



Satzung der **Betriebskrankenkasse Linde** **Wiesbaden**

Stand Januar 2025



Inhaltsverzeichnis

Satzung der Betriebskrankenkasse Linde Wiesbaden	1
Vorwort	4
§1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	5
§2 Verwaltungsrat	7
§2a Versichertenälteste	10
§3 Vorstand.....	11
§4 Widerspruchsausschuss	13
§5 Kreis der versicherten Personen.....	15
§6 Kündigung der Mitgliedschaft	16
§7 Aufbringung der Mittel	18
§8 Bemessung der Beiträge	18
§9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	18
§9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	19
§10 Fälligkeit der Beiträge	20
§10a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen.....	21
§11 Höhe der Rücklage	21
§12 Leistungen	22
§12a Primärprävention.....	24
§12b Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten	25
§12c Leistungsausschluss.....	26
§13 Kostenerstattung	27
§13a Wahltarif Krankengeld	29
§13b Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung.....	37
§13c Wahltarif besondere Versorgung.....	38
§14 Medizinische Vorsorgeleistungen.....	39
§14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	39
§14b Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern im ambulanten Bereich	43
§14c Geburtsvorbereitungskurse	45

§14d	Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	46
§14e	Rufbereitschaft Hebammen.....	47
§14f	Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung	47
§14g	Professionelle Zahnreinigung	47
§14h	Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz.....	48
§14i	Mehrleistung Darmkrebsuntersuchung	48
§15	Kooperation mit der PKV	49
§16	Aufsicht	49
§17	Mitgliedschaft im Landesverband	49
§18	Bekanntmachungen	49
§19	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse.....	50
§20	Auskünfte an Versicherte.....	50
Artikel II	51
Anlage zu § 2 der Satzung	52
Anlage zu § 9a der Satzung	55
Anlage zu § 14a der Satzung.....	58

Vorwort

Die Satzung der BKK Linde unterliegt dem Leitprinzip, die Gleichstellung von Frauen und Männern auch sprachlich zum Ausdruck zu bringen und Menschen mit unterschiedlichen Geschlechteridentitäten durch geschlechtergerechte Sprache in gleicher Weise einzubeziehen. Im Interesse rechtssprachlicher Klarheit gelten bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung die gewählten Formulierungen uneingeschränkt für alle Geschlechter.

§1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen **Betriebskrankenkasse Linde** sowie die Abkürzung BKK Linde.

- II. Die Betriebskrankenkasse Linde ist errichtet worden am 01. Oktober 1952.
Sie hat ihren Sitz in Wiesbaden.

- III. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland, insbesondere auf die Betriebe im gesamten Bundesgebiet der:
 - A. Linde Aktiengesellschaft, Wiesbaden,
 - B. Linde Gas Produktionsgesellschaft mbH & Co. KG, Pullach,
 - C. Linde Kältetechnik GmbH & Co. KH, Köln, mit Ihren Betrieben im Bundesgebiet,
 - D. Linde Ladenbau GmbH & Co. KG, Bad Hersfeld,
 - E. Still GmbH, Hamburg, mit ihren Betrieben im Bundesgebiet,
 - F. Atlas Copco Energas GmbH, Köln, mit den Betrieben in Köln und Saarbrücken,
 - G. Linde KCA-Dresden GmbH, Dresden,
 - H. Linde Gas Therapeutics GmbH & Co. KG, Unterschleißheim,
 - I. MUK Logistik GmbH, München, mit den Betrieben in München, Regensburg, Garching, Markgröningen und Kassel,
 - J. HEAG Holding AG – Beteiligungsmanagement der Wissenschaftsstadt Darmstadt (HEAG)
 - K. HEAG Südhessische Energie AG (HSE)
 - a) ENTEGA GmbH & Co. KG
 - b) ENTEGA Energieeffizienz GmbH & Co. KG
 - c) Count+Care GmbH & Co. KG
 - d) e-netz Südhessen GmbH & Co. KG
 - e) HSE NATURpur Energie AG
 - f) HSE Netz AG
 - g) HSE Entsorgung GmbH
 - h) HSE Medianet GmbH
 - i) HSE Abwasserreinigung GmbH & Co. KG
 - j) Hessenwasser GmbH & Co. KG
 - k) citiworks AG
 - l) MW-Mayer GmbH
 - m) Industriekraftwerk Breuberg GmbH

- n) Verteilnetzbetreiber (VNB) Rhein-Main-Neckar GmbH & Co. KG
- o) Forest Carbon Group AG

L. HEAG mobilo GmbH

- p) HEAG mobiBus GmbH & Co. KG
- q) HEAG mobiTram GmbH & Co. KG
- r) HEAG mobiServ GmbH
- s) Nahverkehr-Service GmbH (NVS)

M. Bauverein AG

- t) HEAG Wohnbau GmbH

§2 Verwaltungsrat

I.

