und eine der unter Absatz 2 genannten Diagnosen vorliegt. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.**

#### **5. Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung**

**Die Betriebskrankenkasse leistet dafür Gewähr, dass die datenschutzrechtlichen Pflichten nach dem Bundesdatenschutzgesetz und des Sozialdatenschutzes nach dem Sozialgesetzbuch eingehalten werden. Dies gilt insbesondere für die nach § 9 BDSG sowie § 78a SGB X nebst den jeweiligen Anlagen geforderten technischen und organisatorischen Maßnahmen.**

**Sämtliche Personen, die im Zusammenhang mit der Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen mit persönlichen Daten der Versicherten in Berührung kommen, sind auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften des BDSG sowie des SGB verpflichtet worden. Die Einhaltung der Vorschriften des Schutzes der Berufsverschwiegenheit des § 203 StGB (Arztgeheimnis) werden eingehalten.**

- 6. Zur Qualitätssicherung und –verbesserung des Zweitmeinungsverfahrens wird eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung durchgeführt. Für die Auswertung herangezogen werden nur die personenbezogenen Daten derjenigen Teilnehmer, die ausdrücklich und schriftlich dieser Verwendung zugestimmt haben. Vor der Zustimmung werden die Versicherten darauf hingewiesen, dass die „Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen“ auch ohne Teilnahme an der begleitenden wissenschaftlichen Untersuchung möglich ist.**

- XIV Die BKK EWE stellt ihren Versicherten das PLUSKonto „Gesunde Schwangerschaft“ mit einem Guthaben von insgesamt maximal 500,00 Euro je Schwangerschaft zur Verfügung. Über die im Sozialgesetzbuch V geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus werden der Versicherten für folgende, von Ärzten durchgeführte, veranlasste oder direkt von der Versicherten initiierte Leistungen insgesamt bis zur Höhe von 500,00 Euro bezuschusst. Voraussetzung ist, dass die Leistungen mit dem Ziel erbracht werden einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken.**

1. **Ersttrimester-Screening,**
2. **Nackenfaltenmessung,**
3. **Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien**
4. **Triple-Test,**
5. **B-Streptokokken-Untersuchung,**
6. **Ultraschalluntersuchungen, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien**
7. **Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierungs-Test (FISH-Test),**
8. **Test auf Antikörper gegen Ringelröteln und Windpocken,**
9. **Zytomegalie-Test,**
10. **folgende Arzneimittel, die aufgrund der Schwangerschaft erforderlich, durch einen Arzt auf Privatrezept verordnet und in einer Apotheke oder durch eine Versandapotheke bezogen wurden:**
  - **Folsäure,**
  - **Vitamin B 12,**
  - **Jod.**

**Voraussetzung für die Zuschussung der Punkte 1 bis 9 ist, dass die Leistungen von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des vierten Kapitels des SGB V teilnimmt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist.**

**Zur Erlangung des Zuschusses bzw. zur Übernahme der Kosten werden von der Versicherten im Teilnahmeheft des PLUSKontos „Gesunde Schwangerschaft“ die einzelnen Leistungen dokumentiert und zusätzlich die spezifizierten Originalrechnungen bzw. Privatrezepte bei der BKK EWE eingereicht.**

**Zum Zeitpunkt der Abrechnung muss eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bei der BKK EWE bestehen.**

**Das Teilnahmeheft des PLUSKontos „Gesunde Schwangerschaft“ kann nur einmal je Schwangerschaft bei der BKK EWE eingereicht werden.**

- XV Für Versicherte bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden von der BKK EWE die Kosten für eine Behandlung mittels Koporthesen (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie) übernommen, sofern die Indikationsstellung und Verordnung durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung / Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgte und von diesen bestätigt wird, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder ohne die Behandlung mittels Koporthesen Folgebehandlungen zu erwarten sind. Zur Erstattung sind die ärztlichen Unterlagen und die Originalrechnung bei der BKK EWE einzureichen. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip des § 12 Abs. 1 SGB V ist zu beachten.**

**XVI Die BKK EWE erstattet an Brustkrebs erkrankten Versicherten die Kosten für einen Genexpressionstest zur Auswahl einer individuell optimierten Brustkrebstherapie.**

**Voraussetzung für die Kostenübernahme ist eine ärztliche Bescheinigung, die bestätigt, dass ein Genexpressionstest aufgrund der Brustkrebserkrankung medizinisch sinnvoll ist.**

