SATZUNG DER BETRIEBSKRANKENKASSE TECHNOFORM

In der Fassung des
35. Nachtrags –
in Kraft ab
23.12.2025.

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse 3
§ 2 Verwaltungsrat 6
§ 3 Vorstand 10
§ 4 Widerspruchsausschuss 11
§ 5 Kreis der versicherten Personen 13
§ 6 Beendigung der Mitgliedschaft 15
§ 7 Aufbringung der Mittel 16
§ 7a Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5,8 II AAG 17
§ 8 Bemessung der Beiträge 18
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag 19
§ 10 Fälligkeit der Beiträge 20
§ 11 Höhe der Rücklage 21
§ 12 Leistungen 22
§ 12a Primärprävention 26
§ 12b Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Absatz 2 SGB V 28
§ 12c Leistungsausschluss 29
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen 30
§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung 31
§ 13b Wahltarif besondere Versorgung 32
§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme 33
§ 13d Wahltarife Krankengeld 34
§ 13e Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz 40
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten 41
§ 14a nicht besetzt 42
§ 14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung 43
§ 14c Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung 45
§ 15 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V 46
§ 15a - nicht besetzt - 47
§ 15b Osteopathie 48
§ 15c Zahnreinigung 49
§ 15d Krankenhausbehandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer 50

§15e Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge 51
§ 16 Kooperation mit der PKV 54
§ 17 Aufsicht 54
§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband 54
§ 19 Bekanntmachungen 54

Artikel II

Inkrafttreten

Anlagen

Anlage 1	Entschädigungsregelung (§ 2 der Satzung)
Anlage 2	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 14 der Satzung)
Anlage 3	Leistungskatalog zum zweckgebundenen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 14 Abs. 2 der Satzung)

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

Betriebskrankenkasse
Technoform.

Die Kasse trägt den Kurznamen BKK Technoform.

Sie ist errichtet worden am 01. Januar 1998.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Göttingen.

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe

der Sartorius AG in
37079 Göttingen, Otto-Brenner-Str. 20

Sartorius Weighing Technology GmbH
37079 Göttingen, Otto-Brenner-Straße 20

Sartorius Weighing Technology
37079 Göttingen, August-Spindler-Str. 9

John Crane Bearing Technology GmbH,
Robert-Bosch-Breite 10, 37079 Göttingen

Sartorius Stedim Biotech GmbH,
37079 Göttingen, August-Spindler-Str. 11

Sartorius Corporate Administration GmbH
37079 Göttingen, Otto-Brenner-Straße 20

Porzellanmanufaktur Fürstenberg,
37699 Fürstenberg/Weser, Meinbrexener Str. 2,

Fagus-Werk Karl Benscheidt,
31061 Alfeld, Hannoversche Str. 58,
Fagus-Verkaufsniederlassung Pirmasens
Simterstr. 4, 66953 Pirmasens,

GreCon Dimter GmbH & Co. KG,
31061 Alfeld, Hannoversche Str. 58,

Fagus-GreCon Greten GmbH & Co. KG
31061 Alfeld, Hannoversche Str. 58

C. Behrens Produktions- und Vertriebs GmbH & Co. KG
31061 Alfeld, Hackelmasch 1,

C. Behrens Stanztechnik Ltd.
31061 Alfeld, Hackelmasch 1,

Sappi Alfeld GmbH
31061 Alfeld, Mühlenmasch 1,

Sappi Deutschland GmbH
30175 Hannover, Berliner Allee 14,

Sappi Ehingen GmbH
89584 Ehingen (Donau), Biberacher Str. 73,

Smurfit Kappa Herzberger Papierfabrik GmbH
37412 Herzberg, Andreasberger Str. 1,

Smurfit Kappa Herzberger Wellpappe GmbH
37412 Herzberg, Andreasberger Str. 6,

KWS SAAT AG
37574 Einbeck, Grimsehlstr. 31

KWS MAIS GmbH
37574 Einbeck, Grimsehlstr. 31

und deren Außenstellen in Seligenstadt (Bayern)
und Gondelsheim (Baden-Württemberg),

auf die unselbständigen Betriebsteile in Wetze und
Höckelheim,

AGRAR CONSULTING GmbH und auf die PLANTA
ANGEWANDTE PFLANZENTECHNIK UND
BIOTECHNOLOGIE GmbH, beide in Einbeck,

MOD MANAGEMENT, ORGANISATION UND DATENVERARBEITUNG CONSULTING GmbH, Einbeck.

