

Satzung der
EY Betriebskrankenkasse (EY BKK)
vom 01.01.2021

Satzung der EY BKK

Satzung vom 01.01.2021
Stand 01.01.2026
inkl. 7. Satzungsnachtrag

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der EY BKK
§ 2 Verwaltungsrat
§ 3 Vorstand
§ 4 Widerspruchsausschuss
§ 5 Kreis der versicherten Personen
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft
§ 7 Aufbringung der Mittel
§ 8 Bemessung der Beiträge
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
§ 9 a Übertragung des Ausgleichsverfahrens
§ 10 Fälligkeit der Beiträge
§ 10 a nicht besetzt
§ 10 b Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V
§ 11 Höhe der Rücklage
§ 12 Leistungen
§ 12 a Primärprävention
§ 12 b Schutzimpfungen
§ 12 c Zusätzliche Leistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V
§ 12 d Leistungsausschluss
§ 12 e Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
§ 12 f Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
§ 12 g Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
§ 13 a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
§ 13 b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
§ 13 c Wahltarife Krankengeld
§ 13 d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
§ 13 e Wahltarif besondere Versorgung
§ 14 nicht besetzt
§ 15 nicht besetzt
§ 16 Aufsicht
§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband
§ 18 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Anlagen

Anlage 1 Bonus
Anlage 2 „Wahltarif Krankengeld“
Anlage 3 Entschädigungsregelung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

EY Betriebskrankenkasse

sowie die Kurzbezeichnung EY BKK (im folgenden Betriebskrankenkasse).

Sie ist errichtet worden am 1.1.1999.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in München.

II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf

1.
die EY GmbH & Co. KG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in Stuttgart sowie alle Niederlassungen bzw. Standorte im Bundesgebiet mit Ausnahme der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen.

2.
die EY Corporate Solutions GmbH & Co. KG (EY CS GmbH & Co. KG) in Stuttgart sowie allen Standorten im Bundesgebiet mit Ausnahme der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen.

3.
die EY TAX GmbH Steuerberatungsgesellschaft in Stuttgart sowie allen Standorten im Bundesgebiet mit Ausnahme der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen.

4.
die EY Consulting GmbH in Berlin sowie allen Standorten im Bundesgebiet mit Ausnahme der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen.

5.
die EY Strategy & Transactions GmbH in Stuttgart sowie allen Standorten im Bundesgebiet mit Ausnahme der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen.

6.
die EY-Parthenon GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in Düsseldorf sowie allen Standorten im Bundesgebiet mit Ausnahme der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen.

§ 2 Verwaltungsrat

I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 5 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an. Er hat die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen. Der Arbeitgeber oder sein Vertreter hat für den Fall der Verhinderung einen Stellvertreter. Bei einer hybriden oder digitalen Sitzung per Bild- und Tonübertragung teilnehmende Mitglieder gelten als anwesend und stimmberechtigt.

III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.
Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,

2. den Haushaltsplan festzustellen,

3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers und über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,

5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,

6. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,

7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

8. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,

9. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen.

IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage 3 zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage 3 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.

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.

IX. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

X. Sitzungen des Verwaltungsrats können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Bei öffentlichen, hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrats vollständig digital (digitale Sitzung) stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrats stellt den Ausnahmefall nach Satz 5 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der Betriebskrankenkasse liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Situation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrats und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. Bei öffentlichen, digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. In hybriden und vollständig digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der Betriebskrankenkasse liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses."

§ 3 Vorstand

I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.

II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.
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 Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen.
7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,
9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

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

§ 4 Widerspruchsausschuss

I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Melsungen. Tagungsorte werden individuell festgelegt.

II. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen

1. aus einem Vertreter der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit 1 Stimme.

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, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

5. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses 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 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu Ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,

2. alle anderen Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten

II. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse beitreten, wenn sei beim Beitritt das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

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

1. sie zu dem in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören oder

2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder

3. der Ehegatte oder Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

4. sie nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 bis Nr. 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 und Nr. 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind.

IV. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Betriebskrankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 SGB V bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

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; Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. 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 und dessen Ausübung, 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 EY BKK 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 oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen für die Familienversicherung bzw. nach Ablauf der Kündigungsfristen nach Absatz I Satz 3. Absatz I Satz 5 und 6 gelten entsprechend.

IV. Wenn ein Wahltarif nach § 13c gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen aus der Anlage 2 zu § 13c Ziffern 3 und 4 aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz II gilt nicht.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge / Beitragssätze

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.
Die Beitragssätze richten sich nach den von der Bundesregierung festgesetzten einheitlichen Beitragssätzen (§§ 241, 243 bis 248 SGB V).

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V.
Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 2,75 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9 a Übertragung des Ausgleichsverfahrens

Übertragung des Ausgleichsverfahrens gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG

I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK - Landesverband Mitte (BKK -Arbeitgeberversicherung) übertragen (§§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG).

II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die EY BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 Absatz 2 AAG).