1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr jeweils zum Beginn eines Kalenderjahres.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 12 Versichertenvertreter und vier Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Vertreter der Versicherten hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Anzahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmanteil eines jeden Arbeitgebervertreters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.

- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und dessen Tätigkeiten vertraglich zu regeln,

5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstands zu beauftragen,
 6. den Vorstand zu überwachen,
 7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten.
 8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 9. die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
 10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
 11. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- Va. Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bilden.
- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrats 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.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.

- VIII. 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.
- IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich ohne Sitzung abstimmen es sein denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widersprechen 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 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 BKK Linde liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation 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 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 BKK Linde liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

§2a Versichertenälteste

- I. Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat 15 Versichertenälteste sowie 6 Listenstellvertreter gewählt. Eine Wiederwahl ist zulässig.

- II. Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Die Entschädigung der Versichertenältesten gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 Absatz VI dieser Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

- III. Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten zu fördern und diese zu beraten und zu betreuen.

Zu den Aufgaben der Versichertenältesten gehören insbesondere die Versicherten über neue gesetzliche Regelungen in der Krankenversicherung zu unterrichten, Auskünfte in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erteilen, die Versicherten über die ihnen nach Gesetz und Satzung zustehenden Leistungen aufzuklären und sie bei der Antragstellung auf Leistungen zu unterstützen, Kontakte zum Arbeitgeber zu pflegen und den Arbeitgeber sowie die Betriebskrankenkasse bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen.

§3 Vorstand

- I. Der Vorstand besteht aus einer Person, die hauptamtlich die Geschäfte der Betriebskrankenkasse führt. Ein leitender Beschäftigter der Betriebskrankenkasse nimmt dessen Stellvertretung wahr.

- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrats 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 der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s 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 einzustellen.

§4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Wiesbaden.

- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus je einem Vertreter der Gruppe der Versicherten und der Gruppe der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrats der Betriebskrankenkasse mit je einer Stimme.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Der Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses wird von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrats gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird durch die Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrats gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrats. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. Die §§ 40 bis 42 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 Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird an vom Vorstand beauftragte Beschäftigte und einen Widerspruchsausschuss im Sinne eines besonderen Ausschusses nach § 36a SGB IV übertragen. Die vom Vorstand Beauftragten entscheiden über
- Widersprüche betreffend die Versicherungs- und Beitragsansprüche,
 - Widersprüche betreffend die Ansprüche nach dem SGB XI,
 - Widersprüche betreffend die Genehmigung von Anträgen auf Übernahme/Erstattung von Fahrtkosten,
 - Widersprüche betreffend die Genehmigung von Anträgen auf Übernahme/Erstattung von Rehabilitationskosten und Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 SGB V und § 24 SGB V
 - Widersprüche betreffend die Genehmigung von Anträgen auf Übernahme/Erstattung von Heilmittelkosten

und erlassen die entsprechenden Widerspruchsbescheide. In den verbleibenden Fällen und allen Fällen, die Beschäftigte der BKK Linde betreffen, wird die Entscheidung und der Erlass des Widerspruchsbescheides dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Wiesbaden. Er wird des Weiteren dazu bestimmt, die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i.V.m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahrzunehmen.

§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 oder Versicherungsberechtigten.

- II. Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen, der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

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

§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 1 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 bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach Absatz 1 Satz 1 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 Abs. 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 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 Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III. Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4

gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen für die Familienversicherung.

- IV. Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach §§ 13a der Satzung gewählt wurde. Hier gelten die Sondervorschriften § 13a Absätze II bis V der Satzung.
- V. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können ihre Mitgliedschaft ohne Einhaltung der Frist nach Absatz 1 Satz 1 kündigen, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen BKK begründet werden soll. Die Kündigungsfrist nach Abs. I Satz 2 ist zu beachten.

§7 Aufbringung der Mittel

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

§8 Bemessung der Beiträge

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

§9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 2,5% monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- I. 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 Durchführung des U2- Verfahrens obliegt der Betriebskrankenkasse Linde selbst.

- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse Linde. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden für das U1-Verfahren an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet. Die gezahlten Umlagen für das U2- Verfahren werden von der Betriebskrankenkasse Linde als Sondervermögen verwaltet.

- III. Bezüglich des U1- Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen. Das U2- Verfahren wird gemäß § 9 Abs. 1 AAG von der Betriebskrankenkasse Linde durchgeführt und in der Anlage zu § 9a der Satzung beschrieben.

§10 Fälligkeit der Beiträge

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.
Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.
- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§10a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen

I. Mahngebühr

Gemäß § 19 Absatz 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG) wird eine Mahngebühr erhoben. Diese beträgt ein halbes Prozent des Mahnbetrages, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 150 Euro. Die Mahngebühr wird auf volle Euro aufgerundet.

II. Beitragsvorschüsse

A. Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,

- die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
- bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
- die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
- die keine Beitragsnachweise einreichen.

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

§11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 25 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#

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 unterhaltensorientierte 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 mindern.

II. Häusliche Krankenpflege

Neben 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 für 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 12 Wochen je Krankheitsfall, maximal für die Dauer der Behandlungspflege begrenzt.

4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V.

III. Außerklinische Intensivpflege

Die Betriebskrankenkasse gewährt gemäß § 37c Abs. 3 Satz 3 SGB V in Fällen der außerklinischen Intensivpflege beim Entfallen des Leistungsanspruchs über § 37c Absatz 3 Satz 2 SGB V hinaus nachgehende Leistungen nach § 37c Abs. 3 Satz 1 SGB V für einen weiteren Zeitraum von einem Monat.

IV. Haushaltshilfe

1. Über die gesetzlichen Ansprüche hinaus erhalten Versicherte Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen Krankheit vorübergehend nicht möglich ist und die BKK Linde die Kosten der Behandlung trägt.
2. Voraussetzung für Leistungen nach Abs. 1 ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, dass bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
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 Verschwägte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaussfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
Als angemessen werden bei einem notwendigen achtstündigen Einsatz die nachgewiesenen Aufwendungen bis zu einem täglichen Höchstbetrag von 2,5 v. H. der sich nach § 18 SGB IV ergebenden monatlichen Bezugsgröße, auf- oder abgerundet auf den nächsten geraden Euro-Betrag, angesehen.
4. In den Fällen des § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V erhalten Versicherte Haushaltshilfe für zwei weitere Wochen.

§12a Primärprävention

- I. Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:
- Bewegungsgewohnheiten:
 1. Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 2. Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
 - Ernährung:
 1. Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 2. Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
 - Stressmanagement
 1. Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
 2. Förderung von Entspannung
 - Suchtmittelkonsum:
 1. Förderung des Nichtrauchens
 2. Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/ Reduzierung des Alkoholkonsums

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

- II. Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst angeboten werden, können von den Versicherten ohne Kostenbeteiligung in Anspruch genommen werden.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, höchstens jedoch 100,00 EUR je Behandlungsfeld und Kalenderjahr gewährt.

§12b Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

- I. Sofern nicht ein gesetzlicher Anspruch auf Sachleistung nach § 20i Abs. 1 SGB V besteht, übernimmt die Betriebskrankenkasse gem. § 20i Abs. 2 SGB V die Kosten in Höhe von 100 v. H. bei Schutzimpfungen gegen folgende Erkrankungen.
 - Hepatitis A und B
 - Cholera
 - Gelbfieber
 - Meningokokken-Meningitis
 - Polio
 - Tollwut
 - Typhus
 - FSME
 - Japanische Enzephalitis
 - Dengue-Fieber

Satz 1 gilt entsprechend für die Malaria-Prophylaxe.

- II. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.
- III. Über die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene generelle Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV) für alle Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse diese Impfung ausschließlich nach ärztlicher Indikation auch für Frauen vom 15. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr.

§12c 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 Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§13 Kostenerstattung

- I. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse wählen. Sie sind von der Betriebskrankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
- II. 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).
- III. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistung durch spezifizierte Rechnungen und ärztliche Verordnungen nachzuweisen.
- IV. 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.
- V. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine evtl. Beschränkung auf den ambulanten Bereich gebunden.
Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden.

Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.
- VI. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. je Kostenerstattungsfall, höchstens 40,00 EUR, für Verwaltungskosten zu kürzen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

VII. 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., maximal 50,00 EUR, für Verwaltungskosten zu kürzen. Gesetzlich 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.

VIII. Abweichend von Absatz VII. 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 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.

