



# **Satzung der Betriebskrankenkasse Aesculap**

**Stand: 01. April 2018**

**BKK Aesculap  
Jetterstr. 13/1  
78532 Tuttlingen**

# Übersicht zur Satzung

## Artikel I

### Inhalt der Satzung

§ 1	Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse .....	5
§ 2	Verwaltungsrat.....	6
§ 3	Vorstand .....	10
§ 4	Widerspruchsausschuss .....	12
§ 5	Kreis der versicherten Personen.....	14
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft.....	19
§ 7	Aufbringung der Mittel.....	20
§ 8	Bemessung der Beiträge .....	21
§ 8a	Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen .....	22
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitrag .....	22
§ 10	Fälligkeit der Beiträge .....	23
§ 10a	Erhebung von Mahngebühren.....	24
§ 11	Höhe der Rücklage .....	25
§ 12	Leistungen .....	26
§ 12a	Primäre Prävention und Gesundheitsförderung .....	37
§ 12b	Schutzimpfungen .....	39
§ 12c	Leistungsausschluss.....	40
§ 13	Medizinische Vorsorgeleistungen .....	40
§ 14	Modellvorhaben .....	40
§ 15	Wahltarife.....	41
§ 15a	Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung .....	41
	(§53 Abs. 3 SGB V) .....	41
§ 15b	Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen ambulanten Versorgung .....	44
	(§53 Abs. 3 SGB V) .....	44
§ 15c	Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen.....	46
	(§53 Abs. 3 SGB V) .....	46
§ 15d	Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungungen .....	47
	(§53 Abs. 3 SGB V) .....	47
§ 15e	Wahltarife Krankengeld.....	48

§ 15f	Wahltarif Selbstbehalt Ausland (§ 53 Abs. 1 SGB V) .....	49
§ 16	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten .....	50
§ 17	Kooperation mit der PKV .....	53
§ 18	Ausgleichsverfahren nach dem AAG .....	53
§ 19	Aufsicht.....	53
§ 20	Mitgliedschaft zum Landesverband.....	53
§ 21	Bekanntmachungen .....	54
§ 22	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse .....	54

## Artikel II

### Inkrafttreten

**Anlage 1** zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

**Anlage 2** zu § 18 der Satzung: Ausgleichsverfahren nach dem AAG

**Anlage 3** zu § 15a der Satzung: Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V)

**Anlage 4** zu § 15e Wahltarife Krankengeld

### Abkürzungen

BAföG Bundesausbildungsförderungsgesetz

BVG Bundesversorgungsgesetz

BSHG Bundessozialhilfegesetz

KSVG Künstlersozialversicherungsgesetz

OWiG Gesetz über Ordnungswidrigkeiten

RVO Reichsversicherungsordnung

SGB Sozialgesetzbuch

SVHV Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung

SVRV Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung (Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung)

VRG Vorruhestandsgesetz

# Artikel I

## Inhalt der Satzung

### § 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

I. Die Betriebskrankenkasse führt den Namen BKK Aesculap.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Tuttlingen.  
Sie ist errichtet worden im Jahr 1870.

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:

**Aesculap AG** Am Aesculap Platz, 78532 Tuttlingen

**Aesculap Suhl GmbH** Fröhliche-Mann-Str. 15, 98528 Suhl

- sowie der weiteren Arbeitgeber:

**Allar Instrumente GmbH** Kernerstr. 18, 78532 Tuttlingen

**Scan Modul Orgasystem GmbH** Föhrenstr. 25, 78532 Tuttlingen

## § 2 Verwaltungsrat

- I.
  1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat (§ 31 Abs. 3 a 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 7 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber, die Firma Aesculap AG oder ihr Vertreter an (§§ 43 Abs. 1, 44 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Der Arbeitgeber bestimmt einen Stellvertreter, der den Arbeitgeber oder den Arbeitgebervertreter im Fall der Verhinderung vertritt (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Der Arbeitgeber hat dieselbe Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen (§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