III. Bezüglich des U1- und U2 -Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Absatz 5 AAG, i.V.m. § 8 Absatz 2 Satz 1 AAG). Insbesondere wird der BKK-Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

I.

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.

2. 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.

II. Sonstige laufende Beiträge werden am 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.

§ 10 a nicht besetzt

§ 10 b Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V

Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 SGB V werden jährlich unbar vorgenommen.

§ 11 Höhe der Rücklage

I. Die Rücklage beträgt 50 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitationen 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 und ihre Folgen zu meiden.

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf 6 Monate je Krankheitsfall begrenzt.

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

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt über die in § 38 Absatz 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe,

a) wenn und solange dem Versicherten wegen Krankenhausbehandlung, einer Leistung nach § 23 Absatz 2 oder Absatz 4 SGB V, einer Leistung nach § 24 SGB V, einer Leistung nach § 37 SGB V, einer Leistung nach§ 40 SGB V oder einer Leistung nach § 41 SGB V die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann
Die Haushaltshilfe wird für einen Zeitraum von längstens 4 Wochen gewährt.

b) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 4 Wochen gewährt.

c) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird über § 38 Absatz 1 Satz 3 SGB V hinaus für einen weiteren Zeitraum von 4 Wochen gewährt.

2. Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, dass 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 Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Betriebskrankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall 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 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor der Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der EY BKK in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe die 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 hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen. Die Rechnungen sind spätestens bis zum 30.06. des Folgejahres, das auf die Behandlung folgt, zur Erstattung einzureichen.

4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung und der veranlassten Leistungen erfolgt die Kostenerstattung pauschaliert nach Prozentsätzen des jeweiligen Rechnungsbetrages wie folgt:
   Bei ambulanter ärztlicher Versorgung und veranlassten Leistungen werden nach Prüfung, ob es sich um zugelassene Leistungsanbieter und generell durch die gesetzliche Krankenkasse zu zahlende Leistungen handelt, 40 v.H. des Rechnungsbetrages erstattet. Der Versicherte hat das Recht, eine individuelle Einzelabrechnung zu wählen.

5. Der Versicherte ist mindestens ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine evtl. Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit kündigen. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, in dem die Betriebskrankenkasse davon erfährt.

6. Der Erstattungsbetrag pro Rechnung ist um 5 v. H. und maximal 40,00 Euro zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat 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 Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.
   Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. und maximal 40,00 Euro pro Rechnung 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 Mitgliedsstaat 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 einem anderen Mitgliedsstaat 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 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.

V. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

Versicherte haben gemäß § 129 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 13 Absatz 2 SGB V im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Danach können Versicherte ein anderes Arzneimittel wählen als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130 a Absatz 9 SGB V geschlossen hat oder das gemäß § 129 Absatz1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung besteht nicht.

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, sind von den Versicherten selbst zu tragen.

Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 30 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um 10 v.H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 Euro pro Verordnung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

§ 12 a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen gewährt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20 b SGB V in der jeweils gültigen Fassung Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten,

- Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme.

Ernährung:

- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung,

- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht.

Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement),

- Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement).

Suchtmittelkonsum:

- Förderung des Nichtrauchens,

- Gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Die Förderung der Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse je Versicherten im Kalenderjahr begrenzt. Die Kursgebühren werden in voller Höhe erstattet, höchstens aber 200,00 Euro im Kalenderjahr für Erwachsene bzw. 150,00 Euro für Kinder ab 6 Jahren. Für Leistungen von Fremdanbietern werden, sofern sie den im Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten, die entstandenen Kosten in voller Höhe erstattet, höchstens aber 200,00 Euro im Kalenderjahr für Erwachsene bzw. 150,00 Euro für Kinder ab 6 Jahren.

§ 12 b Schutzimpfungen

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

Typhus, Gelbfieber, Cholera, Hepatitis A und B, Tollwut, Meningokokken-Meningitis, Pneumokokken und FSME. HPV-Impfung bei Mädchen und Jungen bis zu Vollendung des 23. Lebensjahres.

Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten, für den Impfstoff in voller Höhe. Für die Impfung und die Beratung erfolgt die Erstattung in Höhe des einfachen GOÄ-Satzes (GOÄ-Nr. 1 u. 375).

§ 12 c Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Für die Erbringung der unter Punkt I bis X aufgelisteten Leistungen können auch die unter Berücksichtigung des § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden.
Die Rechnungen für alle Leistungen nach § 12 c sind spätestens bis zum 30.06. des Folgejahres, was auf die Behandlung folgt, zur Erstattung einzureichen.

I. Zahnärztliche Behandlung und Professionelle Zahnreinigung

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für folgende, von Zahnärzten durchgeführte Leistungen in Höhe von 70 v.H., insgesamt maximal
100 Euro jährlich:

- Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung,
- Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren und Molaren im bleibenden Gebiss.
- Die Kosten für Professionelle Zahnreinigung werden für Versicherte ab Vollendung des 18.Lebensjahres bis zu maximal 50 Euro im Kalenderjahr übernommen. Leistungen aus bestehenden Verträgen zur integrierten Versorgung werden angerechnet. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung des Vertragszahnarztes.