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die nachfolgend aufgeführten Gebiete der Länder

- Niedersachsen
- Baden-Württemberg
- Bayern
- Rheinland-Pfalz

§ 2 Verwaltungsrat

(1) 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungs-recht 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 am 01. Januar des Kalenderjahres.

(2) Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 7 Versichertenvertreter und 7 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

(3) 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 die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,

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

9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.

10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der /des Prüfer/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

(4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(6) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

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

(8) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens 8 Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend und stimmberechtigt sind. Bei einer hybriden oder digitalen Sitzung per Bild- und Tonübertragung teilnehmende Mitglieder gelten als anwesend und stimmberechtigt

(9) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(10) Der Verwaltungsrat kann in eiligen Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

(11) Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie.

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

unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

§ 3 Vorstand

(1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an.

(2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

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

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und der 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.

(4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

(1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Göttingen.

(2) 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.

2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat zwei 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 im Verwaltungsrat 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 Absatz 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgebervertreter bzw. seinem Stellvertreter und dem Versichertenvertreter bzw. dessen Stellvertreter 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 sind.

8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

(4) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absatz 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

(1) 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 Versicherungsberechtigen.

(2) Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur Betriebskrankenkasse können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt.
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind,

5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,

6. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

§ 6 Beendigung der Mitgliedschaft

(1) Die Beendigung einer Mitgliedschaft richtet sich nach den im Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V) geregelten Voraussetzungen.

(2) Abweichend von Absatz 1 endet die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter durch Kündigung mit Erfüllung der Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 7a Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5,8 II AAG

(1) Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 II Nr. 5,8 II AAG).

(3) Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK Technoform, die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 II AAG).

(3) Bezüglich des U1 - und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 V AAG). Insbesondere wird der BKK-Landesverband Ost ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 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 Zusatzbeitrag

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gem. § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 3,49 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats

(2) Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.

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

§ 11 Höhe der Rücklage

I Die Rücklage beträgt 20 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

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
- zur Behandlung einer Krankheit
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

II Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf 4 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

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

III Haushaltshilfe

(1) Die BKK Technoform gewährt auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten, nicht chronischen Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn und soweit Ansprüche im Sinne des SGB XI bestehen. Voraussetzung ist, dass bei Beginn der Haushaltshilfe ein Kind im Haushalt lebt, dass das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

(2) Die Haushaltshilfe wird für maximal 8 Stunden pro Leistungstag gewährt. Die Höchstanspruchsdauer liegt bei 20 Leistungstagen pro Kalenderjahr.

(3) Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

(4) Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 SGB V.

IV Kostenerstattung

a) Behandlung im Inland

1. Versicherte können anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).

   Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung durch die BKK Technoform in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizini-

sche oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung sichergestellt ist.

Die BKK Technoform ist vor Inanspruchnahme der Leistung über die Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis zu setzen. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit Eingang der Beendigungsmitteilung bei der BKK Technoform.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und ärztlichen Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK Technoform bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die BKK Technoform kann die Ermittlung des Erstattungsbetrages vereinfachen. Der Versicherte entscheidet im Einzelfall darüber, ob die Erstattung als Einzelfallabrechnung oder pauschaliert vorgenommen werden soll. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Vom Erstattungsbetrag werden 5 v.H., maximal 25,00 EUR, als Abschlag für Verwaltungskosten abgezogen.

b) Behandlung im Ausland

Im Fall der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 und 5 SGB V gilt Absatz 4 Buchst. a) Nr. 2 Satz 1, 2, 5 und 6 entsprechend mit der Maßgabe, dass ein Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v.H. erhoben wird, wobei der Abschlag höchstens 50,00 EUR beträgt. § 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V bleibt unberührt.

V Kostenerstattung Wahlarzneimittel

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V 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:

   - Abzug für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels in Höhe von 10,0 %
   - Abzug eines pauschalierten Rabattsatzes in Höhe von 27,5 %

2. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nach-zuweisen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

§ 12a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- 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.

(1) Die Förderung durch die BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

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

(3) 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 90 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 200,00 EUR je Kalenderjahr gewährt.