§13a Wahltarif Krankengeld

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V), unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V), einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes von 15. bis zum 42. Tag an.
- II. Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- III. Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der folgenden Absätze.

Teilnahme

- I. Die Betriebskrankenkasse Linde 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). Der Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Wahltarifkrankengeld als Entgeltersatz für Einnahmen i. S. d. §223 Abs. 3 S. 2 SGB V wählen (Premiumtarif). Der Tarif kann nicht gewählt werden, wenn das 60. Lebensjahr am Tag der Wahlerklärung vollendet ist, es sein denn, der Tarif wird im unmittelbaren Anschluss an einen vorher bestehenden Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt.
- II. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse Linde erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse Linde folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

- III. 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

- IV. 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 Linde.
- V. 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 oder elektronische 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 Prämienerrhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

- VI. Die Mitglieder müssen die Betriebskrankenkasse Linde 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 Linde aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Betriebskrankenkasse Linde haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
- VII. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Betriebskrankenkasse Linde nachzuweisen und die Betriebskrankenkasse Linde über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
- VIII. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

- IX. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

für den Personenkreis der Selbstständigen 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	10€	20€	30€	40€	50€
Prämie monatlich	10€	20€	30€	40€	50€

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

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

- X. 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.
- XI. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
- XII. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
- XIII. Die Betriebskrankenkasse Linde darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

- XIV. 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 Linde bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- XV. 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 (z.B. Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
- XVI. 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,
 2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
- XVII. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
- XVIII. 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 Linde nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse Linde kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- XIX. 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 Linde

XX. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurückzuzahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.

XXI. 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.

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

XXII. 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.

XXIII. Im Rahmen des Premiumtarifs wird Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die Betriebskrankenkasse Linde 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

- XXIV. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld im Premiumtarif 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

- XXV. 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 € - Schritten bis zu 50 € 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 Linde 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 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse Linde eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
- XXVI. Die Betriebskrankenkasse Linde kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 30.
- XXVII. 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.

- XXVIII. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse Linde sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die Betriebskrankenkasse Linde auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Betriebskrankenkasse Linde 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 Linde 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

- XXIX. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche oder elektronische Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 30 – 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 Linde nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse Linde 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.

XXX. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz XXVI ff genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse Linde über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes XVI 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.

§13b Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse Linde bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung
 - und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§13c Wahltarif besondere Versorgung

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

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

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

§14 Medizinische Vorsorgeleistungen

- I. Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 EUR.
- II. Für die Dauer der Maßnahme nach Absatz I gilt die Regelung gemäß § 23 Abs. 5 Satz 4 SGB V.

§14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I.
 - a. Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 22, 22a 25, 25a, 26 i.V.m. 55 SGB V, soweit sie dazu berechtigt sind, in Anspruch nehmen,
 - b. Versicherte, die die einmaligen Gesundheitsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V in Anspruch nehmen oder
 - c. Versicherte, die Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RIL) in Anspruch nehmenerhalten einen Bonus.
- II. Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.
 - a) Ein Bonus wird für folgende Bereiche nach § 65a Abs. 1 SGB V im Anspruchszeitraum gewährt:
 1. Inanspruchnahme von vorgesehenen Zahnuntersuchungen nach §§ 22, 22a SGB V,
 2. Inanspruchnahme von vorgesehenen Kinder- und Jugenduntersuchungen gem. § 26 SGB V, sowie
 3. durchgeführte Schutzimpfungen nach § 20i SGB V.

Der Bonus für die in den Bereichen unter II a Nr. 1-3 genannten Maßnahmen beträgt für die erste Maßnahme 10,00 Euro. Der Bonus wird bei einer zweiten erfüllten Voraussetzung in dem gleichen Bereich um 5,00 Euro und bei jeder weiteren um 2,50 Euro erhöht.

- b) Ein Bonus wird für folgende Bereiche nach § 65a Abs. 1a SGB V im Anspruchszeitraum gewährt, wenn:
1. ein Bewegungsangebot im qualitätsgesicherten Fitnessstudio, im eingetragenen Sportverein, im Reha-Zentrum, die Teilnahme an einer Sportveranstaltung unter qualifizierter sportlicher Leitung in Anspruch genommen wurde.
 2. an einem Babyschwimmkurs teilgenommen wurde
 3. eine Teilnahme an einem Präventionskurs § 20 Abs. 5 SGB V, die regelmäßige Nutzung von Apps mit gesundheitsfördernden Inhalten oder regelmäßiges Online-Coaching vergleichbar mit den Themenfeldern gem. § 20 Abs. 5 SGB V erfolgte.

Der Bonus für die unter II b Nr. 1-3 genannten Maßnahmen beträgt jeweils 10,00 Euro pro Bereich.

- c) Ein Zuschuss wird für
1. privat finanzierte Vorsorgeuntersuchungen und -leistungen (s. Anlage zu § 14a der Satzung), sowie
 2. laufende Kranken- oder Pflegezusatzversicherungen gewährt.

Der Zuschuss für die unter II c) genannten Maßnahmen beträgt 10 Euro für privat finanzierte Vorsorgeuntersuchungen und -leistungen (s. Anlage zu § 14a der Satzung) und 20 Euro für laufende Kranken- und Pflegezusatzversicherungen.

Die in Anspruch genommenen Leistungen sind durch den Versicherten mittels Bonusheft nachzuweisen. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf dem Bonusheft dokumentiert. Kosten, die für den Nachweis von durchgeführten Maßnahmen entstehen, können nicht erstattet werden.

III. Versicherte haben ab Vollendung des 16. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.

a) Ein Bonus wird für folgende Bereiche nach § 65a Abs. 1 SGB V im Anspruchszeitraum gewährt:

1. Inanspruchnahme von vorgesehenen Zahnuntersuchungen nach §§ 22, 22a, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V
2. Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen gem. § 25 Abs. 1 SGB V,
3. Inanspruchnahme von organisierten Früherkennungsmaßnahmen nach § 25a SGB V,
4. Inanspruchnahme aller notwendigen Untersuchungen (inklusive Test) und Beratungen im Rahmen der Schwangerschaft (gynäkologische Erstanamnesen) entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr. 2), sowie
5. durchgeführte Schutzimpfungen nach § 20i SGB V.

Der Bonus für die im Bereich III a Nr. 1 genannte Maßnahme beträgt 20,00 Euro, in den Bereichen unter III a Nr. 2-5 genannten Maßnahmen beträgt dieser für die erste Maßnahme 10,00 Euro. Der Bonus wird bei einer zweiten erfüllten Voraussetzung in dem gleichen Bereich um 5,00 Euro und bei jeder weiteren um 2,50 Euro erhöht.

b) Weiterhin wird ein Bonus für folgenden Bereiche nach § 65a Abs. 1a SGB V im Anspruchszeitraum gewährt, wenn:

1. der Versicherte zum Zeitpunkt des Bonusantrages einen altersgerechten Body-Maß-Index hat,
2. der Versicherte zum Zeitpunkt des Bonusantrages seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher ist,
3. eine Teilnahme an einem Präventionskurs gem. § 20 Abs. 5 SGB V erfolgte, die regelmäßige Nutzung von Apps mit gesundheitsfördernden Inhalten oder regelmäßiges Online-Coaching vergleichbar mit den Themenfeldern gem. § 20 Abs. 5 SGB V,
4. ein Bewegungsangebot im qualitätsgesicherten Fitnessstudio, im eingetragenen Sportverein, im Reha-Zentrum, die regelmäßige Teilnahme am Training einer Hochschulsport- oder Betriebssportgruppe, die Teilnahme an einer Sportveranstaltung unter qualifizierter sportlicher Leitung in Anspruch genommen wurde.

Der Bonus für die unter III b Nr. 1-3 genannten Maßnahmen beträgt jeweils 10,00 Euro pro Bereich, der Bonus für die unter III b Nr. 4 genannte Maßnahme beträgt 20,00 Euro. Maßnahmen nach Nummer 1 und 2 lösen nur in Kombination mit mindestens einer der Maßnahmen der Nummern 3. und 4. einen Bonusanspruch aus.

- c) Ein Zuschuss wird für
1. privat finanzierte Vorsorgeuntersuchungen und -leistungen (s. Anlage zu § 14a der Satzung), sowie
 2. laufende Kranken- oder Pflegezusatzversicherung gewährt.

Der Zuschuss für die unter III c) genannten Maßnahmen beträgt 20 € für privat finanzierte Vorsorgeuntersuchungen und -leistungen (s. Anlage zu § 14a der Satzung), und 40 € für laufende Kranken- und Pflegezusatzversicherungen.

Die in Anspruch genommenen Leistungen sind durch den Versicherten mittels Bonusheft nachzuweisen. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf dem Bonusheft dokumentiert. Kosten, die für den Nachweis von durchgeführten Maßnahmen entstehen, können nicht erstattet werden.