II. Geburtsvorbereitung

Über die in der Hebammengebührenverordnung geregelten Leistungen hinaus, werden die Kosten für den Geburtsvorbereitungskurs für Ehemänner maximal in Höhe der Preise der jeweils gültigen Hebammengebührenverordnung erstattet. Die Erstattung erfolgt unter Vorlage der Teilnahmebescheinigung und der Originalrechnung der Hebamme im Rahmen der Kostenerstattung.

III. Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft

1.) Die Betriebskrankenkasse beteiligt sich über die gesetzlichen Leistungen hinaus und auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 i. V. m. § 23 SGB V mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen bei Schwangerschaft. Der Zuschuss für diese in den nachfolgenden Absätzen dargestellten Leistungen ist insgesamt auf 100 Euro pro Schwangerschaft begrenzt. Zu den einzelnen Leistungen beträgt der jeweilige Zuschuss 90 v.H. der nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

2. Die Betriebskrankenkasse beteiligt sich mit einem Zuschuss an den ärztlichen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:
   a. B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. - 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
   b. Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
   c. Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
   d. Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen.
   e. Zytomegalie- Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden. Bietet eine gynäkologische Praxis einen feindiagnostischen Organultraschall bzw. eine fetale Missbildungsdiagnostik oder Fehlbildungsdiagnostik an, muss die DEGUM II-Qualifikation nachgewiesen werden. Zur Erstattung ist der BKK die jeweilige Rechnung vorzulegen.

IV. Arzneimittel der besonderen Therapierichtung

Über die im Sozialgesetzbuch geregelten Ansprüche zur Arzneimittelversorgung hinaus werden die Kosten für apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie in Höhe von 70 v.H., insgesamt maximal 100 Euro pro Versicherten und Kalenderjahr übernommen, wenn es erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und wenn diese durch einen Arzt verordnet wurden. Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der Versorgung ausgeschlossen wurden, werden nicht erfasst.
Die Kosten werden gegen Vorlage des Rezeptes und der Originalquittung aus der Apotheke erstattet.
Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7-9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.

V. Vorsorgeuntersuchungen für Frauen

Droht aufgrund der individuellen Gesundheitssituation der Versicherten ab dem 20. Lebensjahr eine Erkrankung einzutreten und führt der Arzt im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit als zusätzliche medizinische Vorsorgeleistung spezielle, individuell auf die Versicherte bezogene Vorsorgeuntersuchungen (Sonographie der Mamma, Mammographie, Vaginalultraschall) durch, werden diese Kosten bis zu 50 Euro pro Kalenderjahr übernommen.
Die Untersuchung muss von einem zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe durchgeführt werden. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung. Gesetzliche oder vertragliche Regelungen bleiben unberührt.

VI. Vorsorgeuntersuchungen für Männer

Droht aufgrund der individuellen Gesundheitssituation des Versicherten ab dem 20. Lebensjahr eine Erkrankung einzutreten und führt der Arzt im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit als zusätzliche medizinische Vorsorgeleistungen spezielle individuell auf den Versicherten bezogene Vorsorgeuntersuchungen (PSA-Test) durch, werden diese Kosten bis zu 25 Euro pro Kalenderjahr übernommen.
Die Untersuchung muss von einem zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt durchgeführt werden. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung. Gesetzliche oder vertragliche Regelungen bleiben unberührt.

VII. Osteopathie

Die Betriebskrankenkasse bezuschusst osteopathische Behandlungen.
Eine Kostenerstattung erfolgt, wenn die Behandlung vor Beginn ärztlich verordnet ist und von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine vollständige osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt zu einem Verband der Osteopathen berechtigt.
Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage der ärztlichen Verordnung und der Rechnung. Der Zuschuss in Höhe von bis zu 50 Euro je Behandlung ist auf vier Behandlungen im Kalenderjahr beschränkt.
Der Höchstzuschuss je Kalenderjahr beträgt 200 Euro.

VIII. Künstliche Befruchtung

Die Betriebskrankenkasse übernimmt über die Leistungen des § 27 a Abs. 3 SGB V hinaus auf Antrag pro Maßnahme bis zu 500 Euro Zuschuss je Versuch und Versicherten für maximal 3 Behandlungsversuche, zusätzlich zu den gesetzlich geregelten Ansprüchen von 50 Prozent der genehmigten Gesamtkosten.
Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27 a SGB V unberührt.

IX. Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer

Stationäre Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern
Die Betriebskrankenkasse übernimmt abweichend von § 108 SGB V auch Kosten für stationäre Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern, sofern die Voraussetzungen für die stationäre Behandlungsnotwendigkeit gemäß § 39 SGB V erfüllt sind und die Maßnahme unter Berücksichtigung medizinischer Qualitätsaspekte und des Wirtschaftlichkeitsangebotes im Einzelfall sinnvoll ist. Die Kostenübernahme ist begrenzt auf die Kosten, die bei Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus übernommen worden wäre.