(4) Bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhöht sich dieser Zuschuss auf 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 200,00 EUR je Kalenderjahr.

(5) Die Primärprävention wird neben den Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention auch geleistet als Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und auch als Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben.

§ 12b Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Absatz 2 SGB V

(1) Die BKK Technoform übernimmt als Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) nach den folgenden Regelungen.

(2) Die BKK Technoform übernimmt die Kosten von Schutzimpfungen, wenn diese Schutzimpfungen ärztlich empfohlen sind.

(3) Die BKK Technoform übernimmt die Kosten für eine medikamentöse Prophylaxe und für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos bei Aufenthalt in einem Risikogebiet im Ausland indiziert sind.

(4) Die BKK Technoform gewährt die Leistungen nach den Absätzen 1 bis 3 grundsätzlich als Sachleistungen. Kann die Erbringung als Sachleistung nicht erfolgen, sind nur tatsächlich entstandene Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 500 Euro für alle Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 3 je Kalenderjahr und Versicherten erstattungsfähig. Den Versicherten entsteht für die Arzneimittel eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 31 Abs. 3 SGB V.

§ 12c Leistungsausschluss

(1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 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.

§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die BKK Technoform 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 Leistungs-erbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

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

(3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

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

§ 13b Wahltarif besondere Versorgung

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

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

(3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

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

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. 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. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600,00 €, nicht überschreiten.

§ 13d Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

(1) Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an.

Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Antrag auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist.

Anspruch

(2) Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung oder Vorsorgeeinrichtung gem. § 40 Abs. 2 SGB V steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Kranken-geld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V, z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien, und den hierzu ergangenen höchst-richterlichen Rechtsprechungen. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

(3) Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 7. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld.

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem *92.* Tag der Arbeitsunfähigkeit,

2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit

(Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die

- bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben,
- den Tarif im Rahmen des § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V wählen,

besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif mit Wirkung vom 01. August 2009 bzw. zu dem in § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V genannten Termin gewählt wird.

Für bis zum 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach dem bis zum 31. Juli 2009 gewählten Krankengeld-Wahltarif kein Anspruch mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

(4) Für den Anspruch auf Krankengeld ist 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. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

(5) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatz-

leistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

(6) Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen, dies gilt auch wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XV oder XVI,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

Höhe

(7) Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 53 Abs. 6 SGB V ge-nannten Versicherten 65,00 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit.

(8) Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form z.B. Einkommenssteuerbescheid nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/ Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht.

Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitskommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitskommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den

Regelungen und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

(9) Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. § 45 Abs. 8 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

Dauer

(10) Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 365 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Sofern im letzten Drei-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neues Drei-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

Ruhen

(11) Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend, dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufs-ständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für

zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungs-ansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

(12) Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

(13) Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 01. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt – vorbehaltlich § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V – mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Mit Ablauf der Mindestbindungsfrist endet der Tarif automatisch; das Mitglied kann bei Erfüllung der Voraussetzungen innerhalb von 1 Monat nach Ende des Tarifs einen sich hieran nahtlos anschließenden Tarif bei der Betriebskrankenkasse neu wählen.

Kündigung

(14) Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 2 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XV frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

(15) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, 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. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Prämien

(16) Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen/Tarifgruppen

Tarif	EUR
KT allgemein	397,80
KT Künstler	293,80

(17) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Absatz XVIII. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen.

Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien, Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.

(18) Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens bei monatlicher Zahlung am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs,

(19) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.

(20) Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 13e Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

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

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

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

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Versicherte der BKK Technoform haben Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten auf der Grundlage von § 65a Abs. 1 und 1a SGB V. Die Versicherten erhalten einen Geldbonus oder einen zweckgebundenen Bonus, wenn sie

- Leistungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a und 26 SGB V), Zahnvorsorge (§§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V), Mutterschaftsvorsorge (§ 24d SGB V),

- Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i SGB V, § 12b der Satzung der BKK Technoform) oder

- regelmäßige Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V, § 12a der Satzung der BKK Technoform) oder vergleichbare qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

in Anspruch nehmen. Das Nähere regeln die Anlagen 2 und 3.

§ 14a nicht besetzt

§ 14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus im Sinne des § 65a Abs. 2 SGB V, wenn er die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverband herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanage-ments (§ 84 SGB IX) sind.