**Erstattet werden einmalig 100 % des Rechnungsbetrages, maximal 4000,00 €.**

**Zur Erstattung ist die Originalrechnung einzureichen.**

**XVII Die BKK EWE erstattet Versicherten die Kosten für optische Kohärenztomographien zur Diagnostik und Therapiesteuerung der neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration sowie des Makulaödems im Rahmen der Diabetischen Retinopathie.**

**Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass die Leistung von einem zugelassenen Vertragsarzt erbracht und die Diagnose angegeben wird.**

**Erstattet werden 100 v.H. der entstandenen Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 120,00 € je Untersuchung.**

**Zur Erstattung ist die Originalrechnung einzureichen.**

**XVIII Die BKK EWE erstattet Versicherten einmal im Kalenderjahr die Kosten für eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten, frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern Risiken vorliegen, aufgrund derer nach ärztlicher Einschätzung im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte der BKK EWE diese Leistungen ergänzend einmal im Kalenderjahr in Anspruch nehmen. Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass die Leistung von einem zugelassenen Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" erbracht wird.**

**Die BKK EWE erstattet die tatsächlichen Kosten, jedoch maximal 150,00 Euro, für Leistungen nach Satz 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.**

**XIX** Die BKK EWE erstattet über die in § 33 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Ansprüche auf Hilfsmittel hinaus sensomotorische / propriozeptive Einlagen bei chronischen Schmerzsymptomatiken, bei schwerwiegenden muskuläre Dysbalancen, bei statischen Veränderungen des Bewegungsapparates sowie bei gravierenden Fuß- und Zehenfehlstellungen bis zu einem Betrag von maximal 200,00 Euro.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen eines Orthopädieschuhmachers sowie eine ärztliche Verordnung vorzulegen.

**XX** Die BKK EWE erstattet für die Jugenduntersuchung „J2“ 100 % der entstandenen Kosten.

### **§ 13b Persönliche elektronische Gesundheitsakte**

1. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK EWE 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 EWE 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 EWE.
4. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zum Datenschutz und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

### **§ 14 Kooperation mit der PKV**

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.



## **§ 15 Schutzimpfungen**

- I Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für alle ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen, auch wenn sie nicht in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V aufgeführt sind.  
Darüber hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse die Impfungen gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV-Impfung) für weibliche Versicherte zwischen dem vollendeten 15. und dem vollendeten 27. Lebensjahr. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen einzureichen.
- II Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkasse und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen wurden, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber).
- III Für selbst bezahlte, ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden von der Betriebskrankenkasse 90 v.H. der Kosten erstattet. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Impfung wegen eines beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes notwendig ist. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten auch für weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe im Sinne des § 2 Nummer 9 und 10 Infektionsschutzgesetz (IfSG), die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes ärztlich empfohlen sind. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend.
- IV Die Kosten für Gripeschutzimpfungen, die regional durchgeführt werden, werden von der Betriebskrankenkasse auch übernommen, wenn für die Betriebskrankenkasse keine vertraglichen Regelungen bestehen.

## **§ 16 Leistungsausschluss**

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

2. 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 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

## **§ 17 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen**

- I Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 €. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 €.
- II Bei Gewährung von stationären Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder in gleichartigen Einrichtungen durchgeführt werden, übernimmt die Betriebskrankenkasse die Kosten der Kur.

## **§ 18 Krankengeld für freiwillige Mitglieder**

Für freiwillige Mitglieder, die nicht oder nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt oder nicht oder nur geringfügig selbständig tätig sind, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen.

## **§ 18a Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG**

- I Durchführung des Ausgleichsverfahrens U1 nach dem AAG  
Die Betriebskrankenkasse EWE führt das U1-Verfahren zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach Maßgabe des Anhangs dieser Satzung durch. Der Anhang ist Bestandteil der Satzung.
- II Übertragung des Ausgleichsverfahrens U2 gem. §§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG

1. Die Durchführung des U2-Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Abs. 2 Nr. 5 und 8 Abs. 2 AAG der BKK BMW AG übertragen.
2. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse EWE; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an die BKK BMW AG weitergeleitet.
3. Bezüglich des U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird der BKK BMW AG gemäß § 9 Abs. 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird die BKK BMW AG die für die Durchführung des U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte erlassen.