X. Rufbereitschaft Hebammen

Bei Versicherten, die während Ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe einer freiberuflich tätigen Hebamme in Anspruch nehmen, beteiligt sich die Betriebskrankenkasse an den Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten drei Monaten der Schwangerschaft entstehen.
Voraussetzung ist, dass die Hebamme als Leistungserbringerin nach dem SGB zugelassen ist und ein zwischen der Versicherten und der Hebamme geschlossener Vertrag vorliegt, der die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhaltet.
Die Kostenübernahme der Rufbereitschaft muss unter Vorlage des Vertrages bei Betriebskrankenkasse beantragt und genehmigt werden.

Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250,- Euro je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.
Zur Erstattung ist der Betriebskrankenkasse die Rechnung vorzulegen.

§ 12 d Leistungsausschluss

I 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.

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 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme 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.

§ 12 e Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

I. Der in § 1 genannte Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn er Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführt. Hierzu wird mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Niederlassungen des Arbeitgebers ein Bonusvertrag geschlossen, der die Höhe des Bonus, die Kriterien für die Gewährung und den Nachweis regelt.

II. Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dürfen nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen des Arbeitgebers aus dem Arbeitsschutzgesetz sein.
Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Gesundheitsförderung nicht überschreiten.

III. Der Bonus beträgt maximal 20 % der Aufwendungen des Arbeitgebers im Rahmen der vereinbarten Maßnahmen für die betriebliche Gesundheitsförderung im Jahr. Er darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen, maximal 3.000,00 Euro je Maßnahme im Kalenderjahr.

IV. Der Bonus ist vom Arbeitgeber vollständig für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verwenden. Im Vertrag kann auch vereinbart werden, dass dem Arbeitgeber der Bonus vollständig oder teilweise in Form von Beratungsleistungen gewährt wird. Der Bonus wird für jedes vereinbarte Programm nur einmal gewährt.

§12 f Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

I. 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 i.V.m. § 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 Ressourcenstärkung

mindestens in Höhe von 80 % teilnehmen.

Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 12 e Absatz I. ab.

II. Der Bonus i.H. von 10 Euro wird dem Versicherten zum 1.4. ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über eine Teilnahme von mindestens 80 % an einer Maßnahme nach Absatz I. nachgewiesen wurden.

§ 12 g Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

1 Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz 2 SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz“ in der jeweils aktuellen Fassung, an.

2 Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, erbringt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen kalenderjährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

3 Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne direkten Gesundheitsbezug vermitteln (z. B. Anwendung von Hard- und Software) oder die offene oder verdeckte Produktwerbung enthalten, dürfen von der Betriebskrankenkasse nicht angeboten oder finanziell bezuschusst werden.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 Euro. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 Euro.

§ 13 a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Versicherte, die

- regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V in Anspruch nehmen,
- Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V in Anspruch nehmen oder
- regelmäßig Leistungen der Betriebskrankenkasse zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen,

haben Anspruch auf einen Bonus.
Näheres regelt die Anlage 1 dieser Satzung.

§ 13 b Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertrags- ärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13 c Wahltarif „Krankengeld“

I. Die Betriebskrankenkasse bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 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, selbständigen Künstlern und Publizisten

einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

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

III. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage 2, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 13 d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

I. Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137 f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme durch, deren Inhalte und Ausgestaltung sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassenen Fassung ergeben. Die Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen ist für die Versicherten freiwillig.

II. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 13 e Wahltarif besondere Versorgung

I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

a. den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
b. die Freiwilligkeit der Teilnahme
c. die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
d. etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
e. die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
f. die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
g. die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 14 nicht besetzt

§ 15 nicht besetzt

§ 16 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) in Bonn.

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 18 Bekanntmachungen

I. Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter (https://www.ey-bkk.de/service/bekanntmachungen). 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.

II. Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK veröffentlicht.
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

Artikel I tritt mit Wirkung vom 01.01.2021 in Kraft

Stuttgart

Die Vorsitzende des Verwaltungsrates
gez.
Rosemarie Seybold

Anmerkung:
Der Satzungsnachtrag Nr. 1 (§ 9) wurde durch Beschluss in der Sitzung des Verwaltungsrates am 06.12.2022 vom Verwaltungsrat beschlossen.
Dieser Satzungsnachtrag tritt zum 01.01.2023 in Kraft.
Die Satzung entspricht dem Stand 01.01.2021, in der Fassung des 1. Satzungsnachtrages.

Genehmigung vom 12.12.2022 – Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Bonn, AZ 213-10204#00040#0002

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 6. Dezember 2022 beschlossene 1. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Viertes Buch (SGB IV) genehmigt.

Bonn, den 7. Dezember 2022

213 – 10204#00040#0002

Bundesamt für Soziale Sicherung
Im Auftrag
Domscheit

Der Satzungsnachtrag Nr. 2 wurde durch Beschluss in der Sitzung des Verwaltungsrates am 27.11.2023 vom Verwaltungsrat beschlossen.
Dieser Satzungsnachtrag tritt zum 01.01.2024 in Kraft.
Die Satzung entspricht dem Stand 01.01.2024, in der Fassung des 2. Satzungsnachtrages.