(2) Die BKK Technoform kann hierzu mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen. Der Bonusvertrag regelt die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus. Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen.

(3) Ein Bonus wird nach den näheren Bestimmungen im Bonusvertrag ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber die Punkte 1 bis 3 sowie mindestens drei weitere Punkte nachweist bzw. durchführt:

1. Das Unternehmen stellt eigens finanzielle und/oder personelle Ressourcen für die BGF-Maßnahmen zur Verfügung.

2. Es existiert eine Betriebsvereinbarung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung.

3. Das Unternehmen erstellt mindestens alle zwei Jahre einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung der BKK.

4. Betriebliche Gesundheitsförderung ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes, der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen des Unternehmens.

5. Das Unternehmen hat sich öffentlich zu den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung bekannt.

6. Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden (mindestens zwei der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):

   a) Gesundheitszirkel

   b) Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess

   c) Mitarbeitergespräche/Führungs- oder Zielvereinbarungsgespräche

   d) betriebliches Vorschlagswesen

7. Das Unternehmen bietet Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung an, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen. Darunter fallen insbesondere:

   a) Wirksame Nichtraucherschutzregelung

   b) Angebot kostenloser Gesundheitssportangebote im Rahmen des Betriebssports

   c) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung

   d) Angebot zur betrieblichen Suchtvorbeugung

§ 14c Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus im Sinne des § 65a Abs. 2 SGB V, wenn Sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 2 Satz 2 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers

1. zur Bewegungsförderung der Beschäftigten
2. zur gesundheitsgerechten Ernährung der Beschäftigten im Arbeitsalltag
3. zur verhaltensbezogenen Suchtprävention im Betrieb oder
4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

regelmäßig teilnehmen. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14b Absatz 2 ab.

(2) Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 100,00 € ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr (Bonusjahr) die Voraussetzungen durch Vorlage einer Bescheinigung über eine Teilnahme von mindestens 80% an einer Maßnahme nach Absatz 1 nachgewiesen wurde.

(3) Der Auszahlungszeitraum beschränkt sich für das Bonusjahr auf die Zeit vom 01.12. des Bonusjahres bis zum 31.03. des Folgejahres. Zum Zeitpunkt des Eingangs der antragsbegründenden Unterlagen muss eine ungekündigte Mitgliedschaft vorliegen.

§ 15 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V

Die BKK Technoform gewährt Ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

§ 15a - nicht besetzt -

§ 15b Osteopathie

(1) Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung 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.

(2) Die BKK Technoform übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 60 Euro pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Erstattung erfolgt auf Grundlage der nachgewiesenen Kosten sowie der ärztlichen Verordnung.

§ 15c Zahnreinigung

(1) Zur Verhütung von Zahnerkrankungen gewährt die BKK Technoform Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, einmal im Kalenderjahr einen Zuschuss zu den von ihnen bei einem zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnarzt in Anspruch genommenen Leistungen der professionellen Zahnreinigung.

(2) Der Zuschuss nach Abs. 1 wird einmal je Kalenderjahr und Versicherten gewährt und ist auf einen Betrag von bis zu 60 Euro begrenzt.

(3) Die Erstattung erfolgt auf Grundlage der nachgewiesenen Kosten sowie der ärztlichen Verordnung.

§ 15d Krankenhausbehandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

(1) Die BKK Technoform übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleich-baren Vertragssätze, sofern die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Die Kostenüber-nahme setzt voraus, dass

1. die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung in entsprechender Anwendung des § 39 SGB V von einem Arzt bescheinigt wird,
2. eine zumindest gleichwertige Versorgung durch den Leistungserbringer wie in einem zugelassenen Krankenhaus gewährleistet ist,
3. ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers der BKK Technoform vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird und
4. die BKK Technoform der Behandlung vor Behandlungsbeginn zuge-stimmt hat.

(2) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

(3) § 39 Abs. 4 in Verb. mit § 61 Satz 2 SGB V gilt (Zuzahlungsregelung).