## **§ 19 Aufsicht**

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse EWE führt das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

## **§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband**

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

## **§ 21 Bekanntmachungen**

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse, dem Intranet des Trägerunternehmens sowie im Internet unter [www.bkk-ewe.de](http://www.bkk-ewe.de).

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

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

## **§ 21 a 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. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt. Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse erfolgt darüber hinaus durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse.

Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 2 Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu machen.

## **Artikel II**

**Anhang 1 der Satzung**

**der Betriebskrankenkasse EWE**

**Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen**

**bei Krankheit, Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation**

**nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)**

### **§ 1 Anwendbare Vorschriften**

Auf den Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der Betriebskrankenkasse Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

### **§ 2 Höhe der Erstattungen**

- I Die Betriebskrankenkasse erstattet den Arbeitgebern, die in der Regel ausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen, insgesamt 60 Prozent des für den in § 3 Absatz 1 und 2 und den in § 9 Absatz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG) bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlt Arbeitsentgelts. Die auf das Arbeitsentgelt entfallenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG sind mit dieser Erstattung abgegolten.
- II Die Erstattung wird auf Antrag des Arbeitgebers erbracht. Sie erfolgt, sobald der Arbeitgeber Arbeitsentgelt nach § 3 Absatz 1 und 2 EFZG und § 9 Absatz 1 EFZG geleistet hat.

- III Die Betriebskrankenkasse gewährt auf Antrag angemessene Vorschüsse auf die Erstattung nach § 1 AAG.

### **§ 3 Aufbringung der Mittel**

- I Die Mittel zur Durchführung des Umlageverfahrens U1 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.
- II Als Bemessungsgrundlage wird das laufende sozialversicherungspflichtige Entgelt (ohne Einmalzahlungen i. S. d. § 23a SGB IV) herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. Für das Umlageverfahren U1 werden Einmalzahlungen bei der Bemessungsgrundlage nicht berücksichtigt (§ 7 Absatz 2 Satz 2 AAG).
- III Die Betriebskrankenkasse verwaltet die Mittel für das Umlageverfahren als Sondervermögen (§ 8 Absatz 1 AAG). Für die Umlageverfahren U1 werden Betriebsmittel gebildet. Sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Absatz 3 AAG).
- IV Für die Fälligkeit der Umlagen gilt § 23 Absatz 1 SGB IV entsprechend (§ 10 AAG).

### **§ 4 Umlagebeitragsätze**

Der Umlagebeitragsatz U1 beträgt 2,0 vom Hundert für den allgemeinen Erstattungssatz.

### **§ 5 Widerspruchsausschuss**

§ 4 der Satzung der Betriebskrankenkasse gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur der Arbeitgeber oder sein Vertreter mitwirken (§ 9 Absatz 4 AAG).

### **§ 6 Organe, Zusammensetzung**

- I Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der Betriebskrankenkasse obliegt dem Vorstand, der diese gerichtlich und außergerichtlich vertritt.
- II In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirkt im Verwaltungsrat nur der Arbeitgeber oder sein Vertreter mit (§ 9 Absatz 4 AAG).

- III Die Arbeitgeberseite des Verwaltungsrates ist beschlussfähig, wenn der Arbeitgeber oder sein Vertreter ordnungsgemäß geladen und anwesend ist.
- IV Der Arbeitgeber oder sein Vertreter im Verwaltungsrat hat insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

#### **§ 7 Haushaltsplan, Jahresrechnung**

- I Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf.
- II Die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt dem Arbeitgeber im Verwaltungsrat.
- III Der Vorstand hat den Rechnungsabschluss aufzustellen. Der Arbeitgeber oder sein Vertreter im Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung des Vorstandes.
- IV Die Jahresrechnung ist jährlich zu prüfen und zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

#### **§ 8 Inkrafttreten, Bekanntmachung**

- I Die Änderungen des Anhangs 1 der Satzung treten zum 01. Januar 2017 in Kraft.
- II § 21 der Satzung der Betriebskrankenkasse EWE gilt entsprechend.

#### **Artikel III**

##### **In-Kraft-Treten**

- 1. Der Verwaltungsrat hat in seiner Sitzung am 20.05.2020 die Änderungen beschlossen.
- 2. Der 56. Satzungenachtrag tritt zum 20.05.2020 in Kraft.

Oldenburg, den *17.07.2020*



Der Vorsitzende des Verwaltungsrates