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. die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen (§ 35 a Abs. 5 Satz 2 SGB IV),
- 4a. den Vorsitzenden des Vorstandes zu wählen,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist (§ 37 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB IV),
6. den Vorstand zu überwachen ( § 197 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V),
7. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten (§§ 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, 33 Abs. 2 Satz 1 SGB IV),
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V bzw. § 150 Abs. 1 Satz 1 SGB V),
10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen (§§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB V, § 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,
  12. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung (§ 63 Abs. 1 SGB IV).
  - V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen (§ 197 Abs. 2 SGB V).
  - VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Beträgen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
  - VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein 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 gehören zwei Mitglieder an. Der Vorstand führt hauptamtlich die Geschäfte (§ 35 a Abs. 4 Satz 1 SGB IV).
- II. Der Vorstand wird vom Arbeitgeber auf dessen Kosten bestellt (§ 147 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat (§ 35 a Abs. 5 Satz 2 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 (§ 35 a 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 (§ 35 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV),
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB IV),
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten (§ 35 a 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. Zur Unterstützung des Vorstandes bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Personen (§ 147 Abs. 2 Satz 1 SGB V).
- V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder (Geschäftsordnung) in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest (§ 35 a Abs. 1 Satz 3 SGB IV).

## § 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen (§ 36 a SGB IV). Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Tuttlingen.
  
- II.
  1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 2 Vertretern der Versicherten, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen (§ 36 a Abs. 2 Satz 2 SGB IV), 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 und ihre Stellvertreter werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird vom Arbeitgeber 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 Abs. 3 a 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 Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 4 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 (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 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 Arbeitererprobung, 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 selbständige 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 neun Zehntel des Zeitraums zwi-

schen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenantrags nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der 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 Rentenantrags 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 Rentenantrags 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 min-

destens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb nicht 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 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 Absatz 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 Betriebe beschäftigt sind (§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 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 Rentenbezieher 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 u. 3 SGB V).

**IV. Familienversicherte**

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

## § 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt (§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V).
  
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
  
- III. Abweichend von 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 für die Familienversicherung.

- IV. Abs. I Satz 1 und Abs. II sowie Abs. III gelten nicht, wenn ein Wahltarif § 15e (Krankengeld) gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter der Voraussetzung des § 15e Nr. 4 gekündigt werden.

## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

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

## **§ 8 Bemessung der Beiträge**

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

## **§ 8a Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen**

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

## **§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag**

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt monatlich 1,0 % 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, 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).
- 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**

### **I. Pauschale Mahngebühr**

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

Diese beträgt ein halbes vom Hundert des Mahnbetrages, mindestens jedoch 5 € und höchstens 150 €.

## **§ 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 § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 11 Abs. 2 SGB V).

### **II. Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)**

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege, höchstens jedoch 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

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

### III. Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, sofern nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,
  - a. wenn im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der Krankheit, längstens für einen Zeitraum von 8 Wochen und längstens für 8 Stunden je Kalendertag gewährt.
  - b. wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes wegen einer Hospizbehandlung nach § 39 a SGB V nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, sofern im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
  - c. wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist, im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 8 Wochen und längstens für 8 Stunden je Kalendertag gewährt.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbst beschaffte 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.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V.

#### **IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit**

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v.H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v.H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 SGB V).
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

## **V. Kostenerstattung (§ 13 SGB V)**

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung 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 5,0 v. H., maximal um 40 € für vom Arbeitgeber nicht getragene Verwaltungskosten zu kürzen.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.6.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Abl EG Nr. L 49 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Ziffer 6 gilt entsprechend.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.6.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Abl EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

**VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel (§ 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V i. V. m. § 129 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB V)**

1. Gemäß § 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V in Verbindung mit § 129 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit 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. Etwaige 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:

<b>Apothekenverkaufspreis AVP</b>	<b>Anteil BKK</b>	<b>Anteil Versicherter</b>
bis 15,00 €	70%	30%
15,01 € bis 30,00 €	60%	40%
30,01 € bis 100,00 €	40%	60%
100,01 € bis 300,00 €	30%	70%
300,01 € bis 500,00 €	20%	80%
über 500,01 €	16%	84%

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

3. Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

## **VII. Zusätzliche Leistungen (§ 11 Abs. 6 SGB V)**

### **1. Medizinische Vorsorgeleistungen für Frauen**

Für folgende Untersuchungen für Frauen werden ab Beginn des 20. Lebensjahres bis zu maximal 50 € pro Kalenderjahr 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 bis zu maximal 25 € pro Kalenderjahr 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, wenn sie erforderlich sind, 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 zugelassenen Leistungserbringer durchgeführt werden, welcher als Osteopath Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist.