(4) Mit der Zustimmung nach Abs. 1 Nr. 4 erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über den Umfang und die Dauer der Kostenüber-nahme sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§15e Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge

(1) Über die gesetzlich geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die BKK Technoform ihren Versicherten die Kosten für folgende durchgeführte Leistungen in Höhe von maximal 250 Euro je Kalenderjahr:

a) Teilnahme des werdenden Vaters am Geburtsvorbereitungskurs, der gemeinsam mit der werdenden Mutter bei gem. § 134a Abs. 2 zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Hebammen durchgeführt wird, sofern der werdende Vater ebenfalls, bei der BKK Technoform versichert ist,

b) Rufbereitschaft für eine freiberufliche Hebamme, sofern sie nach § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe beinhalten,

c) Ärztliche Leistungen bei im Einzelfall vorliegenden Risikofaktoren, die mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken:

- Ultraschalluntersuchungen (auch 3D/4D-Ultraschall, Fein-Ultraschall oder Organ-Ultraschall in der 20. – 22. Schwangerschaftswoche) für Frauen mit ärztlich diagnostiziertem erhöhtem medizinischem Risiko hinsichtlich der körperlichen Fehlbildungen ihres ungeborenen Kindes.
- Ersttrimester Screening (Nackenfaltenmessung und Blutuntersuchung) für Risikoschwangere.
- B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. - 37. Schwangerschafts¬woche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.

- Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen.
- Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.

d) nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jod, Eisen, Folsäure und/oder Magnesium als Monopräparate oder Kombinationspräparate und für Mütter von der Geburt bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres ihres Kindes alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Jod als Monopräparat, sofern

   a) die Verordnung des Arzneimittels auf Privatrezept erfolgte und

   b) das Arzneimittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

Von der Versorgung nach Absatz 1 sind Arzneimittel nicht umfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7 – 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit Jodid, Eisen, Magnesium oder Folsäure ist ausgeschlossen.

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

Voraussetzung ist, dass die Leistungen nach § 23 SGB V durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden.

(2) Zur Erstattung sind die Originalrechnungen vorzulegen.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

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

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

(1) Die Bekanntmachungen der BKK Technoform erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkk-technoform.de, nachrichtlich durch 1-wöchentlichen Aushang in der Geschäftsstelle oder durch Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift.

(2) Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

(3) Die BKK Technoform veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur

Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheits-förderung sowie Verwaltungsausgaben werden ausgewiesen.

Artikel II
Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 12.06.2007 beschlossen.

2. Die Satzung tritt am 01.04.2007 in Kraft.

   Gleichzeitig treten die Satzung vom 05.12.2001 und die dazu ergangenen Nachträge 1-11 außer Kraft.

Göttingen, den 12.06.2007

Siegel

Der Vorsitzende

des Verwaltungsrates

Anlage 1 Entschädigungsregelung (§ 2 der Satzung)

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 den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. 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 den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Darüberhinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

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:

- 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,
- bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristenklasse),
- bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.
- die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

   Den Mitgliedern des Verwaltungsrats werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

   Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstausfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

   Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 90,00 Euro.

4. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tage.

   Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage 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.

5. Pauschbeträge für Ausschussvorsitzende und ihre Stellvertreter

   Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.

II Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

   Der Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 180,00 Euro.

   Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 135,00 Euro.

   Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

2. Auslagenersatz

   Die dem Vorsitzenden und stellvertretenden 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 und 2.

Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags gezahlt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Anlage 2 zu § 14

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten gemäß § 65a Absatz 1 und Absatz 1a SGB V

(1) **Teilnahmebedingungen**

Mit ihrem Bonusprogramm leistet die BKK Technoform einen aktiven Beitrag zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten sowie zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

1. Teilnahmeberechtigung, Dauer der Teilnahme, Verfall des Bonusanspruchs

Teilnahmeberechtigt sind alle bei dieser Betriebskrankenkasse Versicherten. Dies gilt nicht, wenn und solange ihr Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist. Personen, für die von der Betriebskrankenkasse auftragsweise Leistungen erbracht werden (§ 264 SGB V), können nicht am Bonusprogramm teilnehmen.

Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig und erfordert eine Teilnahmeerklärung des Versicherten oder dessen gesetzlichem Vertreter. Die Teilnahmeerklärung ist Bestandteil des Bonusheftes.

Das Bonusjahr ist jeweils auf ein Kalenderjahr begrenzt. Abweichend von Beginn und Ende des Kalenderjahres beginnt die Teilnahme frühestens mit Beginn der Versicherung bei der BKK Technoform. Die Teilnahme kann jederzeit vom Versicherten beendet werden. Die Teilnahme am Bonusprogramm endet überdies automatisch und zeitgleich mit dem Ende der Versicherung bei der BKK Technoform.