Genehmigung vom 20.12.2023 – Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Bonn, AZ 213-10204#00040#0003

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat der Ernst & Young BKK am 27. November 2023 beschlossene 2. Nachtrag zur Satzung wird

mit der Maßgabe, dass

1. in Artikel I § 6 Absatz I. Satz 4 jeweils vor den Worten „*Absatz 1 Satz 1*" und vor den Worten „*Absatz 2 Satz 1*" der Zusatz „*§ 175*" vorangestellt und die Worte „*SGB V*" eingefügt werden, sowie in Satz 5 das Semikolon durch einen Punkt ersetzt wird,
2. in Artikel I § 6 Absatz II. Satz 2 nach den Wörtern „*auf das Kündigungsrecht nach Satz 1*" die Wörter „*und dessen Ausübung*" ergänzt werden,
3. Artikel I § 6 Absatz IV. folgende Fassung erhält: „*Wenn ein Wahltarif nach § 13c gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen aus der Anlage 2 zu § 13c Ziffern 3 und 4, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz II gilt nicht.*",
4. in Artikel I Anlage 1 zur Satzung der Ernst & Young BKK zu § 13a Ziffer 1) „Anspruch" Satz 5 die Worte „*EY BKK*" durch die Worte „*Ernst & Young BKK*" ersetzt werden,

sowie mit Ausnahme von

5. Artikel I Anlage 1 zur Satzung der Ernst & Young BKK zu § 13a Ziffer 2) „Vergütung 1: Vorsorge-Bonus" der Zusatz in Satz 2 „*wenn sie mindestens eine Maßnahme nachweisen*"
6. Artikel I Anlage 1 zur Satzung der Ernst & Young BKK zu § 13a Ziffer 2) „Vergütung 3: Baby-Bonus" Satz 3,
7. Artikel I Anlage 1 zur Satzung der Ernst & Young BKK zu § 13a Ziffer 4) Punkt Versicherungen der Aufzählungspunkt „- *Unfallversicherung*"

und insoweit Artikel II

gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 20. Dezember 2023

213 – 10204#00040#0003

Bundesamt für Soziale Sicherung
Im Auftrag
Antje Domscheit

Der Satzungsnachtrag Nr. 3 wurde durch Beschluss in der Sitzung des Verwaltungsrates am 17.01.2024 vom Verwaltungsrat beschlossen.
Dieser Satzungsnachtrag tritt zum 01.02.2024 in Kraft.
Die Satzung entspricht dem Stand 01.02.2024, in der Fassung des 3. Satzungsnachtrages.
Genehmigung vom 27.02.2024 – Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Bonn,
GZ: 213-10204#00040#0005

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat der Ernst & Young BKK am 17. Januar 2024 beschlossene 3. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Viertes Buch (SGB IV) genehmigt.

Bonn, den 27. Februar 2024

213 – 10204#00040#0005

Bundesamt für Soziale Sicherung

Im Auftrag

Dr. Thomas Schmitz

Der Satzungsnachtrag Nr. 4 wurde durch Beschluss in der Sitzung des Verwaltungsrates am 13.05.2024 vom Verwaltungsrat beschlossen.
Dieser Satzungsnachtrag tritt zum 01.06.2024 in Kraft.
Die Satzung entspricht dem Stand 01.06.2024, in der Fassung des 4. Satzungsnachtrages.
Genehmigung vom 11.06.2024 – Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Bonn,
GZ: 213-10204#00040#0006

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat der Ernst & Young BKK am 13. Mai 2024 beschlossene 4. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 11. Juni 2024
213 - 10204#00040#0006

Bundesamt für Soziale Sicherung
Im Auftrag

Anje Domscheit

Der Satzungsnachtrag Nr. 5 wurde durch Beschluss in der Sitzung des Verwaltungsrates am 14.05.2025 vom Verwaltungsrat beschlossen.
Dieser Satzungsnachtrag tritt zum 01.07.2025 in Kraft.
Die Satzung entspricht dem Stand 01.07.2025, in der Fassung des 5. Satzungsnachtrages.
Genehmigung vom 17.06.2025 – Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Bonn,
GZ: 213-10204#00040#00078

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat der EY Betriebskrankenkasse am 14. Mai 2025 beschlossene 5. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 17 Juni 2025
213 - 10204#00040#0007

Bundesamt für Soziale Sicherung
Im Auftrag
Antje Domscheit

Der Satzungsnachtrag Nr. 6 und 7 wurde durch Beschluss in der Sitzung des Verwaltungsrates am 09.12.2025 vom Verwaltungsrat beschlossen. Dieser Satzungsnachtrag tritt zum 01.01.2026 in Kraft. Die Satzung entspricht dem Stand 01.01.2026, in der Fassung des 7. Satzungsnachtrages.
Genehmigung vom 17.06.2025 – Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Bonn, GZ: 213-10204#00040#0009 und GZ: 213-10204#00040#0010