- IV. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist für Anwartschaftsversicherte nach § 240 Abs. 4 b SGB V und für Personen, für die gemäß § 264 SGB V auftragsweise Leistungen erbracht werden, ausgeschlossen. Die Teilnahme ist nicht möglich, solange der Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht oder nach § 52 a SGB V ausgeschlossen ist.

Die Teilnahme am Bonusprogramm erfolgt durch eine schriftlich oder elektronisch übermittelte Erklärung des Versicherten. Die Teilnahme beginnt am ersten des Monats, in dem die Teilnahmeerklärung eingeht, frühestens mit dem Beginn der Versicherung. Die Teilnahme endet mit Ablauf von 12 Kalendermonaten (Teilnahmezeitraum).

Das Bonusheft ist innerhalb des Teilnahmezeitraumes mit einer Nachreichfrist von drei Monaten einzureichen. Mit Ablauf dieser Frist oder Beendigung der Versicherung bei der BKK Linde verfällt der Anspruch auf die Bonusprämie.

Der Bonus wird dem Versicherten nach Erfüllen der Voraussetzungen ausgezahlt.

- V. Sonderbonus zur Aktivierung des gesundheitsbewussten Verhaltens
- Zu den Boni nach § 14 a erhalten Mitglieder bei erstmaliger Teilnahme am Bonusprogramm im Kalenderjahr 2025 zusätzlich 100,- €. Die Teilnahme muss mindestens 12 Monate andauern und gilt als erstmalig, sofern in den Kalenderjahren 2021 bis 2024 kein Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten in Anspruch genommen wurde.

§14b Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern im ambulanten Bereich

- I. Die Krankenkasse gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage von § 27b Abs. 6 SGB V bei onkologischen Indikationen zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren (ambulant und stationär) Eingriffen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.
- II. Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch Ärzte mit denen die Krankenkasse eine Vereinbarung nach Absatz V getroffen hat, prüfen lassen, ob der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von diesem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.
- III. Der Anspruch auf Zweitmeinung bezieht sich ausschließlich auf die Diagnosen folgender onkologischer Erkrankungen: ICD Code C00-C97-Bösartige Neubildungen in den Bereichen Lippe, Mundhöhle, Pharynx, Verdauungsorgane, Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, Knochen und Gelenkknorpel, Haut, Mesotheliales Gewebe, Weichteilgewebe, Brustdrüse (Mamma), Weibliche Genitalorgane, Männliche Genitalorgane, Harnorgane, Auge, Gehirn, sonstige Teile des Zentralnervensystems, Schilddrüse, sonstige endokrine Drüsen, sowie bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen, des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, Primärtumoren an mehreren Lokalisationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.
- IV. Alle Versicherten der Krankenkasse können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Krankenkasse krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

- V. Die Krankenkasse trifft zur Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen mit nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Erbringer der Zweitmeinung über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind
1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
 2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

Die Krankenkasse führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der Krankenkasse veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die Krankenkasse den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

- VI. Im Rahmen der vorgenannten Vereinbarungen verpflichtet die Krankenkasse ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.
- VII. Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Krankenkasse in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet.

§14c Geburtsvorbereitungskurse

- I. Die BKK Linde gewährt werdenden Vätern einen Zuschuss für die Teilnahme an einem Partner/Väter - Geburtsvorbereitungskurs, sofern der Kurs von einer Hebamme durchgeführt wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist.

- II. Der Zuschuss beträgt 80 % der entstandenen Kosten, jedoch nicht mehr als 100 Euro. Für die Erstattung des Zuschusses sind der Kasse die Rechnung und eine Teilnahmebestätigung der Hebamme einzureichen.

- III. Der Anspruch auf den Zuschuss besteht nicht, wenn der Geburtsvorbereitungskurs vor dem 01.01.2016 absolviert worden ist.

§14d Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Arbeitgeber erhalten einen Bonus, wenn sie ein mit der BKK Linde vereinbartes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Das Programm muss sich an den vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20b Abs. 1 SGB V orientieren. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz gesetzlich verpflichtet ist, kann kein Bonus gewährt werden.

- II. Die BKK Linde schließt auf Antrag des Arbeitgebers mit diesem einen Vertrag, der die Voraussetzungen der Bonusgewährung, deren Nachweise sowie die Höhe des Bonus regelt. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden von der BKK Linde nach § 20b Abs. 1 SGB V erbracht. Der Bonus kann bis zu 20 vom Hundert der Aufwendungen betragen, die vom Arbeitgeber im Rahmen des vereinbarten Programms nach Abs. 1 für die betriebliche Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen. Dieser Bonus ist vom Arbeitgeber vollständig für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verwenden. In dem 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.

