



# **Satzung der BKK**

## **Rieker · RICOSTA · Weisser**

**Stockacher Str. 4-6, 78532 Tuttlingen**  
**Johann-Georg-Weisser-Str. 1, 78112 St. Georgen**

# Übersicht zur Satzung

## Artikel I

### Inhalt der Satzung

§ 1	Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse .....	4
§ 2	Verwaltungsrat.....	5-7
§ 3	Vorstand .....	8-9
§ 4	Widerspruchsausschuss.....	10-11
§ 5	Kreis der versicherten Personen .....	12-13
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft .....	14
§ 7	Aufbringung der Mittel .....	15
§ 8	Bemessung der Beiträge .....	16
§ 8a	Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen ....	17
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitrag .....	18
§ 10	Fälligkeit der Beiträge .....	19
§ 10a	Erhebung von Mahngebühren .....	20
§ 11	Höhe der Rücklage .....	21
§ 12	Leistungen .....	22-34
§ 12a	Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.....	35-36
§ 12b	Schutzimpfungen.....	37
§ 12c	Leistungsausschluss .....	38
§ 13	Medizinische Vorsorgeleistungen .....	39
§ 14	Modellvorhaben .....	40
§ 15	Wahltarife .....	41
§ 15a	Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung	
	§ 53 Abs. 3 SGB V .....	42-44
§ 15b	Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen ambulanten Versorgung	
	§ 53 Abs. 3 SGB V .....	45-47
§ 15c	Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen	
	§ 53 Abs. 3 SGB V .....	48
§ 15d	Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgung	
	§ 53 Abs. 3 SGB V .....	49
§ 15e	Wahltarife Krankengeld .....	50
§ 16	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.....	51-52
§ 17	Kooperation mit der PKV .....	53
§ 18	Ausgleichsverfahren nach dem AAG.....	54
§ 19	Aufsicht.....	55
§ 20	Mitgliedschaft zum Landesverband .....	56
§ 21	Bekanntmachung.....	57
§ 22	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse .....	58

## **Artikel II**

Inkrafttreten

## **Anlagen**

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung für Verwaltungsratsmitglieder

(Anlage zu § 18 der Satzung: Ausgleichsverfahren nach dem AAG)

Anmerkung:

In dieser Satzung sind bei der Bezeichnung von Ämtern und Funktionen stets beide Geschlechter gemeint. Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die Nennung beider Formen verzichtet.

## Artikel I

### Inhalt der Satzung

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

- I. Die Betriebskrankenkasse führt den Namen BKK Rieker • RICOSTA • Weisser und die Kurzbezeichnung BKK RRW.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Tuttlingen und eine Geschäftsstelle in St. Georgen.

Durch Fusion der BKK Rieker und RICOSTA Tuttlingen und der BKK J. G. Weisser Söhne St. Georgen entstand zum 1. Januar 1998 die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser.

- II. Die Betriebskrankenkasse ist eine gesetzliche Krankenkasse und rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 Abs. 1 SGB V).

- III. Der Bezirk der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe

- |  |                |
|--|----------------|
| a) Rieker Schuh GmbH in:   | Tuttlingen     |
| b) RDG Rieker Dienstleistungsgesellschaft GmbH in:                 | Tuttlingen     |
| c) RICOSTA Schuhfabriken GmbH in:                                  | Donaueschingen |
| d) J.G. WEISSER SÖHNE GmbH & Co. KG<br>Werkzeugmaschinenfabrik in: | St. Georgen    |

## § 2 Verwaltungsrat

- I.
  1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat (§ 31 Abs. 3a SGB IV). Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
  2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt (§ 40 Abs. 1 SGB IV).
  3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter (§ 62 Abs. 1 SGB IV).
  
- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 6 Versichertenvertreter und die Arbeitgeber RICOSTA Schuhfabriken GmbH (ab 01.10.2011 Rieker Schuh GmbH) und J.G. WEISSER SÖHNE oder deren Vertreter an (§§ 43 Abs. 1 und 44 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Die Arbeitgeber bestimmen je einen Stellvertreter, der den Arbeitgeber oder den Arbeitgebervertreter im Fall der Verhinderung vertritt (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Die Arbeitgeber haben dieselbe Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Bei einer Abstimmung können sie jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen (§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 33 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1b SGB V),
2. den Haushaltsplan festzustellen (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),

4. den Vorstand zu wählen (§ 35a Abs. 5 Satz 1 SGB IV) und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln (§ 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn der Vorstand längere Zeit an der Ausübung seines Amtes gehindert ist oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist (§ 37 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 33 Abs. 3 SGB IV),
- 5a. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen (§ 35a Abs. 4 Satz 4 SGB IV),
6. den Vorstand zu überwachen (§ 197 Abs. 1 Nr. 1a SGB V),
7. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten (§§ 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, 33 Abs. 2 Satz 1 SGB IV),
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V bzw. § 150 Abs. 1 Satz 1 SGB V),
10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen (§§ 152 Abs. 1 Satz 1, 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
11. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
12. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.

- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung (§ 63 Abs.1 SGB IV).
- IV. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen (§ 197 Abs. 2 SGB V).
- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Beträgen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Versichertenvertreter und 1 Arbeitgebervertreter anwesend und stimmberechtigt sind (§ 64 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt (§ 64 Abs. 2 SGB IV).
- IX. Der Verwaltungsrat kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Abs. 3 SGB IV):
1. bei Änderungen der Satzung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
  2. bei Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrats, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,
  3. in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrats im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
  4. in eiligen Angelegenheiten, die in der Regel keiner Beratung bedürfen.

Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).

### § 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an (§ 35a Abs. 4 Satz 1 SGB IV).
  
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt (§ 35a Abs. 5 Satz 1 SGB IV).
  
- II. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV),
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB IV),
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten (§ 70 Abs. 1 SGB IV),
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
7. eine Kassenordnung aufzustellen,

8. die Beiträge einzuziehen,
  9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
  10. die Leistungen festzustellen und zu gewähren.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt (§ 147 Abs. 2 Satz 6, Abs. 3 Satz 3 SGB V).

## § 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen (§ 36a SGB IV). Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 78532 Tuttlingen, Stockacher Str. 4-6.
  
- II.
  1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 3 Vertretern der Versicherten, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen (§ 36a Abs. 2 Satz 2 SGB IV) und 2 Vertretern der Arbeitgeber.
  
  2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
  
  3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.

Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates gewählt.

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. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
  
5. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses wählen den Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses und dessen Stellvertreter; § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB IV gilt entsprechend. Der Vorsitz wechselt zwischen den Gruppen von Sitzung zu Sitzung.

Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
  8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

## § 5 Kreis der versicherten Personen

- I. Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören
  1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
  2. alle anderen Versicherungspflichtigen (§ 5 SGB V) oder Versicherungsberechtigten (§ 9 SGB V).
  
- II. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
  
- III. Die in Abs. I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den im Gesetz und in der Kassensatzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
  1. sie in dem in § 1 Abs. III der Satzung genannten Betrieb arbeiten (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),
  2. bei ihr vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V),
  3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V),
  4. sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen oder nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 oder § 9 SGB V versicherte Rentner oder nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 4 SGB V),
  5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr als Rentner versichert sind (§ 173 Abs. 5 SGB V),

6. sie bei der Betriebskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren (§ 174 Abs. 2 SGB V),
7. sie bei einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, wenn sich der Bezirk der Betriebskrankenkasse auf den Wohn- oder Beschäftigungsort erstreckt (§ 174 Abs. 3 SGB V).

#### IV. Familienversicherte

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

## § 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist sodann unter den Voraussetzungen von § 175 Abs. 4 Satz 2 bis 4 SGB V möglich.
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Abs. 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, besteht ein Sonderkündigungsrecht nach Maßgabe von § 175 Abs. 4 Satz 5 bis 7 SGB V.
- III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind (§ 175 Abs. 4 Satz 8 SGB V).