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 9. Dezember 2025 beschlossene 6. Nachtrag zur Satzung der EY Betriebskrankenkasse wird gemäß und § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 11 .Dezember 2025
213-10204#00040#0009

Bundesamt für Soziale Sicherung
Im Auftrag
Antje Domscheit

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 9. Dezember 2025 beschlossene 7. Nachtrag zur Satzung der EY Betriebskrankenkasse wird gemäß und § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 11 .Dezember 2025
213-10204#00040#0010

Bundesamt für Soziale Sicherung
Im Auftrag
Antje Domscheit

Anlage 1
zur Satzung der EY BKK zu § 13 a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

1) Anspruch

Versicherte der Betriebskrankenkasse haben Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten. Für Anwartschaftsversicherte und Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten
(§ 264 SGB V), ist die Teilnahme nicht möglich. Dies gilt auch, solange der Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist. Der Teilnahmezeitraum entspricht dem Kalenderjahr. Mit dem Ende der Versicherung bei der Betriebskrankenkasse endet zeitgleich auch die Teilnahme am Bonusprogramm.
Der Vorsorge-Bonus wird als direkte Auszahlung gewährt, wenn Versicherte, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, Maßnahmen nach Absatz I und Absatz II binnen eines Zeitraums von einem Kalenderjahr nachweisen

I. Vorsorge-Bonus nach § 65a Abs. 1 SGB V

Der Vorsorge-Bonus nach § 65a Abs. 1 SGB V umfasst alle Maßnahmen nach den §§ 25, 25a, 26 und 20i SGB V.

II. Vorsorge-Bonus nach § 65 Abs. 1a SGB V

Teilnehmer erhalten einen Bonus nach § 65a Abs. 1a SGB V, wenn sie mindestens eine der nachfolgenden Maßnahmen innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.
Die Anzahl der bonifizierbaren Präventionskurse nach Buchstabe a) ist auf zwei Kurse im Kalenderjahr begrenzt, die Anzahl der bonifizierbaren Maßnahmen der Buchstaben b) bis g) ist auf drei Maßnahmen je Kalenderjahr begrenzt.

a) Präventionsmaßnahme i. S. des § 20 Absatz 5 SGB V
b) Aktive Mitgliedschaft im Sportverein
c) Aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio
d) Sportveranstaltungen und Gesundheitskurse unter qualifizierter Anleitung
e) Sportabzeichen (z. B. DOSB, DLRG) und vergleichbare Auszeichnungen mit regelmäßiger qualitätsgesicherter Vorbereitung
f) Baby-Schwimmen (Altersgruppe bis 2 Jahre)
g) Eltern-Kind-Turnen (Altersgruppe bis 6 Jahre)

III. EY BKK Bonus-Konto

Wählen Versicherte das EY BKK Bonus-Konto erhöht sich der EY BKK Vorsorge-Bonus um das 2-fache. Das Guthaben wird auf dem EY BKK Bonus-Konto gutgeschrieben.

IV. Baby-Bonus

Versicherte haben nach der Geburt eines Kindes Anspruch auf einen Bonus nach dieser Regelung, wenn der Nachweis der vollständigen Schwangerenvorsorge gem. § 24d SGB V sowie der Nachweis der beiden ersten Kinderuntersuchungen nach § 26 SGB V i. V. m. der Kinder-Richtlinie des G-BA (Leistungen U1 und U2) erbracht wird.

2) Vergütung

Vergütung 1: Vorsorge-Bonus

Versicherte der EY BKK, die Maßnahmen nach Ziffer 1) Absatz I, nachweisen, erhalten einen Geldbonus in Höhe von 10,00 Euro je nachgewiesener Maßnahme.

Versicherte der EY BKK, die Maßnahmen nach Ziffer 1) Absatz II nachweisen, erhalten einen Geldbonus in Höhe von 20,00 Euro je nachgewiesener Maßnahme.

Vergütung 2: EY BKK-Bonus-Konto

Das Guthaben auf dem EY BKK Bonus-Konto wird ausschließlich als Zuschuss zu den Kosten für durch den Teilnehmer in Anspruch genommene Leistungen nach Punkt 4) Leistungskatalog gezahlt. Es werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet.

Vergütung 3: Baby-Bonus

Die Höhe der Bonuszahlung beträgt 100,00 Euro.
Der Übertrag von Bonusansprüchen auf andere Versicherte oder in das Folgejahr ist nicht möglich.

3) Nachweis und Verfahren

Die Gesundheitsmaßnahmen sind vom Teilnehmer in einem Bonusprogrammheft oder sofern vorhanden, elektronisch in der Internetfiliale/EY BKK App zu belegen. Der Nachweis erfolgt durch Bestätigung des Arztes, Zahnarztes oder anderen Leistungserbringers. Dem Teilnehmer entstehende Kosten für die Nachweise werden von der EY BKK nicht übernommen.
Mit dem vollständigen Einreichen der Nachweise erklärt der Teilnehmer seine Aktivitäten im jeweiligen Bonuszeitraum für beendet.
Weitere Gesundheitsmaßnahmen werden nicht berücksichtigt. Der Anspruch auf den Gesundheitsbonus richtet sich nach den zum Beginn des jeweiligen Bonuszeitraums geltenden Bedingungen. Werden die Gesundheitsmaßnahmen nicht bis spätestens drei Monate nach Ablauf des jeweiligen Bonuszeitraums oder Beendigung der Teilnahme nachgewiesen, entsteht kein Anspruch auf einen Gesundheitsbonus.
Hat der Teilnehmer den Gesundheitsbonus in voller oder anteiliger Höhe aufgrund unrichtiger Angaben, Erklärungen, Bescheinigungen oder Unterlagen erhalten, ist der entsprechende Betrag an die EY BKK zurück zu zahlen. Darüber hinaus kann die Teilnahme am Bonusprogramm der EY BKK durch die EY BKK mit sofortiger Wirkung beendet werden, wenn der Teilnehmer die Unrichtigkeit zu vertreten hat.

4) Leistungskatalog

Das Budget des Gesundheitskontos kann als Zuschuss für folgende verauslagte Kosten verwendet werden:

Ambulante Kuren im Ausland

Apothekenrechnungen
Für Gesundheitsartikel, z. b. rezeptfreie Medikamente, Vitaminpräparate, etc.

Brillen und Kontaktlinsen

Gesundheitsartikel allgemein und Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitszustandes
Z. B. Infrarotmassagegerät, Rotlichtlampe, Massagematte, Heizdecke, Inhaliergerät, Einlagen, Blutdruckmessgerät, Bandagen, elektrische Zahnbürsten, glutenfreie Nahrung, etc.

Gesundheitsleistungen allgemein
Z. B. Massagen, professionelle Zahnreinigung, sämtliche IGEL-Leistungen (Leistungen, die der Arzt über die kassenärztliche Versorgung hinaus anbietet), Hydrojet-Therapie, Brainlight (Shiatsu-Massage-Systeme) und Einlagerung von Nabelschnurblut (Stammzellen)

Gewichtsreduktion
Hierunter fallen Teilnahmekosten für gewichtsreduzierende Maßnahmen sowie der damit in Verbindung stehenden Produkte.

Heilpraktiker
Es wird die Behandlung beim Heilpraktiker erstattet sowie alle von ihm verordneten homöopathischen Arzneimittel.

Impfungen

Nahrungsergänzungsmittel
Alle Arten der gesundheitsbewussten Nahrungsergänzung, insbesondere Vitaminpräparate, Aufbaupräparate aus der Apotheke und Präparate von Direktvertrieben.

Präventionsmaßnahmen außerhalb der Leistung nach § 20 SGB V

Sport / Fitness
Z. B. Mitgliedsbeitrag im Sportverein, Gebühren im Fitnessstudio, Eintrittskarten für das Schwimmbad und die Sauna, allgemeine Schwimmkurse, etc.

Trainingsgeräte
Alle Hilfsgeräte, die zu Sport- und Fitnesszwecken eingesetzt werden können. Dies können Crosstrainer, Laufband, Rudermaschine, Fahrrad, Nordic-Walking-Stöcke, Sportschuhe, Gymnastikball, etc. sein.

Verhütungsmittel
Hierunter fallen alle gängigen Verhütungsmittel.

Versicherungen
Im Bereich der privaten Versicherungen sind folgende Versicherungsarten über das Bonusmodell zuschussfähig
(Versicherungen mit unmittelbarem Bezug zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung):

- Auslandsreisekrankenversicherung
- Krankenzusatzversicherung ambulant und stationär
- Pflegezusatzversicherung
- Zahnzusatzversicherung

Diese Aufzählung ist abschließend.

Alle anderen privaten Versicherungen (insbesondere Lebensversicherungen, Haftpflichtversicherungen, etc.) sind durch das Bonusmodell **nicht** zuschussfähig.

Ein Zuschuss kann nur dann gewährt werden, wenn die Krankenkasse nicht bereits aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist. Gesetzliche Zuzahlungen sind vom Zuschuss ausgenommen.

Anlage 2
zur Satzung der EY BKK § 13 c Wahltarif „Krankengeld“

Teilnahme
1. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist
3. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue dreijährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

Tarifende/Kündigung
4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse.
5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.
Obliegenheiten der Teilnehmer
6. Die Mitglieder müssen die Betriebskrankenkasse unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Betriebskrankenkasse haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet, eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Betriebskrankenkasse nachzuweisen und die Betriebskrankenkasse über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,
für den Personenkreis der Selbständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

Wahltarifkrankengeld					
kalendertäglich	10Euroo	20Euroo	30Euroo	40Euroo	50Euroo
Prämie monatlich	10Euroo	20Euroo	30Euroo	40Euroo	50Euroo

für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten i.S.v. § 53 Abs. 6 SGB V:

Wahltarifkrankengeld					
kalendertäglich	10Euroo	20Euroo	30Euroo	40Euroo	50Euroo
	60Euroo	70Euroo	80Euroo	90Euroo	
Prämie monatlich	5Euroo	10Euroo	15Euroo	20Euroo	25Euroo
	30Euroo	35Euroo	40Euroo	45Euroo	

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.
11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
13. Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
15 Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i. V. m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit.
Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

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

17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die EY BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.