Zur Wahrung des Bonusanspruchs muss der Versicherte

a) die Bonusmaßnahmen im Bonusheft gegenüber der BKK Technoform nachweisen; der Nachweis erfolgt durch entsprechende Bestätigung des Arztes bzw. Zahnarztes oder einen anderen zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer,

b) das ausgefüllte Bonusheft spätestens bis zum 31. März des Folgejahres bzw. spätestens drei Monate nach Ende der Teilnahme bei der BKK Technoform eingereicht haben und

c) bei der Wahl des zweckgebundenen Bonus die entsprechenden Belege beifügen.

Mit Bonusmaßnahmen, die außerhalb des jeweiligen Bonusjahres in Anspruch genommen wurden, kann kein Bonusanspruch erworben werden. Dies gilt auch für

Bonusmaßnahmen, die außerhalb von Versicherungszeiten bei der BKK Technoform durchgeführt worden sind.

Eine Übertragung der durchgeführten Maßnahmen auf das Vorjahr oder das Folgejahr oder auf einen anderen Bonusteilnehmer ist nicht möglich.
Jeder Versicherte führt ein eigenes Bonusheft. Falls das Bonusheft verloren geht, erhält der Teilnehmer ein neues Heft. Die bis zum Verlust in das Heft eingetragenen Bonusmaßnahmen können nur angerechnet werden, wenn sie im neuen Bonusheft wieder bestätigt werden.

Beitragsrückstände und andere Forderungen des Versicherten des Versicherten gegenüber der BKK Technoform können mit dem auszuzahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden.

2. Voraussetzungen für den Erhalt des Gesundheitsbonus

Die Teilnehmenden erhalten einen Gesundheitsbonus

a) als Vorsorgebonus, wenn sie im Teilnahmezeitraum

Leistungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a und 26 SGB V), Zahnvorsorge (§§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),

- Mutterschaftsvorsorge (§ 24d SGB V, Mutterschafts-Richtlinien) oder

- Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i SGB V) in Anspruch genommen haben;

b) als Aktivbonus, wenn sie im Teilnahmezeitraum regelmäßig

- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V, Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes) oder

- vergleichbare qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

in Anspruch genommen haben.

Die Teilnehmenden erhalten Geldboni für Gesundheitsmaßnahmen entsprechend Absatz 2.

Alternativ zur direkten Auszahlung, können die Teilnehmenden ihren Gesundheitsbonus mit dem doppelten Wert als zweckgebundenen Bonus wählen. Dieser wird den Teilnehmenden als Zuschuss zu den Kosten für selbst in Anspruch genommene Leistungen nach Anlage 3 der Satzung gezahlt. Der Anspruch entsteht

erst nach Vorlage entsprechender Belege. Bei Kosten unterhalb der jeweiligen Höhe des zweckgebundenen Bonus werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet.

3. Nachweis und Abrechnung des Gesundheitsbonus

Die Gesundheitsmaßnahmen sind von den Teilnehmenden in der von der Betriebskrankenkasse jeweils vorgegebenen Art und Weise zu belegen. Sofern den Teilnehmenden hierfür Kosten entstehen, werden diese von der Betriebskrankenkasse nicht übernommen. Die Abrechnung des Gesundheitsbonus erfolgt für die Gesundheitsmaßnahmen des jeweiligen Kalenderjahres. Der Anspruch auf den Gesundheitsbonus richtet sich nach den zu Beginn des jeweiligen Teilnahmejahres geltenden Bedingungen.

Die Prüfung der eingereichten Gesundheitsmaßnahmen erfolgt anhand der jeweils geltenden Qualitätskriterien.

Haben Teilnehmende den Gesundheitsbonus in voller oder anteiliger Höhe aufgrund unrichtiger Angaben, Erklärungen, Bescheinigungen oder Unterlagen erhalten, ist der entsprechende Betrag an die Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.

(2) Katalog der Gesundheitsmaßnahmen

Folgende Maßnahmen werden bonifiziert. Der Gesundheitsbonus beträgt maximal 150 Euro je Kalenderjahr.