#### **4. Künstliche Befruchtung**

Die BKK Aesculap übernimmt neben den gesetzlich vorgeschriebenen 50 v. H. der Behandlungskosten weitere 25 v. H. der mit dem Behandlungsplan nach § 27 a Abs. 3 SGB V genehmigten Kosten abzüglich der Kosten, die nach Bundes- oder Landesrecht von Dritten zu tragen sind.

Eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift erfolgt nur, wenn beide Ehepartner bei der BKK Aesculap versichert sind. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27 a SGB V unberührt.

Der Antrag auf Kostenbeteiligung ist innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungslegung (Rechnungsdatum) bei der BKK Aesculap zu stellen.

#### **5. Babyschwimmen**

Die BKK Aesculap erstattet die Kosten für Babyschwimmen zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens bzw. im Rahmen der Frühförderung und Früherkennung.

Erstattet werden einmalig je Kind die tatsächlich entstandenen Kosten, max. 65 €.

#### **6. Geburtsvorbereitungskurs für Väter**

Die BKK Aesculap erstattet die Kosten der Teilnahme an einem Partner-Geburtsvorbereitungskurs für den Ehemann bzw. Lebenspartner der werdenden Mutter, sofern beide bei der BKK Aesculap versichert sind, höchstens jedoch 65 €.

#### **7. Toxoplasmosetest**

Die BKK Aesculap erstattet die Kosten für einen Toxoplasmosetest, der nicht schon Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien ist, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 20 €.

#### **8. Nackentransparenzmessung**

Die BKK Aesculap erstattet die Kosten für eine Nackentransparenzmessung, die nicht schon Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien ist, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 90 €.

## **9. Ärztliche Zweitmeinung**

Über den gesetzlichen Anspruch auf ärztl. 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 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 BKK Aesculap mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung geschlossen hat, welche die ärztliche Zweitmeinung einschließt.

Die BKK Aesculap 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 zugelassenen Leistungserbringer gilt.

## **10. Professionelle Zahnreinigung**

Die BKK Aesculap erstattet die Kosten für eine Professionelle Zahnreinigung einmal pro Kalenderjahr bis max. 20 €.

## **11. Hebammenrufbereitschaft**

Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die BKK Aesculap Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft (in der Regel 37. bis 42. Schwangerschaftswoche) entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs.4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme oder die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe beinhalten.

Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 € einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der BKK Aesculap die Originalrechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

## **12. Flash Glukose Messsystem**

Die BKK Aesculap übernimmt auf Antrag die Kosten der Versorgung mit Sensoren und ein Lesegerät für ein Flash-Glukose-Messsystem zur Messung der Zuckerwerte im Zwischenzellraum.

Voraussetzung ist, dass eine intensivierete konventionelle Insulintherapie bei Diabetes mellitus erfolgt und die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen bestätigt wird:

- a. Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
- b. Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation, oder
- c. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“.

Die zwischen Ärztin/ Arzt und Patienten festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung konnten bisher auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation nicht erreicht werden. Vor Behandlungsbeginn sind mit dem behandelnden Vertragsarzt ein individuelles Therapieziel bezogen auf den Einsatz von Flash-Glukose-Messsystemen festzulegen und der weitere Behandlungsverlauf zu dokumentieren.

Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind vor der Anwendung sicherzustellen. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein.