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

- V. Wenn ein Wahltarif nach § 15a (Selbstbehalt), § 15b (Prämienzahlung für Nichtinanspruchnahme von Leistungen) oder § 15g (Krankengeld) gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 15a Abs. VI, 15b Abs. V bzw. 15g Abs. XVI aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß Abs. I Satz 1 gekündigt werden. Abs. II gilt mit Ausnahme für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15g (Krankengeld) gewählt haben (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

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

## **§ 8 Bemessung der Beiträge**

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

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

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

## **§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag**

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt ab 01. Januar 2020 monatlich 0,9 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

## § 10 Fälligkeit der Beiträge

- I. Die Fälligkeit der Beiträge ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB IV, § 256 Abs. 1 Satz 2 SGB V).
  
- 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. Die Erstattung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen, Arbeitseinkommen oder aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 231 SGB V erfolgt nur auf Antrag. Der Erstattungsantrag kann jeweils nach Ablauf eines Kalendervierteljahres oder nach Beendigung der Vorrangversicherung gestellt werden (§ 231 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

## § 10a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen

### I. Pauschale Mahngebühr

Entsprechend der Vorschrift des § 1 LVwVGKO wird eine Mahngebühr erhoben. Diese beträgt ein halbes Prozent des Mahnbetrages, mindestens jedoch 4 Euro und höchstens 75 Euro. ▽

### II. Beitragsvorschüsse

Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge von Arbeitgebern erheben (§ 28e Abs. 5 SGB IV),

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

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 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (§ 261 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

## § 12 Leistungen

### I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten, einschließlich der palliativen Versorgung
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX
- zur Unterstützung bei Behandlungsfehlern.

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

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

1. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht.

2. Voraussetzung ist, dass
  - a. keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 oder höher im Sinne des SGB XI vorliegt und
  - b. keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.
3. Die Dauer ist auf 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.)

### III. Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt über die in § 38 Abs. 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe,
  - a. und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit, akuten Verschlimmerung einer Krankheit oder aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist,
  - b. im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
  - c. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 8 Wochen im Kalenderjahr für maximal bis zu 8 Stunden täglich gewährt.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Schwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

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

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

## V. Kostenerstattung (§ 13 SGB V)

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistungen in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen Leistungsbereich oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. für Verwaltungskosten, maximal 40,00 EUR, zu kürzen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu

erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 7,5 v.H., mindestens 2,50 EUR und maximal 50,00 EUR, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in 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.

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

1. Gemäß § 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V in Verbindung mit § 129 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen, als dasjenige, für das die Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

Der Versicherte tritt bei Abgabe des gewählten Arzneimittels in der Apotheke in Vorleistung. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwas höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.

2. Der Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Der Abzug der Abschläge erfolgt als Pauschale und ist ausgehend vom Apothekenverkaufspreis wie folgt gestaffelt:

Apothekenverkaufspreis	Mehrkostenanteil
bis 15 EUR	30 %
16 EUR – 30 EUR	40 %
31 EUR - 100 EUR	60 %
101 EUR - 300 EUR	70 %
301 EUR - 500 EUR	80 %
über 500 EUR	84 %

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

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

## **VII. Zusätzliche Satzungsleistungen**

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus folgenden Bereichen:

### **1. Künstliche Befruchtung**

Künstliche Befruchtung § 27a SGB V. Der des Zuschuss nach § 27a Abs. 3 Satz 3 wird auf 75 % erhöht.

### **2. Gesundheitskonto**

je Versicherten sollen nach § 11 Abs. 6 nachfolgende Leistungen in Höhe von bis zu 500 EUR aufgenommen und über das Gesundheitskonto finanziert werden:

#### a) Osteopathie

Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Die BKK übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 50 EUR pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

#### b) Kostenerstattung für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen

für die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden zusammen maximal 100 EUR pro Kalenderjahr für individuelle Vorsorgeuntersuchungen nach Vorlage der Rechnung erstattet:

- a) Hautkrebsvorsorge mit Auflichtmikroskopie
- b) PSA-Wert-Bestimmung
- c) Gesundheits-Check-Up zwischen 18. und 34. Lebensjahr
- d) Glaukom-Vorsorge-Messung des Augeninnendrucks
- e) Knochendichtemessung
- f) Mammografie bei unter 50-jährigen

c) Kostenerstattung für zusätzliche Leistungen im Bereich Zahnprophylaxe

für die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden nach Vorlage der Rechnung je Kalenderjahr erstattet:

- a) 50 EUR pro Jahr für professionelle Zahnreinigung
- b) 20 EUR pro Jahr für zusätzliche Zahnsteinentfernung
- c) 20 EUR Zuschuss je Zahn für höherwertiger Kunststofffüllungen
- d) 50 EUR pro Jahr für umfassende zahnärztliche Leistungen wie z.B. Fissuren-Versiegelung, Karies-Infiltration

d) Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

Die BKK erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern

- a. deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- b. die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
- c. das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

Die BKK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach a. bis c. in voller Höhe. Für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 EUR pro Kalenderjahr und Versicherten.

Zur Erstattung sind der BKK die spezifizierten Rechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7-9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keinen Kosten erstattet werden.

Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2-5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

e) Brillenzuschuss

Die BKK übernimmt bei Sehhilfen die Kosten für Brillengläser oder Kontaktlinsen bei einem sphärischen oder zylindrischen Korrekturbedarf von mindest 0,5 Dioptrien je Auge. Dem Versicherten werden die ihm privat in Rechnung gestellten Kosten für Brillengläser oder Kontaktlinsen mit Sehstärke erstattet. Der Anspruch auf Erstattung besteht jedes 2. Kalenderjahr oder bei einer Änderung des sphärischen oder zylindrischen Korrekturbedarfes je Auge von mindestens 1,0 Dioptrie. Die Sehstärkenänderung ist durch einen schriftlichen Nachweises des Augenarztes oder des Optikers zu belegen. Erstattungsfähig sind die Kosten, welche die gesetzlichen Ansprüche übersteigen. Für jedes Brillenglas bzw. je Kontaktlinse werden höchstens 25 EUR erstattet. Die Erstattung ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Rechnung und des Zahlungsnachweises sowie des Nachweises der Sehstärkenänderung zu beantragen.

### **3. Ärztliche Zweitmeinung**

Über den gesetzlichen Anspruch auf ärztl. Zweitmeinung nach § 27b SGB V hinaus können Versicherte, die eine ärztliche Therapieempfehlung oder Empfehlung zur Durchführung einer Operation erhalten haben, eine ärztliche Zweitmeinung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen, wenn sie einer Offenlegung der Daten zustimmen.

Indikationen, die in den GBA -Richtlinien nach § 27b Abs. 2 SGB V aufgeführt sind, sind von der Satzungsregelung ausgeschlossen.

Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung geschlossen hat, welche die ärztliche Zweitmeinung einschließt.

Die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V Vereinbarungen über die Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, welche in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten und welche über eine Qualifikation verfügen, wie sie für die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassenen Leistungserbringer gilt.

### **4. Erweiterte Schwangerenleistungen**

Die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser übernimmt die Kosten für folgende zusätzliche Maßnahmen, sofern diese keine Leistungen nach den Mutterschafts-Richtlinien sind:

- Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge,
- Die Teilnahme des Ehegatten bzw. Lebenspartners an einem Geburtsvorbereitungskurs, wenn beide bei der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser versichert sind,
- Säuglingspflegekurse für werdende Eltern durch eine/n gemäß § 134a Absatz 2 SGB V zugelassene/n Hebamme/Entbindungspfleger,
- Gesundheitskurse für Schwangere, Mutter und Baby bis zum vollendeten 6. Lebensmonat zur Förderung des gesundheitsbewussten Verhaltens und der Früherkennung
- Nackentransparenzmessung inklusive Laborleistungen,

- Toxoplasmosetest zur Feststellung des Immunschutzes in der Frühschwangerschaft, B-Streptokokkentest und den Test auf Zytomegalie (CMV),
- Frühgeburtenscreening als zusätzliche Vorsorgemaßnahme, um das Risiko einer Frühgeburt zu vermeiden,
- Folsäurepräparate,
- Akupunkturbehandlung zur Geburtsvorbereitung.

Die Erstattung der Kosten beträgt je Schwangerschaft höchstens 400 Euro. Zur Erstattung sind Rechnungen und gegebenenfalls die Teilnahmebescheinigungen vorzulegen. Die Untersuchungen und Behandlungen müssen von einem zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder einer zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Hebamme empfohlen und durchgeführt werden.

#### **4.1 Hebammenrufbereitschaft**

Die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser erstattet in den letzten Wochen der Schwangerschaft (in der Regel 37. bis 42. Schwangerschaftswoche) für versicherte Frauen die Kosten für eine Hebammenrufbereitschaft. Voraussetzung ist, dass die Leistung von einer freiberuflich tätigen Hebamme erbracht wird, die entsprechend nach § 134a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist. Der maximale Zuschuss beträgt 250,00 Euro je Schwangerschaft.

Die Hebammenrufbereitschaft beinhaltet täglich:

- 24 Stunden unmittelbare Erreichbarkeit,
- Sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe,
- Aufenthalt in räumlicher Nähe der Schwangeren,
- Bereitschaft, jede sonstige Aktivität, mit Ausnahme einer gerade stattfindenden anderen Geburt, sofort abzubrechen und zu der Schwangeren zu fahren,
- Begleitung bei einer Verlegung in ein Vertragskrankenhaus, sofern erforderlich.

Zur Erstattung sind Rechnungen vorzulegen.

#### **5. Flash Glukose Messsystem**

Die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser übernimmt auf Antrag die Kosten der Versorgung ihrer Versicherten mit einem Lesegerät für ein Flash Glukose Messsystem und den zugehörigen Sensoren für eine Messung der Glukosewerte im Unterhautgewebe mit dem Ziel einer besseren Kontrolle des Glukoseverlaufes zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder Hyperglykämie (Überzuckerung).

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

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

Der die Notwendigkeit der Versorgung bestätigende Arzt legt ein individuelles Therapieziel fest, dokumentiert den Behandlungsverlauf und stellt die Einweisung und Schulung des Versicherten in den Gebrauch des Messsystems vor dessen Anwendung sicher. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein.

Die Kosten für das Lesegerät und die Kosten für die Sensoren werden von der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser übernommen, abzüglich der Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 i.V.m. mit § 61 SGB V.

## **6. Persönliche elektronische Gesundheitsakte**

Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter der für die Versicherten tätig wird. Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser.

Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

## § 12a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils aktuellen Fassung – folgende Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung:

- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V (Lebenswelt/Setting-Ansatz)
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b und § 20c SGB V und
- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V (individueller Ansatz) mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

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

Suchtmittelkonsum:

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

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt. Die Wiederholung gleicher Maßnahmen im Folgejahr ist ausgeschlossen.

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung (einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten) ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 200 EUR je Kalenderjahr gewährt.

## § 12b Schutzimpfungen

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) nach den folgenden Regelungen in Höhe von 100 % für:

FSME  
Hepatitis A und B  
Influenza  
HPV bis 25 Jahre

Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, in Höhe des Betrages der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.

Für selbstbeschaffte ärztliche empfohlene Schutzimpfungen werden von der BKK die Kosten bis zur Höhe des Betrages erstattet, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre.

## § 12c Leistungsausschluss

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen (§ 52a SGB V).
  
- II. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

## **§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen**

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16 EUR.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 25 EUR.

## **§ 14 Modellvorhaben**

Nicht belegt

## **§ 15 Allgemeine Anforderungen der Wahltarife (§ 53 Abs. 8 SGB V)**

Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme für einen oder mehrere Tarife bis zu 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge, jedoch nicht mehr als 600 EUR betragen.

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

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

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit den in § 73b Abs.4 SGB V genannten Vertragspartnern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen der Betriebskrankenkasse ist nicht möglich.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalte und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte (§ 73b Abs. 6 SGB V).
- III. Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse, nur einen am Vertrag teilnehmenden Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Leistungen mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt (§ 73b Abs. 3 S. 2 SGB V). Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Verpflichtungen ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln (§ 73b Abs. 3 S. 6 SGB V).

Die weiteren Bedingungen für die Teilnahme der Versicherten an den verschiedenen Angeboten einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß Abs. I richten sich nach den Bestimmungen der Anlage Nr. 2 dieser Satzung.

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gemäß dem Vertrag BKK Mein Hausarzt kann der Versicherte frühestens nach Ablauf von 12 Monaten mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende kündigen.

Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate. Bei Änderungen der durch den Vertrag zusätzlich zur Regelversorgung gewährten Leistungen, besteht für den Versicherten ein außerordentliches

Recht zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von einem Monat nach Bekanntgabe der Änderungen gemäß Abs. II an den Versicherten.

Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

- IV. Verstößt der Versicherte gegen seine sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Pflichten, kann er insbesondere im Wiederholungsfall aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Im Zusammenhang mit dem Wahltarif gewährte Vergünstigungen können für die Vergangenheit zurückgefordert werden. Der Ausschluss kann befristet erfolgen. Sofern ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird, kann – mit Ausnahme von Vertretung oder Abwesenheit vom Praxisort – bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung ohne Überweisung können dem Versicherten ebenfalls auferlegt werden.
- V. Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht, die sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der Betriebskrankenkasse im Verzug befinden oder die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in welches das Ereignis fällt.
- VI. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über<sup>1</sup>
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
  - die Freiwilligkeit der Teilnahme,
  - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
  - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,
  - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
  - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie
  - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- VII. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse

se dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 73b Abs. 3 S. 3 - 5 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

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

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit den in § 73c SGB V genannten Vertragspartnern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalte und Ziele der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c Abs. 5 SGB V).
- III. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an der besonderen ärztlichen Versorgung, indem sie sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an die sich aus der Teilnahme ergebenden Verpflichtungen ein Jahr gebunden, er darf bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Abs. I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxis-schließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen.

Die weiteren Bedingungen für die Teilnahme der Versicherten an den verschiedenen Angeboten einer besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gemäß Abs. I richten sich nach den Bestimmungen der Anlage Nr. 4 dieser Satzung.

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

Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, soweit der Versicherte nicht 4 Wochen

vor Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt.

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

Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

- IV. Verstößt der Versicherte gegen seine sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Pflichten, kann er insbesondere im Wiederholungsfall aus der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden. Im Zusammenhang mit dem Wahltarif gewährte Vergünstigungen können für die Vergangenheit zurückgefordert werden. Der Ausschluss kann befristet erfolgen. Sofern ein anderer als der gewählte Leistungserbringer aufgesucht wird, kann – mit Ausnahme von Vertretung oder Abwesenheit vom Praxisort – bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung ohne Überweisung können dem Versicherten ebenfalls auferlegt werden.
- V. Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht, die sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der Betriebskrankenkasse im Verzug befinden oder die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in welches das Ereignis fällt.
- VI. 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 sowie
  - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

- VII. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 73c Abs. 2 S. 2 - 4 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

## **§ 15c Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 53 Abs. 3 SGB V)**

Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

- a. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
- b. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
- c. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
- d. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
- e. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
- f. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

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

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung besondere Versorgungsungen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
4. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die besondere Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. 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 sowie
  - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- III. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 140a Abs. 4 S. 2 - 4 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

## **§ 15e Wahltarife Krankengeld § 53 Abs. 6 SGB V**

Die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser 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.

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

Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage 3, die Bestandteil dieser Satzung ist.

## § 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

### I. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (§ 65a Abs. 1 SGB V):

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die unter 1 bis 10 genannten Voraussetzungen nachweisen. Für jede erfüllte Voraussetzung beträgt der Bonus 10 EUR jährlich. Bei Punkt 3 bis 5 wird der Bonus auf jeweils maximal 20 EUR erhöht, wenn die unter 3 bis 5 genannten Voraussetzungen vollständig erfüllt sind.

Der Bonus wird kalenderjährlich gewährt und direkt an den Versicherten ausbezahlt. Der Bonus ist spätestens bis zum 31. März des Folgejahres zu beantragen. Die in Anspruch genommenen Leistungen sind durch den Versicherten mittels eines Bonusheftes nachzuweisen. Der Nachweis muss ärztlich, bei Inanspruchnahme einer qualitätsgesicherten Präventionsleistung vom Veranstalter bestätigt werden. Die Erfüllung der Voraussetzungen der Ziffern 8 bis 10 ist vom Versicherten schriftlich zu bestätigen.

1. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 18. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
2. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
5. Mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres in Anspruch und erhalten 10 EUR. Bei mehr als 1 Untersuchung im Kalenderjahr erhöht sich der Bonus auf maximal 20 EUR.
6. Der Versicherte erhält für jede qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V 10 EUR. Bei mehr als einer Maßnahme im Kalenderjahr erhöht sich der Bonus auf maximal 20 EUR.
7. Der Versicherte hat die von der Betriebskrankenkasse nach § 23 Abs. 9 SGB V gewährten Schutzimpfungen in Anspruch genommen und erhält hierfür einen Bonus von 10 EUR. Bei mehr als einer Impfung im Kalenderjahr erhöht sich der Bonus auf maximal 20 EUR.

8. Der Versicherte hat regelmäßig die Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppen- und Individualprophylaxe) in Anspruch genommen.
9. Der Versicherte ist seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher.
10. Der Versicherte nimmt an einem strukturierten Behandlungsprogramm teil.
11. Der Versicherte weist die Absolvierung des Deutschen Sportabzeichens im abgelaufenen Jahr nach.
12. Der Versicherte hat einen Body-Maß-Index (BMI) zwischen 18 - 25.

Die Teilnahme am Bonus-Programm ist freiwillig und kommt durch Einschreibung zustande.

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

1. Die Betriebskrankenkasse kann durch Vertrag mit den Arbeitgebern Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) aktiv fördern. Dabei sind Bonusgewährungen für den Arbeitgeber sowie für die teilnehmenden Mitglieder möglich, wenn der Betriebskrankenkasse die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anhand geeigneter Unterlagen nachgewiesen wird. Nicht förderungsfähig sind Maßnahmen, die Gegenstand der Verpflichtung aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind. Die maximale Höhe des Bonus für den Arbeitgeber darf dessen Aufwendungen für die BGF nicht überschreiten.
2. Die Betriebskrankenkasse kann dazu mit den von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der den Inhalt und die Höhe des Bonussystems im Einzelnen regelt.

## **§ 17 Kooperation mit der PKV**

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

## **§ 18 Übertragung des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG**

- I. Die Durchführung des U1-Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).
- II. Die Durchführung des U2-Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wird ab 01.01.2007 der BKK BMW, Dingolfing, übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).
- III. Der Einzug der Umlagen U1 und U2 erfolgt durch die Betriebskrankenkasse Rieker • RICOSTA • Weisser. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen U1 werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagebeträge U2 werden an die BKK BMW, Dingolfing, weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).
- IV. Bezüglich des U1-Verfahrens im Sinne des AAG wird dem BKK Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.
- V. Bezüglich des U2-Verfahrens im Sinne des AAG wird der BKK BMW, Dingolfing, die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird die BKK BMW ermächtigt, die für die Durchführung des U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

## **§ 19 Aufsicht**

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führen das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg und das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau Baden-Württemberg.

## **§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband**

Die Betriebskrankenkasse gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Süd als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

## **§ 21 Bekanntmachungen**

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und in den in § 1 Abs. III genannten Betrieben sowie im Internet unter [www.bkk-rrw.de](http://www.bkk-rrw.de).

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

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

## **§ 22 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse**

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise (§ 305b SGB V).

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse erfolgt darüber hinaus durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse außerdem durch Bekanntgabe in der Mitgliederzeitschrift.

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

## Artikel II

### Inkrafttreten

- i. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 10. Dezember 2019 beschlossen.
- ii. Die Satzung tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 13. Juli 2018 und die dazu ergangenen Nachträge außer Kraft.

Tuttlingen, den 07. Januar 2020



Der Vorsitzende  
des Verwaltungsrates

---

Robert Rettich