- III. Für die Teilnahme an einer Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch den Arbeitgeber erhält der Versicherte einen Bonus in Höhe von 10,00 Euro in einem Teilnahmezeitraum.

§14e Rufbereitschaft Hebammen

- I. Versicherte schwangere Frauen haben vor der Entbindung Anspruch auf eine Hebammenrufbereitschaft ab der 38. Schwangerschaftswoche. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134 a 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 und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

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

§14f Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

- I. Über die im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK Linde im Einzelfall die Kosten in Höhe von maximal 80,00 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:
 - Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
 - die Untersuchung wird von einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

- II. Zur Kostenerstattung ist neben der personifizierten Rechnung die ärztliche Bestätigung der o.g. Vorbelastung einzureichen.

§14g Professionelle Zahnreinigung

- I. Die Versicherten der Betriebskrankenkasse Linde erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der professionellen Zahnreinigung (PZR) in Höhe von 40 EUR im Kalenderjahr. Zur Erstattung ist der Betriebskrankenkasse die Rechnung für die PZR vorzulegen.

§14h Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach § 20k Absatz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. 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, gewährt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 100 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten. Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z.B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.

§14i Mehrleistung Darmkrebsuntersuchung

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK Linde im Einzelfall die Kosten unter der Voraussetzung, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweist. Für folgende, von Ärzten durchgeführte oder veranlasste Vorsorgeleistungen erfolgt die Erstattung in Höhe von jeweils 70 v. H., maximal 100 Euro jährlich; hierzu sind spezifizierte Rechnungen einzureichen:

- Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs (immunologischer Stuhltest, Darmspiegelung) bei Risikofaktoren (familiär oder erblich erhöhtes Erkrankungsrisiko) vor Vollendung des 50. Lebensjahres bei Männern bzw. des 55. Lebensjahres bei Frauen. Bei Erreichung des Regelalters gelten die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen.

§15 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§16 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§17 Mitgliedschaft im Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem BKK Landesverband Süd, in Kornwestheim als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§18 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkk-linde.de, nachrichtlich durch einwöchigen Aushang in den Betrieben gem. § 1 Abs. II dieser Satzung und in den Räumen der Betriebskrankenkasse.

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

§19 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Betriebskrankenkasse Linde 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 Betriebskrankenkasse Linde veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der Betriebskrankenkasse Linde aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben.

§20 Auskünfte an Versicherte

I. Auskunft zu den im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten (§ 305 Absatz 1 SGB V) sowie zu zugelassenen Leistungserbringern und über die verordnungsfähigen Leistungen und Bezugsquellen (§ 305 Absatz 3 SGB V) wird dem Versicherten auf Verlangen mündlich oder schriftlich erteilt. § 25 Absatz 2 SGB X gilt entsprechend.

II. Die Auskunft ist kostenfrei.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Die Satzung wurde von den Verwaltungsräten der Betriebskrankenkasse Linde und der HEAG BKK am 01.12.2015 beschlossen.
2. Die Satzung tritt zum 01.01.2016 in Kraft.

Siegel

Verwaltungsratsvorsitzender der
BKK Linde

alternierende Verwaltungsratsvorsitzende
der BKK Linde

Siegel

Verwaltungsratsvorsitzender der
HEAG BKK

Alternierender Verwaltungsratsvorsitzender
der HEAG BKK

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigungsrichtlinien

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

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrats werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung maximal begrenzt auf das Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes (§ 6 BRKG i.V. m. § 4 Abs.5 Satz 1 Nr. 5 Satz 2 EStG)*). Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind.

Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen (**).

Übernachtungsgeld nach der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung, maximal begrenzt auf die jeweils gültigen Sätze des Bundesreisekostengesetzes (§ 7 Abs. 1 BRKG)***).

*) 24stündige Abwesenheit: 24,00 EUR; 14- bis 24stündige Abwesenheit: 12,00 EUR; 8- bis 14stündige Abwesenheit: 6,00 EUR

**) Kürzung des vollen Tagegeldsatzes: Frühstück 20 %, Mittag- und Abendessen jeweils 40 %

***) Übernachtungsgeld nach § 7 Abs. 1 BRKG: 20,00 EUR

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, werden unter Beachtung des § 6 Abs. 2 BRKG erstattet, unabhängig davon, ob der Inklusivpreis nach Übernachtungs- und Frühstücksanteil getrennt auf derselben Rechnung ausgewiesen ist; vorausgesetzt der Frühstücksanteil ist nicht als gesonderte Wahlleistung erkennbar.

