

# **Satzung der BKK B. Braun Aesculap**

Stand: 28.08.2020

# Übersicht zur Satzung

<b>Artikel I</b> .....	<b>1</b>
------------------------	----------

<b>Inhalt der Satzung</b> .....	<b>1</b>
---------------------------------	----------

§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse.....	1
§ 2	Verwaltungsrat.....	2
§ 3	Vorstand .....	4
§ 4	Widerspruchsausschuss.....	5
§ 5	Kreis der versicherten Personen.....	7
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft.....	8
§ 7	Aufbringung der Mittel.....	9
§ 8	Bemessung der Beiträge .....	9
§ 8a	Wahltarif Prämienzahlung.....	9
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitragsatz.....	11
§ 9a	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz.....	11
§ 10	Fälligkeit der Beiträge .....	12
§ 11	Höhe der Rücklage .....	12
§ 12	Leistungen .....	12
§ 12a	Primärprävention .....	18
§ 12b	Schutzimpfungen .....	19
§ 12c	Persönliche elektronische Gesundheitsakte .....	19
§ 12d	Leistungsausschluss.....	20
§ 13	Medizinische Vorsorgeleistungen .....	21
§ 13a	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung .....	21
§ 13b	Wahltarif besondere Versorgung .....	22
§ 13c	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme.....	22
§ 14	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten .....	23
§ 14a	Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung .	26
§ 14b	Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung .....	26
§ 14c	Zusätzliche Leistungen (§ 11 Absatz 6 SGB V).....	27
§ 15	Wahltarife Krankengeld .....	29
§ 16	Kooperation mit der PKV .....	29
§ 17	Aufsicht.....	29
§ 18	Mitgliedschaft zum Landesverband .....	30
§ 19	Bekanntmachungen.....	30

<b>Artikel II</b> .....	<b>31</b>
-------------------------	-----------

<b>Inkrafttreten</b> .....	<b>31</b>
----------------------------	-----------

## Anlagen

Anlage zu § 2	Entschädigungsregelung
Anlage zu § 9a	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
Anlage zu § 14	Leistungskatalog Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
Anlage zu § 15	Wahltarife Krankengeld

# Artikel I

## Inhalt der Satzung

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

(1) Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen BKK B. Braun Aesculap.

Die BKK B. Braun Aesculap hat ihren Sitz in 34212 Melsungen.

(2) Der Bereich der BKK B. Braun Aesculap erstreckt sich auf die Betriebe:

1. B. Braun Melsungen AG in 34212 Melsungen, 12375 Berlin, 12359 Berlin, 34286 Spangenberg,
2. B. Braun Facility Services GmbH & Co. KG, 34212 Melsungen,
3. Smith & Nephew GmbH, 34253 Lohfelden und 22869 Schenefeld,
4. Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, 34212 Melsungen,
5. Sartorius Stedim Systems GmbH, 34302 Guxhagen,
6. EUREST Deutschland GmbH, Betriebsstätte B. Braun Melsungen AG, 34212 Melsungen,
7. ppc project-planung & consulting GmbH, 34212 Melsungen,
8. Paul Müller Technische Produkte GmbH, 34212 Melsungen,
9. BBM Group Insurance Broker GmbH, 34212 Melsungen,
10. Aesculap AG u. Co. KG, 34212 Melsungen, 34286 Spangenberg,
11. TransCare Gesundheitsservice GmbH, 34212 Melsungen,
12. DIOMEDES Health Care Consultants GmbH, 34212 Melsungen,
13. B. Braun Avitum AG, 34212 Melsungen und 49219 Glandorf,
14. Aesculap AG, 78532 Tuttlingen,
15. Aesculap Suhl GmbH, 98528 Suhl,
16. Scan Modul Orgasystem GmbH, 78532 Tuttlingen,

17. B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG., Carl-Braun-Straße 1, 34212 Melsungen
18. B. Braun SE, Carl-Braun-Straße 1, 34212 Melsungen
19. B. Braun Service SE & Co. KG., Carl-Braun-Straße 1, 34212 Melsungen

## **§ 2 Verwaltungsrat**

- (1)
  1. Das Selbstverwaltungsorgan der BKK B. Braun Aesculap ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
  2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
  3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Kalenderjahr zu Kalenderjahr.
- (2) Dem Verwaltungsrat der BKK B. Braun Aesculap gehören zehn Versichertenvertreter und drei Arbeitgebervertreter an. Die drei Arbeitgebervertreter und deren Stellvertreter werden einvernehmlich von den unter § 1 Absatz 2 genannten Arbeitgebern benannt. Jeder Versichertenvertreter hat eine Stimme. Jeder Versicherten- und jeder Arbeitgebervertreter hat einen persönlichen Stellvertreter. Die Arbeitgebervertreter haben die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung können sie jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen. Jeder der Arbeitgebervertreter hat einen Stimmenanteil von  $33,\bar{3}$  von Hundert.
- (3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der BKK B. Braun Aesculap sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BKK B. Braun Aesculap maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK B. Braun Aesculap von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,

3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
  4. die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen,
    - 4a. den Vorsitzenden des Vorstandes zu wählen,
  5. einen leitenden Beschäftigten der BKK B. Braun Aesculap mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,
  6. den Vorstand zu überwachen und die Geschäftsbereiche der Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit dem Vorstand festzulegen,
  7. die BKK B. Braun Aesculap gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
  8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
  9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
  10. über die Auflösung der BKK B. Braun Aesculap zu beschließen,
  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 Rechnungsprüfung.
  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.
- (4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (5a) Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bilden.

- (6) 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 Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- (7) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind.
- (8) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (9) 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 ohne Sitzung über die Jahresrechnung sowie über den Haushaltsplan ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

### **§ 3 Vorstand**

- (1) Dem Vorstand der BKK B. Braun Aesculap gehören zwei Mitglieder an. Der Vorstand führt hauptamtlich die Geschäfte.
- (2) Der Vorstand wird von den unter § 1 Absatz 2 genannten Arbeitgebern auf deren Kosten bestellt. Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat.
- (3) Der Vorstand verwaltet die BKK B. Braun Aesculap und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK B. Braun Aesculap maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Jedes Vorstandsmitglied ist in seinem Geschäftsbereich berechtigt, die BKK B. Braun Aesculap alleine zu vertreten.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,

2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
  3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
  4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
  5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,
  6. die BKK B. Braun Aesculap 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 BKK B. Braun Aesculap abzuschließen,
  10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- (4) Zur Unterstützung des Vorstandes bestellen die Arbeitgeber auf ihre Kosten die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Personen.
- (5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK B. Braun Aesculap und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstands seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende.
- (6) Der Vorstand gibt sich in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat eine Geschäftsordnung.

#### **§ 4 Widersprachausschuss**

- (1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widersprachausschuss übertragen. Der Widersprachausschuss hat seinen Sitz in 34212 Melsungen.

- (2)
  1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus drei Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK B. Braun Aesculap und einem Vertreter des Arbeitgebers mit drei 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 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 und § 63 Absatz 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
  5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und einem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK B. Braun Aesculap 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 sind.
  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.
- (3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- (4) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 und 2 SGB IV in Verbindung mit § 69 Absatz 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

## **§ 5 Kreis der versicherten Personen**

- (1) Zum Kreis der bei der BKK B. Braun Aesculap versicherten Personen gehören
  1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
  2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- (2) Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der BKK B. Braun Aesculap nur dann beitreten, wenn sie das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (3) Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die BKK B. Braun Aesculap unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
  1. sie zu dem in § 1 Absatz 2 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 oder der Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz bei der BKK B. Braun Aesculap versichert ist,
  4. sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der BKK B. Braun Aesculap versichert ist,
  5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die BKK B. Braun Aesculap besteht und nunmehr versicherte Rentner sind.
- (4) Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

## § 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- (1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der BKK B. Braun Aesculap 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.
- (2) Erhebt die BKK B. Braun Aesculap 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 BKK B. Braun Aesculap 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 BKK B. Braun Aesculap ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- (3) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz 1 Satz 4 gilt nicht.

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

- (4) Wenn ein Wahltarif nach §§ 8a oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur BKK B. Braun Aesculap frühestens unter den Voraussetzungen der § 8a Absatz 6 oder der Anlage zu § 15 Absatz 3, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz 2 gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

Die Mittel der BKK B. Braun Aesculap werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

## **§ 8 Bemessung der Beiträge**

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

## **§ 8a Wahltarif Prämienzahlung**

- (1) Mitglieder, die im Beitrittsjahr länger als drei Monate bei der BKK B. Braun Aesculap versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der BKK B. Braun Aesculap in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der BKK B. Braun Aesculap spätestens bis zum 31.01. des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erfolgen soll, schriftlich anzeigt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen. Mit Zustimmung der BKK B. Braun Aesculap kann die Teilnahme auch unterjährig beginnen.
- (2) Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
1. Prävention und Schutzimpfungen (§§ 20, 20i SGB V),

2. Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
3. medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
4. Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
5. Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V),
6. Leistungen während der Schwangerschaft und Mutterschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien (§§ 24c bis 24i SGB V).

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

- (3) Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/12 des im Kalenderjahr entrichteten Arbeitnehmerbeitrages. Für Mitglieder, die ihre Beiträge vollständig selbst tragen, beträgt die Prämienzahlung 1/24 des im Kalenderjahr an die BKK B. Braun Aesculap gezahlten Jahresbeitrages. Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am Tarif teilgenommen, wird die Prämie entsprechend anteilig für den Teilnahmezeitraum berechnet.
- (4) Die Prämienzahlung für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 von Hundert und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 von Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz. 1 SGB V, höchstens jedoch 600 Euro bei einem und 900 Euro bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten.
- (5) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz 1 nicht wählen.
- (6) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der BKK B. Braun Aesculap seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz 1 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der BKK B. Braun Aesculap. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V, gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor

Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der BKK B. Braun Aesculap nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der BKK B. Braun Aesculap.

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

## **§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz**

Die BKK B. Braun Aesculap erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,1 von Hundert monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

### **§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz**

- (1) Die Durchführung des U1-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen. Die BKK B. Braun Aesculap führt das U2-Verfahren nach dem AAG nach Maßgabe der Anlage „Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz“ dieser Satzung durch.
- (2) Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK B. Braun Aesculap; die von den Arbeitgebern gezahlte Umlage U1 wird an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- (3) Die Satzungshoheit für das U1-Verfahren wird auf den BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 2 Nr. 5 in Verbindung mit § 8 Absatz 2 Satz 1 AAG übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.
- (4) Das Ausgleichsverfahren nach den §§ 1 bis 11 AAG richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zu dieser Satzung.

## **§ 10 Fälligkeit der Beiträge**

- (1) Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

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

## **§ 11 Höhe der Rücklage**

Die Rücklage beträgt 100 von Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

## **§ 12 Leistungen**

- (1) **Allgemeiner Leistungsumfang**

Die Versicherten der BKK B. Braun Aesculap erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V),
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),
5. des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

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

## (2) **Häusliche Krankenpflege**

1. 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 längstens für 25 Pflegeeinsätze je Kalendermonat erbracht.
2. Voraussetzung ist, dass
  - a. Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und
  - b. keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.
3. Die Dauer ist auf 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V.

**(3) Haushaltshilfe**

1. Die BKK B. Braun Aesculap gewährt über die in § 38 Absatz 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange 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 längstens für einen Zeitraum von acht Wochen gewährt.
2. Voraussetzung ist, dass 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.
3. 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 Verschwägerter bis zum zweiten Grade werden keine Kosten erstattet; die BKK B. Braun Aesculap kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

**(4) Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit**

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

## (5) **Kostenerstattung**

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK B. Braun Aesculap vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK B. Braun Aesculap 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 B. Braun Aesculap 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 höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK B. Braun Aesculap bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung einschließlich der veranlassten Leistungen sowie im Bereich der ambulanten zahnärztlichen Versorgung erfolgt die Kostenerstattung pauschaliert nach Prozentsätzen des jeweiligen Rechnungsbetrages wie folgt:

- bei ambulanter ärztlicher Versorgung einschließlich veranlasster Leistungen werden 35 von Hundert des Rechnungsbetrages erstattet.

- bei ambulanter zahnärztlicher Versorgung werden 40 von Hundert des Rechnungsbetrages erstattet.

Der Versicherte hat das Recht, eine individuelle Einzelabrechnung zu wählen.

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 von Hundert, maximal 40 Euro, Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Bei der pauschalierten Kostenerstattung werden keine Verwaltungskosten und Zuzahlungen in Abzug gebracht.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK B. Braun Aesculap bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Der Erstattungsbetrag ist um 5 von Hundert, maximal 50 Euro, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über

den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die BKK B. Braun Aesculap 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.

**(6) Kostenerstattung Wahlarzneimittel**

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

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK B. Braun Aesculap 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, sind von den Versicherten selbst zu tragen.

2. Der Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für die der BKK B. Braun Aesculap entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier 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 Euro	70 %	30 %
15,01 Euro bis 30 Euro	60 %	40 %
30,01 Euro bis 100 Euro	40 %	60 %

100,01 Euro bis 300 Euro	30 %	70 %
300,01 Euro bis 500 Euro	20 %	80 %
über 500,01 €	16 %	84 %

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

3. Es gelten § 12 Absatz 5 Nr. 4, 5 und 6 dieser Satzung.

## § 12a Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK B. Braun Aesculap auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V mit folgenden Handlungsfeldern:

1. Bewegungsgewohnheiten:
  - a. Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
  - b. Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
2. Ernährung:
  - a. Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
  - b. Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
3. Stressmanagement:
  - a. Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
  - b. Förderung von Entspannung
4. Suchtmittelkonsum:
  - a. Förderung des Nichtrauchens

- b. gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Die Förderung durch die BKK B. Braun Aesculap ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

Leistungen, die von der BKK B. Braun Aesculap selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im oben genannten Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 von Hundert der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 von Hundert der entstandenen Kosten, maximal aber 160 Euro je Kalenderjahr gewährt.

## **§ 12b Schutzimpfungen**

- (1) Die BKK B. Braun Aesculap übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V weitere Schutzimpfungen nach den folgenden Regelungen:
  - a. Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden oder
  - b. Schutzimpfungen gemäß § 20 Absatz 3 Infektionsschutzgesetz.
- (2) Die BKK B. Braun Aesculap übernimmt die Kosten für ärztlich empfohlene Schutzimpfungen. Die Kosten für den Impfstoff werden in Höhe von 100 von Hundert übernommen. Die Kosten für die ärztliche Leistung werden bis zu einer Höhe von 10,00 € pro Verabreichung, höchstens jedoch den tatsächlichen Rechnungsbetrag erstattet.

## **§ 12c Persönliche elektronische Gesundheitsakte**

- (1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK B. Braun Aesculap 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 Kooperationsvertrages mit der BKK B. Braun Aesculap für die Versicherten tätig wird.
- (3) Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK B. Braun Aesculap.
- (4) Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

## **§ 12d 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 BKK B. Braun Aesculap 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 BKK B. Braun Aesculap darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der BKK B. Braun Aesculap insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die BKK B. Braun Aesculap kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

## **§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen**

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die BKK B. Braun Aesculap als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13 Euro.

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

### **§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung**

- (1) Die BKK B. Braun Aesculap 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.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
  - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
  - die Freiwilligkeit der Teilnahme
  - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
  - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen 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.

## **§ 13b Wahltarif besondere Versorgung**

- (1) Die BKK B. Braun Aesculap bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher 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.

## **§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme**

- (1) Die BKK B. Braun Aesculap bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.
- (2) 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.

## § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, drei der unter Nummer 1-5 genannten Voraussetzungen binnen eines Zeitraums von einem Kalenderjahr nachweisen. Die Nummern 1-5 werden als Basisbonus bezeichnet. Der Bonus wird erhöht, wenn der Versicherte aus den Nummern 6-9 weitere Maßnahmen nachweist. Die Nummern 6-9 werden als Zusatzbonus bezeichnet.

Folgende Voraussetzungen müssen für den Basisbonus erbracht werden (drei der Maßnahmen müssen nachgewiesen werden):

1. Der Versicherte erfüllt die Maßnahme „gesetzliche Vorsorgemaßnahme“, wenn eine Leistung nach § 25 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nachgewiesen wird.
2. Familienversicherte Kinder gemäß § 10 SGB V erfüllen die Maßnahme „Kinder- und Jugenduntersuchungen“, wenn eine Leistung zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach § 26 in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Nr. 3 SGB V nachgewiesen wird.
3. Der Versicherte erfüllt die Maßnahme „Schutzimpfungen“, wenn die Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - empfohlener Impfschutzstatus liegt laut der ständigen Impfkommission (STIKO) vollständig vor - nachgewiesen werden.
4. Der Versicherte erfüllt die Maßnahme „jährliche Zahnvorsorgeuntersuchung“, wenn die jährliche Zahnvorsorgeuntersuchung nachgewiesen wird. Familienversicherte Kinder gemäß § 10 SGB V weisen die Zahnvorsorgeuntersuchung nach § 22 Absatz 1 SGB V halbjährlich nach.
5. Der Versicherte erfüllt die Maßnahme „Gesundheitsstatus“, wenn ein Status nachgewiesen wird:
  - Body-Maß-Indes (BMI) im Normbereich oder
  - altersgerechter Waist-to-Height Ratio (WHtR) im Normbereich oder
  - Nichtraucher seit mindestens sechs Monaten.

Folgende Voraussetzungen können für den Zusatzbonus erbracht werden:

6. Der Versicherte erfüllt die Maßnahme „gesetzliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung“, wenn eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 2 SGB V nachgewiesen wird.
7. Der Versicherte erfüllt die Maßnahme „Gesundheitsvorsorge“, wenn eine der folgenden Maßnahmen nachgewiesen wird:
  - jährliche BKK Darmkrebsvorsorge-Aktion oder
  - sämtliche Untersuchungen der Schwangerenvorsorge gemäß § 24d Satz 1 SGB V oder
  - zusätzliche Kinder- und Jugenduntersuchungen. Hierzu zählen u. a. folgende Zusatzleistungen: U10, U11 und J2 auf Grund von entsprechenden Verträgen.
8. Der Versicherte erfüllt die Maßnahme „qualitätsgesicherte Präventionsmaßnahme“, wenn eine der folgenden Maßnahmen nachgewiesen wird:
  - Gesundheitskurs nach dem Präventionsleitfaden gemäß § 20 Absatz 4 Nummer 1 und Absatz 5 SGB V oder
  - BKK-Aktivwoche nach dem Präventionsleitfaden gemäß § 20 Absatz 4 Nummer 1 und Absatz 5 SGB V oder
  - BKK Well-Aktiv nach dem Präventionsleitfaden gemäß § 20 Absatz 4 Nummer 1 und Absatz 5 SGB V oder
  - Rückbildungsgymnastik gemäß § 65a Absatz 1 Nr. 3 zweiter Halbsatz SGB V.
9. Der Versicherte erfüllt die Maßnahme „Wahrnehmung von Bewegungsangeboten“, wenn eine der folgenden Voraussetzungen nachgewiesen wird:
  - Schwimm-/Sportabzeichen, regelmäßiger „Lauftreff“\*, „Marathon/Halbmarathon“\*, „Volks-/Stadtläufe“\*, „Vorbereitung auf die Veranstaltung/Maßnahme“\* oder
  - Wanderabzeichen (Deutscher Wanderpass, Deutsches Wanderabzeichen, Deutschen Wanderverband (DWV) oder Deutschen Alpenverein (DAV)) oder
  - „Radtouren bis 100 km“\*, (ADFC, BDR)

\*Voraussetzung ist, dass die Veranstaltungen unter qualifizierter Leitung durchgeführt werden. Den Nachweis für die Teilnahme erbringt man durch den Stempel des autorisierten Übungsleiters; beim „Marathon/Halbmarathon“ und bei den „Volks-/Stadtläufen“ durch den Veranstalter. Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.

- (2) Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im Bonusheft quittiert. Bei der jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchung kann alternativ eine Kopie des Zahnbonusheftes dem Bonusheft beigelegt werden.
- (3) Bei der Zuschussvariante beträgt der maximal zu erreichende Bonus im jeweiligen Kalenderjahr 200 Euro. Dieser Betrag setzt sich zusammen aus dem Basisbonus in Höhe von 100 Euro und erhöht sich um 25 Euro je erfüllter Maßnahme im Bereich des Zusatzbonus. Der maximal zu erreichende Zusatzbonus beträgt 100 Euro.

Der Versicherte wählt, anhand seines erreichten Bonus, einen gesundheitsorientierten Zuschuss zu Leistungen gemäß Anlage 14 „Leistungskatalog Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten“ aus.

Als Alternative zur Zuschussvariante kann eine Bargeldvariante gewählt werden. Die Bargeldvariante beträgt 45 Euro. Dieser Betrag setzt sich zusammen aus dem Basisbonus in Höhe von 25 Euro und erhöht sich um 5 Euro je erfüllter Maßnahme im Bereich des Zusatzbonus. Der maximal zu erreichende Zusatzbonus beträgt 20 Euro.

Das Bonusheft ist mit den jeweiligen Rechnungen (Kopien sind ausreichend) im laufenden Kalenderjahr bei der BKK B. Braun Aesculap zur Erstattung einzureichen, spätestens bis zum 31. März des Folgejahres. Nach dem 31. März des Folgejahres verfällt der Bonus. Die BKK B. Braun Aesculap bezuschusst dem Versicherten die eingereichten gesundheitsorientierten Rechnungen, jedoch höchstens in Höhe des erreichten Bonus. Je Maßnahme Bereich können maximal Rechnungen in Höhe von 100 Euro bezuschusst werden.

Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgekalenderjahr oder auf ein Familienmitglied ist nicht möglich.

## **§ 14a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

- (1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverband 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 (§ 167 SGB IX) sind.
- (2) Die BKK B. Braun Aesculap 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.
- (3) Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen, maximal 120.000 Euro.

## **§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

- (1) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Absatz 2 in Verbindung mit § 20 Absatz 5 SGB V in den folgenden Handlungsfeldern
  1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
  2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
  3. Suchtprävention im Betrieb oder
  4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkungvollständig teilnehmen. Die BKK B. Braun Aesculap schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14b Absatz 2 ab.
- (2) Als Bonus erhält der Versicherte 10 Euro oder einen gleichwertigen gesundheitsorientierten Sachbonus (TheraBand) zu Beginn des Jahres, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die vollständige Teilnahme an einer Maßnahme nach

Absatz 1 nachgewiesen wird und zum Zeitpunkt des Antrags eine Mitgliedschaft bei der BKK B. Braun Aesculap besteht.

## **§ 14c Zusätzliche Leistungen (§ 11 Absatz 6 SGB V)**

### **(1) Künstliche Befruchtung**

Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, erhalten bei Durchführung einer in der aktuellen gültigen Richtlinie über künstliche Befruchtung genannten Behandlungsmethoden zusätzlich zu dem im Behandlungsplan genehmigten Kosten einen Zuschuss je durchgeführten Behandlungsversuch. Der Zuschuss beträgt 300 Euro, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten. Voraussetzung ist, dass beide Ehepartner bei der BKK B. Braun Aesculap versichert sind.

### **(2) Schwangerschaftsvorsorge**

Die BKK B. Braun Aesculap erstattet ihren Versicherten über die gesetzlichen und vertraglichen Leistungen hinaus im Einzelfall die Kosten für folgende ärztliche oder ärztlich veranlasste Leistung zur Satzung der BKK B. Braun Aesculap medizinischen Vorsorge (inklusive ggf. anfallender Laborleistungen), sofern damit einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegengewirkt werden kann und Risikofaktoren bestehen:

- Toxoplasmose-Test (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen) in Höhe von maximal 20 Euro.

### **(3) Geburtsvorbereitungskurs für Väter**

Die BKK B. Braun Aesculap erstattet die Kosten für einen von einer gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder nach § 13 Absatz 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassenen bzw. berechtigten Hebamme geleiteten Geburtsvorbereitungskurs für den Partner der werdenden Mutter in Höhe von maximal 65 Euro.

(4) **Hebammenrufbereitschaft**

Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberufliche tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die BKK B. Braun 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 Absatz 2 SGB V oder nach § 13 Absatz 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 Euro einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der BKK B. Braun Aesculap die Rechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

(5) **Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer - stationäre Behandlung**

1. Die BKK B. Braun Aesculap übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung entsprechend § 39 Absatz 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:
  - a. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
  - b. der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
  - c. die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
  - d. ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der BKK B. Braun Aesculap vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
  - e. die BKK B. Braun Aesculap hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

3. Mit der Zustimmung nach Nummer 1 Buchstabe e. erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK B. Braun Aesculap sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

## **§ 15 Wahltarife Krankengeld**

- (1) Die BKK B. Braun Aesculap bietet
  - hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
  - unständig Beschäftigten (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt haben  
und
  - nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbstständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes von 15. bis zum 42. Tag an.
- (2) Der Tarif wird gemäß § 53 Absatz 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- (3) Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage zu § 15, die Bestandteil dieser Satzung ist.

## **§ 16 Kooperation mit der PKV**

Die BKK B. Braun Aesculap vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

## **§ 17 Aufsicht**

Die Aufsicht über die BKK B. Braun Aesculap führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

## **§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband**

Die BKK B. Braun Aesculap gehört dem BKK Landesverband Süd als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

## **§ 19 Bekanntmachungen**

- (1) Die Bekanntmachungen der BKK B. Braun Aesculap erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter [www.bkk-bba.de](http://www.bkk-bba.de) sowie durch nachrichtlichen Aushang in den Räumen der BKK B. Braun Aesculap.

Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der BKK B. Braun Aesculap beträgt die Aushangfrist zwei Wochen.

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

- (2) Die BKK B. Braun Aesculap veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK B. Braun Aesculap veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK B. Braun Aesculap aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

## **Artikel II**

### **Inkrafttreten**

I. (1) Die Verwaltungsräte der Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG und der BKK Aesculap haben diese Satzung jeweils am 20. November 2019 beschlossen.

(2) Die Satzung tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Melsungen, 20. November 2019

Die Vorsitzenden der Verwaltungsräte

gez. Professor Dr. Heinz-Walter Große

gez. Ekkehard Rist

### **Genehmigungsvermerk**

Die von den Verwaltungsräten am 20. November 2019 beschlossene Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V und § 41 Absatz 4 Sozialgesetzbuch IV jeweils in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 10. Dezember 2019

Bundesversicherungsamt

213 – 59714.0 – 343/2019

i. A. gez. Greuel

II. (1) Der Verwaltungsrat hat den 1. Satzungsnachtrag im Umlaufverfahren im Anschluss an die virtuelle Sitzung vom 3. Juli 2020 beschlossen.

(2) Der 1. Satzungsnachtrag tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Melsungen, 3. Juli 2020

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

gez. Ekkehard Rist

### **Genehmigungsvermerk**

Der im schriftlichen Verfahren beschlossene 1. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 20. August 2020

Bundesamt für Soziale Sicherung

213 - 59714.0 - 343/2019

i. A. gez. Mähler