Die BKK Aesculap hat der Versorgung vor Versorgungsbeginn zugestimmt. Die BKK Aesculap übernimmt die Kosten für das Auslesegerät einmalig in Höhe von bis zu 59,90 € und die Kosten für Sensoren bis zu einem Höchstbetrag von 59,90 € je Sensor alle zwei Wochen, maximal jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten abzüglich einer Eigenbeteiligung zu dem Lesegerät sowie zu der jeweiligen Quartalsversorgung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 33 Abs. 8 SGB V i. V. m. § 61 SGB V.

## **§ 12a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

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

### **Bewegungsgewohnheiten:**

- Maßnahmen zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten
- Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher 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 (multimodale 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

Für Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, ist ein Eigenanteil in Höhe von 25 € je Maßnahme durch die Versicherten zu leisten. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 75 v. H. der entstandenen Kosten gewährt. Die Gesamterstattung für Leistungen von Fremdanbietern ist auf maximal 150 € im Kalenderjahr begrenzt. Sowohl Leistungen, die die Betriebskrankenkasse erbringt als auch Leistungen von Fremdanbietern sind auf zwei Maßnahmen im Kalenderjahr begrenzt.

Eine Erstattung ist nur gegen Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten möglich.

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 und
3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b SGB V.

Die Krankenkasse kann eine **Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention** nach § 20 Absatz 4 Nummer 1 SGB V nur erbringen, wenn diese nach § 20 Absatz 2 Satz 2 SGB V von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 SGB V, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 SGB V oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung.

Die Krankenkasse kann im Rahmen der **Gesundheitsförderung in Betrieben** eine Leistung zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention nach § 20b Absatz 1 Satz 3, § 20 Absatz 5 Satz 1 SGB V entsprechend nur erbringen, wenn diese nach § 20 Absatz 2 Satz 2 SGB V von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist.

## **§ 12b Schutzimpfungen**

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen der Betriebskrankenkasse und Ärztenetzen geschlossen wurden, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) sowie nach den folgenden Regelungen:

Die Kosten für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) oder gemäß § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz empfohlen werden, übernimmt die Betriebskrankenkasse, sofern die Schutzimpfungen wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen sind.

Für selbst bezahlte ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden von der Betriebskrankenkasse 80 v.H. der Kosten, höchstens in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, erstattet. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

Die Kosten für Gripeschutzimpfungen, die regional von anderen Krankenkassen in deren Bereich durchgeführt werden, werden von der Betriebskrankenkasse auch übernommen, wenn für die Betriebskrankenkasse keine vertraglichen Regelungen bestehen. Ausgeschlossen sind Kostenerstattungen für Mitglieder, die von der Möglichkeit der betrieblichen Schutzimpfungen keinen Gebrauch gemacht haben.

Bei Schutzimpfungen, die vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden, übernimmt die Betriebskrankenkasse für Schülerinnen und Schüler, die bei der Betriebskrankenkasse versichert sind, die für die Impfstoffe erforderlichen Kosten gemäß der Rahmenvereinbarung über die Übernahme der Impfkosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden-Württemberg vom 16.11.1999 oder entsprechender Vereinbarungen in anderen Bundesländern.

## **§ 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, Fahrtkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13 €.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder, die das erste Lebensjahr vollendet und das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt der Zuschuss 21 €.

## **§ 14 Modellvorhaben**

Nicht belegt

## **§ 15 Wahltarife**

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 € betragen.

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

### **§ 15a Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (§53 Abs. 3 SGB V)**

- 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 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.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die in der jeweiligen 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).
- III. 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).

Die weiteren Bedingungen für die Teilnahme der Versicherten an den verschiedenen Angeboten einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß Abs. I richten sich nach den Bestimmungen der Anlage 3 zu dieser Satzung.

Die Kündigung an einem der in der Anlage 3 genannten Hausarztverträge ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

- IV. Verstößt der Versicherte gegen seine sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Pflichten, kann er insbesondere im Wiederholungsfall aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. (Im Zusammenhang mit dem Wahltarif gewährte Vergünstigungen können für die Vergangenheit zurückgefordert werden.) (Der Ausschluss kann befristet erfolgen.) Sofern ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird, kann – mit Ausnahme von Vertretung oder Abwesenheit vom Praxisort – bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden. (Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung ohne Überweisung können dem Versicherten ebenfalls auferlegt werden.)
- V. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über<sup>1</sup>
- 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.
- VI. 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

---

<sup>1</sup> Diese Regelung ergibt sich aus der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Abs. 4a SGB V vom 26.08.2013.

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.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

## **§ 15b Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen ambulanten Versorgung (§53 Abs. 3 SGB V)**

- I. 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.
- II. 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 umfassen 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).
- III. 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 Versorgungs-aufträge 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 ein Jahr gebunden, er darf bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Abs. I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen.

Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung kann der Versicherte mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende des ersten Jahres kündigen. Danach ist die Kündigung mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich.

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

Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

- IV. Verstößt der Versicherte gegen seine sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Pflichten, kann er insbesondere im Wiederholungsfall aus der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden. (Im Zusammenhang mit dem Wahltarif gewährte Vergünstigungen können für die Vergangenheit zurückgefordert werden.) (Der Ausschluss kann befristet erfolgen.) Sofern ein anderer als der gewählte Leistungserbringer aufgesucht wird, kann – mit Ausnahme von Vertretung oder Abwesenheit vom Praxisort – bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden. (Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung ohne Überweisung können dem Versicherten ebenfalls auferlegt werden.)
- V. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über<sup>3</sup>
- 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.
- VI. 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.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Diese Regelung ergibt sich aus der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Abs. 4a SGB V vom 26.08.2013.

<sup>4</sup> Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

## **§ 15c 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.

- II. Versicherte, die in eines der unter Abs. I genannten strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschrieben sind, erhalten für die Teilnahme an Primärpräventionsangeboten nach § 12a jährlich eine einmalige Gutschrift auf die individuelle Kostenbeteiligung in Höhe von 25 €.
- III. Auch besteht für die Programmteilnehmer ein Anspruch nach §16 Abs. I S.11

## **§ 15d Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungsungen (§53 Abs. 3 SGB V)**

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsungen 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 Versorgungsung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über<sup>5</sup>
  - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsungsvertrages,
  - 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. 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.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Diese Regelung ergibt sich aus der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Abs. 4a SGB V vom 26.08.2013.

<sup>6</sup> Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

## **§ 15e Wahltarife Krankengeld**

Die BKK Aesculap 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 sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt haben

und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten 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 zu § 15e, die Bestandteil dieser Satzung ist.

## **§ 15f Wahltarif Selbstbehalt Ausland (§ 53 Abs. 1 SGB V)**

- I. Mitglieder der Betriebskrankenkasse können ab Beginn der Mitgliedschaft den Wahltarif Selbstbehalt im Ausland beitreten.
- II. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nicht wählen.
- III. 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.
- IV. 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 Betriebskrankenkasse zu erstatten wären.
- V. Eine Leistungsabrechnung über die Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) ist durch den Wahltarif nicht ausgeschlossen.
- VI. Die Prämie für den Selbstbehalt umfasst eine durch die Betriebskrankenkasse vermittelte und vom Mitglied abzuschließende private Auslandsreisekrankenversicherung durch den Kooperationspartner der Betriebskrankenkasse. Hierbei kann auch die Einbeziehung familienversicherter Angehöriger nach § 10 SGB V in die Auslandskrankenversicherung vereinbart werden.
- VII. 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.
- VIII. 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.
- IX. 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.

## **§ 16 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, die unter 1. bis 6. genannten Voraussetzungen nachweisen. Für die erfüllte Voraussetzung unter 1. beträgt der Bonus 20 € jährlich. Für die Voraussetzungen 2. bis 5. jeweils 10 € im Jahr und für die 6. Voraussetzung ist die Anzahl der familienversicherten Kinder relevant. Die Familie erhält pro Kind und nachgewiesener Vorsorgeuntersuchung im Bonusjahr 10 €, maximal jedoch 30 €. Erfüllt der Versicherte zwei der Voraussetzungen von 7. bis 11. erhöht sich die Bonuszahlung um einen weiteren Bonus von 30 €. Für die Erfüllung der Voraussetzung unter 12. erhält der Versicherte einen Zusatzbonus von 20 € jährlich. Für die Gewährung eines Bonus der Ziffer 7. bis 12. muss mindestens eine Voraussetzung von 1. bis 6. erfüllt sein.

1. Der Versicherte nimmt an einer qualitätsgesicherten Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Abs. 1 SGB V teil.
2. Der Versicherte nimmt (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
3. Der Versicherte nimmt an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V ab dem vollendeten 35. Lebensjahr im Intervall von zwei Jahren teil.
4. Der Versicherte nimmt an den von der BKK Aesculap nach § 20d SGB V gewährten Schutzimpfungen teil.
5. Der Versicherte nimmt an einer Gripeschutzimpfung teil.
6. Die nach §10 SGB V mitversicherten Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres wahr.
7. Der Versicherte ist seit 6 Monaten Nichtraucher.
8. Der Versicherte erbringt den Nachweis über die Absolvierung des Deutschen Sportabzeichens im abgelaufenen Jahr.
9. Der Versicherte hat einen Bodymaß-Index (BMI) unter 26.
10. Der Versicherte nimmt an einer Eventlauf- oder Eventradelveranstaltung teil.
11. Zum Ende des Kalenderjahres liegt eine gültige Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 15c Abs I (DMP) vor.
12. Der Versicherte ist aktives Mitglied in einem Sportverein oder einem Fitnessstudio.

Die Erfüllung der Voraussetzungen ist vom Arzt bzw. Anbieter der Leistung im BKK-Bonusheft mit Stempel und Unterschrift zu bestätigen. Ein Nachweis der Teilnahme an einer qualitätsgesicherten Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Abs. 1 SGB V durch Stempel und Unterschrift ist nicht notwendig, wenn der Nachweis der Teilnahme bereits durch einen Eintrag in der Krankenkassensoftware der Betriebskrankenkasse Aesculap nachgewiesen werden kann. Die Teilnahme an einer Eventlaufveranstaltung sowie die Absolvierung des Deutschen Sportabzeichens muss mit einer Bestätigung vom Veranstalter bzw. vom Verein nachgewiesen werden.

## **II. Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 65a Abs. 2 SGB V)**

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

## **III. Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 65a Abs. 2 SGB V):**

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
4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

vollständig teilnehmen. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 16 Absatz 2 ab.

Als Bonus erhält der Versicherte eine gesundheitsorientierte Sachprämie zu Beginn des Jahres wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen nachgewiesen wurden (und zum Zeitpunkt des Antrags eine Mitgliedschaft in der Betriebskrankenkasse besteht).

## **§ 17 Kooperation mit der PKV**

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

## **§ 18 Ausgleichsverfahren nach dem AAG**

- I. Die Durchführung des U1-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).
- II. Die Betriebskrankenkasse führt das U2-Ausgleichsverfahren nach dem AAG nach Maßgabe der Anlage 2 dieser Satzung durch. Die Anlage ist Bestandteil dieser Satzung.
- III. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse. Die von den Arbeitgebern gezahlte Umlagen U1 werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).
- IV. Bezüglich des U1-Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

## **§ 19 Aufsicht**

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führen das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg sowie das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau 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 sowie im Internet unter [www.bkk-aesculap.de](http://www.bkk-aesculap.de).

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

Auf dem Aushang ist 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 Bekanntgabe in der Mitgliederzeitschrift und Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse.

Für den Aushang und die Veröffentlichung auf der eigenen Internetpräsenz gelten die Bestimmungen des § 21.

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

## Artikel II

### Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 14. Juni 2007 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 1. Juli 2007 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 1. Januar 2006 und die dazu ergangenen Nachträge außer Kraft.

3. Die Regelung § 2 Abs. II. a) treten mit Beginn der 11. Wahlperiode in Kraft. Sie finden erstmalig auf die Sozialversicherungswahlen zu dieser Wahlperiode Anwendung. Mit Konstituierung des Verwaltungsrats der 11. Wahlperiode tritt die Regelung des § 2 Abs. II. außer Kraft.

Tuttlingen, den 14. Juni 2007

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

Ekkehard Rist