1.2 Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (z. B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse / 2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy-Klasse (Touristen-Klasse),
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 75,00 EUR.

3. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tag

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tag können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

II. Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 77,00 EUR.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

2. Auslagenersatz

Die den alternierenden Vorsitzenden für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen sind in Höhe der tatsächlichen Kosten zu erstatten. Bei nicht oder nur schwer nachweisbaren Kosten (z. B. Telefongespräche) genügt die Glaubhaftmachung durch Einzelaufstellung und schriftliche Erklärung.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

III. Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrats, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach I. Ziffer 1.

Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags gezahlt. In diesem Fall bemisst sich der Pauschbetrag gem. I. Ziffer 2. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

IV. Entschädigung der Versichertenälteste

Die Versichertenältesten erhalten den Ersatz der baren Auslagen wie in Nr. 1 Ziffer 1 geregelt.

Anlage zu § 9a der Satzung

Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§1 Anwendbare Vorschriften

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

§2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

- I. Die Betriebskrankenkasse Linde erstattet den nach § 1 Abs. II und III AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag
 1. 100 vom Hundert des nach § 1 Abs. II Nr. 1 AAG gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld sowie
 2. 100 vom Hundert des nach § 1 Abs. II Nr. 2 AAG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgeltes.

- II. Zusätzlich zur Erstattung nach Abs. I Nr. 2 werden dem Arbeitgeber die von diesem zu tragenden Beiträge nach § 1 Abs. II Nr. 3 AAG pauschaliert in Höhe von 20 vom Hundert des fortgezahlten Arbeitsentgeltes erstattet.

§3 Aufbringung der Mittel

- I. Die Mittel zur Durchführung des Umlageverfahrens U2 wird von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.

- II. Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

- III. Die Betriebskrankenkasse Linde verwaltet die Mittel für das Umlageverfahren als Sondervermögen. Es werden Betriebsmittel gebildet, welche zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. III AAG).

§4 Umlagesätze

Der U2 Umlagesatz beträgt 0,89 vom Hundert.

§5 Widersprachausschuss

§ 4 der Satzung der Betriebskrankenkasse Linde gilt mit Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder der Arbeitgebervertreter mitwirken.

§6 Organe

- I. Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der Betriebskrankenkasse Linde obliegt dem Vorstand. Der Vorstand vertritt die Ausgleichskasse gerichtlich und außergerichtlich oder bestimmt einen Mitarbeiter der dies übernimmt.
- II. In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendung nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.
- III. Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließt, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.
- IV. Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe des Umlagesatzes zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§7 Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes

Für die Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes gilt § 70 Abs. I SGB IV entsprechend (§ 9 Abs. I Nr. 3 AAG).

§8 Jahresrechnung

Für die Aufstellung, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses gilt § 77 Abs. I SGB IV i. V. m. § 9 Abs. I Nr. 4 und Abs. IV AAG entsprechend. Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließen die Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.

§9 Prüfung der Geschäfts-, Betriebs- und Rechnungsführung.

Die §§ 2 und 3 der Satzung geltend entsprechen.

Anlage zu § 14a der Satzung

Bezuschussungsfähige, privat finanzierte, individuelle Gesundheitsleistungen gem. § 14a Abs. II c) Nr. 1 und III c) Nr. 1 der Satzung der BKK Linde:

- Akupunktur in der Schwangerschaft
- Bach-Blütentherapie
- Bio-Feedback bei Migräne
- Dünnschichtzytologie zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs
- HBA1c Bestimmung zur Früherkennung eines Diabetes
- Hochtontherapie
- Kunsttherapie
- Lichttherapie
- Sportmedizinische Untersuchung
- Toxoplasmose bei Schwangeren
- Streptokokkentest bei Schwangeren
- Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft
- Ultraschalluntersuchung der Brust zur Krebsfrüherkennung
- Magnetfeldtherapie bei Kreuzschmerz
- Stoßwellentherapie bei Kalkschulter
- Stoßwellentherapie bei Fersenschmerzen
- Fissurenversiegelung
- Hautkrebsvorsorge
- Knochendichtemessung
- Glaukom-Früherkennung
- Mammografie
- Zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung
- Labordiagnostische Wunschleistungen
- Doppler-Sonografie