21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

24. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die Betriebskrankenkasse an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund

kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder in diesem Tarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 Euro - Schritten bis zu 50 Euro kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 Euro - Schritten bis zu 90 Euro kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der EY BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

27. Die Betriebskrankenkasse kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.

28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die Betriebskrankenkasse auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Betriebskrankenkasse im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.

Anlage 3
zur Satzung der EY BKK Entschädigungsregelung (Stand 14.05.2025)

Entschädigungsregelung für die Organmitglieder

Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrats

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane haben auf der Grundlage des § 41 SGB IV bei der Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit neben dem Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoarbeitsverdienstes Anspruch auf folgende Entschädigung:

1. **Tagegeld**

1.1 Tagegeld wird in der jeweils für den Vorstand geltenden Höhe gezahlt.

1.2 Übernachtungsgeld

a. Übernachtungsgeld wird in der jeweils für den Vorstand geltenden Höhe gezahlt.

b. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.

c. In den in § 7 Abs. 2 BRKG genannten Fällen wird kein Übernachtungsgeld gezahlt.

1.3 Unterkunfts- und Verpflegungkosten für Kraftfahrer

Soweit die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in ihrer Eigenschaft als Organmitglieder einen Personenkraftwagen benutzen und hierbei eine/n berufsmäßige/n Kraftfahrer/in in Anspruch nehmen oder wegen körperlicher Behinderung nicht selbst fahren können, wird für die/den Fahrer/in Tage- und Übernachtungsgeld nach Maßgabe der Abschnitte 1.1 und 1.2 gezahlt.

1.4 Fahrtkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrtkosten erstattet.

a. Kilometergeld

Die Nutzungskosten des Kraftwagens werden durch eine Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG abgegolten (z.Z. 0,30 Euro/km).

b. Flugkosten

Hin- und Rückflugkarte.
Bei Flügen sollen grundsätzlich die Kosten für die Benutzung der niedriegsten Flugklasse als erforderliche Aufwendungen angesehen werden.

c. Bahnkarten

- Fahrscheine bis zur Höhe der Kosten der 1. Klasse
- Aufpreise und Zuschläge für Züge
- Reservierungsentgelte
- Bettkarten oder Liegeplatzzuschläge

d. Kosten für Fahrten vom und zum Bahnhof bzw. Flugplatz sowie sonstige Kosten

- öffentliche Nahverkehrsmittel
- Zubringer zum Flugplatz
- Taxi
- Gepäckkosten / Gepäckaufbewahrung
- Post- und Telekommunikationskosten
- Parkplatz und Garagenkosten
- sonstige Kosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind.

1.5 Pauschbeträge für Auslagen außerhalb von Sitzungen

a. Den Vorsitzenden der Organe können Auslagen außerhalb von Sitzungen, mit Ausnahme von Reisekosten, auch durch einen Pauschbetrag abgegolten werden. Hierbei sollten folgende Pauschbeträge nicht überschritten werden:

   Vorsitzender des Verwaltungsrates 27 Euro /monatlich

b. Für die stellvertretenden Vorsitzenden gilt 1.5 a. entsprechend. Wenn die übliche Inanspruchnahme der/des stellvertretenden Vorsitzenden üblicherweise geringer ausfällt, sollte der Pauschbetrag der/des stellvertretenden Vorsitzenden jedoch entsprechend niedriger festgesetzt werden. (Stellv. = 75% ; 20,25 Euro / monatlich)

c. Anderen Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane werden die notwendigen und angemessenen Auslagen in Höhe der tatsächlichen Kosten erstattet.

d. Die Pauschbeträge für Auslagen dürfen nicht mit den Pauschbeträgen für Zeitaufwand (1.6) vermischt werden.

1.6 Pauschbeträge für Zeitaufwand

a. Für Sitzungen werden an jedes Mitglied der Selbstverwaltungsorgane unabhängig von der Sitzungsdauer 90 Euro je Sitzungstag erstattet. Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende von Ausschüssen der Organe erhalten bei Sitzungen ihres Auschusses den doppelten Betrag.

b. Für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen erhält der Vorsitzende des Verwaltungsrates 360 Euro monatlich. Für die stellvertretenden Vorsitzenden der Organe gilt 1.5 b. entsprechend.

EY BKK
der EY GmbH & Co. KG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Rotenburger Str. 16
34212 Melsungen
Postfach 12 11
34202 Melsungen
www.ey-bkk.de

Tel.: +49 5661 707670
Fax: +49 5661 7076749
info@ey-bkk.de