1. Vorsorgebonus

Maßnahme	Geldbonus
a) Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung	10,00 Euro je Maßnahme
b) Gesundheits-Check-up	10,00 Euro je Maßnahme
c) Kinder- und Jugenduntersuchungen U1 bis U11, J1 und J2 Anrechenbar sind auch die zusätzlichen Gesundheitsuntersuchungen im Rahmen „BKK StarkeKids“: BKK Grundschulchecks sowie der BKK Jugendcheck.	10,00 Euro je Maßnahme
d) Vollständig durchgeführte Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder nach § 12b der Satzung	5,00 € für jede vollständige Impfung
e) Zahnvorsorge.	10,00 € je Maßnahme
f) Vollständige Vorsorge nach den Mutterschafts-Richtlinien	10,00 €

2. Aktivbonus

Maßnahme	Geldbonus
a) Gesundheitsangebote (auch online) zur verhaltensbezogenen Prävention in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung oder Gewichtsreduktion, Stressbewältigung oder Entspannung und Suchtmittelkonsum.	10,00 Euro
Vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote (auch online) zur Gesundheitsförderung	
b) Fitness-Studio, -angebote, Sportverein, Betriebs-/Hochschulsport	10,00 Euro
c) Sportveranstaltungen und vergleichbare Aktivitäten unter qualifizierter Anleitung	10,00 Euro
d) Eltern-Kind-Turnen (Altersgruppe bis 6 Jahre)	10,00 Euro
e) Baby-Schwimmkurs (Altersgruppe bis 2 Jahre)	10,00 Euro
f) Sportabzeichen (z. B. DOSB, DLRG) und vergleichbare Auszeichnungen mit regelmäßiger qualitätsgesicherter Vorbereitung	10,00 Euro
g) Body-Mass-Index innerhalb der von der WHO empfohlenen Grenzen	5,00 Euro, nur in Verbindung mit einer Maßnahme nach 2a) bis 2f)
h) Nichtraucher:in sein mindestens 1 Jahr	5,00 Euro, nur in Verbindung mit einer Maßnahme nach 2a) bis 2f)

Anlage 3 zu § 14 Abs. 2

Leistungskatalog zu § 14 – Zweckgebundener Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Für die Kosten der nachfolgend aufgeführten Leistungen erhalten Versicherte, die am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 14 Abs. 2 teilnehmen, auf Wunsch einen zweckgebundenen Bonus anstelle eines Geldbonus. Der Nachweis über die Inanspruchnahme dieser Leistung erfolgt über die Vorlage einer Originalrechnung.

Ausgenommen sind gesetzliche Zuzahlungen und Leistungen, die bei Teilnehmern des Bonusprogramms als Gesundheitsmaßnahmen nach den Anlagen 2 und 3 für einen Gesundheitsbonus berücksichtigt wurden.

Ist die BKK Technoform bereits aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig oder der anderweitige Leistungsanspruch ist noch nicht ausgeschöpft, wird für diese Leistung kein Bonus gezahlt.

- Akupunktur, soweit sie nicht schon Regelleistung ist
- Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke, soweit sie nicht schon Regelleistung sind
- Erweiterte zahnmedizinische Leistungen (z.B. Funktionsanalyse, Fissurenversiegelung, wenn diese nicht bereits nach den Richtlinien zur zahnärztlichen Individualprophylaxe Regelleistung ist)
- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus
- Gesundheitskurse (auch Online), soweit sie nicht schon aufgrund anderer Leistungsansprüche erstattet wurden
- Kosten individuelle Ernährungsberatung bei einem qualifizierten Ernährungsberater
- Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)
- Osteopathie (sofern die in § 15b genannten Voraussetzungen erfüllt sind)
- Private Zusatzversicherungsverträge nach § 16
- Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- Sehtest
- Sport- und Fitnessausrüstung
- Sportmedizinische Untersuchung und Beratung
- Sportveranstaltungen (Start-/Teilnahmegebühren)
- Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen (z.B. Ultraschall zur Krebsfrüherkennung, Sono-Check, M2-PK Stuhltest, Bestimmung HbA1c-Wert zur Diabetes-Vorsorge)
- Zahnersatz und Zahnkronen
- zusätzliche Blutuntersuchung (z. B. Titer-Bestimmung)
- Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft“