



Satzung

BKK Textilgruppe Hof

Stand: 1. Januar 2022

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bezirk der BKK
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 8a Wahltarif Prämienzahlung
- § 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag
- § 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungs-Ausgleichsgesetz (AAG)
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 10a Mahngebühren
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a Primärprävention
- § 12b Schutzimpfungen
- § 12c Leistungsausschluss
- § 12d Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 13b Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 14a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblich Gesundheitsförderung
- § 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 14c Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V
- § 15 Wahltarif Krankengeld
- § 16 Kooperation mit der PKV
- § 17 Aufsicht
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 19 Bekanntmachungen
- § 20 Veröffentlichung der Jahresergebnisse

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der BKK

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

BKK Textilgruppe Hof

und hat ihren Sitz in 95028 Hof.

- II. Die Zuständigkeit der BKK erstreckt sich auf die Betriebe:

- der Hoftex Group AG (vormals Textilgruppe Hof AG)
- der Hoftex GmbH (vormals Hof Garn GmbH)
- der Hoftex Weberei GmbH (vormals Hof Weberei GmbH)
- der Tenowo GmbH (vormals eswegee Vliesstoff GmbH)
- der Hoftex Immobilien I GmbH
(vormals Textilgruppe Hof Immobilien GmbH)
- der Neutex Home Deco GmbH.

Die Betriebskrankenkasse ist für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte geöffnet, die im Freistaat Bayern ihren Beschäftigungs- oder Wohnort haben.

§ 2 Verwaltungsrat

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

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr jeweils am 1.1. des Kalenderjahres.

- II. Dem Verwaltungsrat der BKK gehören als Mitglieder 3 Versichertenvertreter und 2 Vertreter der Arbeitgeber an.

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

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK 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 BKK 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,
 - 5a. einen leitenden Beschäftigten der BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
 6. den Vorstand zu überwachen,
 7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen BKKen zu beschließen,
 10. über die Auflösung der BKK zu beschließen.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- V a. Der Verwaltungsrat kann zur Erfüllung seiner Aufgaben Ausschüsse bilden.
- 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 Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

- IX. Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen oder in eiligen Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung; in diesem Fall wird über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung beraten und abgestimmt. Eine Angelegenheit gilt als eilig, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung in einer Präsenzsitzung nicht möglich erscheint. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung. § 64 Abs. 3a SGB IV bleibt unberührt.

Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

- X. Abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 2 SGB IV wird das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, folgendes bestimmt:

Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat so viele Stimmen, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen.

Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der BKK gehört 1 Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung für das abgelaufene Geschäftsjahr prüfen zu lassen. Diese Prüfung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb; sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand 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 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.
Der Vorstand bestimmt den/die Prüfer für jedes Geschäftsjahr,
6. jährlich die Jahresrechnung prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
7. die BKK nach § 3 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
8. eine Kassenordnung aufzustellen,
9. die Beiträge einzuziehen,
10. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der BKK abzuschließen,
11. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

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

- V. Der Vorstand kann Richtlinien über die Verwaltung der BKK erlassen.

§ 4 Widerspruchsausschuss

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

- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 1 Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter wird 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 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder der Widerspruchsstelle bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie. § 64 Abs. 3a SGB IV bleibt unberührt.

- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i.V.m. § 69 Abs. 2, 3 und 4 OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

Der Kreis der versicherten Personen umfasst:

- I. Zum Kreis der bei der BKK versicherten Personen gehören
 1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

- II. Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der BKK nur dann beitreten, wenn sie das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

- III. Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die BKK unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
 1. sie zu dem in § 1 Absatz 2 der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der BKK versichert ist,
 4. sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der BKK versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 6. sie bei einer BKK oder einem Verband der BKKen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren.

- IV. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III. Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungs-berechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV. Wenn ein Wahltarif nach §§ 8a, oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur BKK frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 8a Absatz VI oder 15 Absatz XVII, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V, gekündigt werden. Absatz II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß 15 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 8a Wahltarif Prämienzahlung

- I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.
- II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
 - Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V, Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen § 22a SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
 - Leistungen während der Schwangerschaft und Mutterschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien

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

- III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/36 des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrages und umfasst bei Arbeitnehmern auch die nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile. Die Prämie erhöht sich im 2. Kalenderjahr, in dem keine Leistungen zu Lasten der BKK in Anspruch genommen wurden auf 1/24 und ab dem 3. Kalenderjahr, in dem keine Leistungen der BKK in Anspruch genommen wurden auf 1/12 des im Kalenderjahr gezahlten Jahresbeitrages. Absatz IV gilt. Die Prämienzahlung für das Jahr 2007 erfolgt unter der Berücksichtigung der Prämienhöchstgrenzen nach Absatz 4 anteilig für 9 Monate
- IV. 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 EUR nicht überschreiten.
- V. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen. Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für sich und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif (§ 12 a der Satzung) wählt oder gewählt hat.

- VI. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

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

**§ 9 a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungs-
Ausgleichsgesetz (AAG)**

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Abs. 2 Nr. 5 und 8 Abs. 2 AAG dem BKK-Landesverband Mitte übertragen.
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK Textilgruppe Hof; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK-Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I. 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.

- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10a Mahngebühren

Die Mahngebühren betragen 0,5 v.H. des Mahnbetrages; mindestens 5,00 Euro und höchstens 150,00 Euro. Die Mahngebühren werden auf volle Euro gerundet.

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V)
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24 b SGB V)
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
4. zur Behandlung einer Krankheiten (§§ 27 bis 52 SGB V)
5. 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 mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

II. Häusliche Krankenpflege

1. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Zieles der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht.
2. Voraussetzung ist, dass
 - a. Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und
 - b. keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.
3. Die Dauer ist auf 4 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung n. § 37 Absatz 5 i. V. mit § 61 Satz 1 SGB V.

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt , soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 13 Wochen 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 Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaussfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. mit § 61 Satz 1 SGB.

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 Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

V. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme 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 alle veranlassten oder auf einzelne Bereiche veranlasster Leistungen beschränkt werden.
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden.

Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die 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., mindestens 2,50 EUR und maximal 40,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungs-verzichts 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 3,00 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

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
 - (1) als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
 - (2) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.

Vom Erstattungsbetrag werden 20 v. H. als Abschlag der für die BKK entgangenen Vertragsrabatte nach § 130a Abs.8 SGB V und 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zu der Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. eines der drei preisgünstigen Arzneimittel abgezogen.

Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sowie ein Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v.H., mindestens 2,50 EUR und maximal 40,00 EUR, in jedem Fall abzuziehen.

§ 12 a 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 nach dem

- Setting-Ansatz
- individuellen Ansatz mit folgenden prioritären 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/ Reduzierung des Alkoholkonsums

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 v. H. der Kurseinheiten, ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 90 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber **90 EUR** je Maßnahme gewährt. Der Anspruch ist pro Kalenderjahr begrenzt auf zwei Maßnahmen aus den genannten Handlungsfeldern.

§ 12 b Schutzimpfungen

- I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die in § 20d Abs. 1 SGB V genannten Indikationen hinaus gemäß § 20d Abs. 2 SGB V folgende unter Nr. 1-3 genannten Leistungen:
 1. Die BKK übernimmt in begründeten Ausnahmefällen wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos im Falle eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes zum Schutz der öffentlichen Gesundheit folgende Reiseschutzimpfungen:
 - Cholera.
 - FSME,
 - Gelbfieber,
 - Hepatitis A, B,
 - Meningokokken-Meningitis
 - Tollwut,
 - Typhus.
 2. Die BKK übernimmt folgende Schutzimpfungen auch über die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder gemäß § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) genannten Empfehlungen hinaus:
 - FSME
 - Gripeschutzimpfung,
 - Hepatitis A, B,
 - HPV (für Mädchen von 11 bis 23 Jahre)
 - Rotaviren.
 3. Die BKK übernimmt die Kosten für die Nachholung von Schutzimpfungen und die Vervollständigung des Impfschutzes, bei Jugendlichen auch über die in der Schutzimpfungsrichtlinie hinaus, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, soweit grundsätzlich eine Empfehlung der STIKO oder gemäß § 20 Abs. 3 IfSG vorliegt.
- II. Die Impfleistungen werden grundsätzlich als Sachleistung gewährt und über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) abgerechnet. Soweit in Einzelfällen eine Abrechnung über die eGK nicht möglich sein sollte, beträgt die Übernahme der Kosten für die Schutzimpfungen nach Nr. 1 bis 3 100 v.H.. Der Gesamtanspruch auf Kostenerstattung ist jedoch im Kalenderjahr auf maximal 250,00 Euro begrenzt. Eine Übertragung des Guthabens bzw. Restguthabens auf andere Kalenderjahre ist nicht zulässig.
- III. Eine Übernahme der Schutzimpfungen nach Nr. 1-3 als Sachleistung bzw. eine Kostenübernahme nach Abs. II ist ausgeschlossen, wenn
 - die Schutzimpfung vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden oder
 - die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

§ 12 c Leistungsausschluss

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

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

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

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

II. Osteopathie

1. Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch dazu geeignet ist, 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 ihn zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.
2. Die BKK übernimmt nach Vorlage der Rechnung sowie der ärztlichen Bescheinigung nach Absatz 1 die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versichertem. Erstattet werden **80 v.H.** des Rechnungsbetrages, jedoch maximal **60 EUR** pro Sitzung.

III. Zusätzliche stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

1. Die BKK übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzung dafür sind, dass:
 - a. eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V vorliegt und diese von einem Arzt bescheinigt wird,
 - b. der Leistungserbringer eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus gewährleistet,
 - c. die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
 - d. ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers der BKK vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird und
 - e. die BKK der Versorgung vor der Krankenhausbehandlung zugestimmt hat.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
3. Mit der Zustimmung nach Abs. 1 Buchstabe e. erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzungen der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme der BKK sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

IV. Flash-Glukose-Messsystem

1. Die BKK erstattet Versicherten die Kosten eines Flash-Glukose-Messsystems bestehend aus einem Lesegerät und den dazugehörigen Sensoren, sofern
 - a. ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus vorliegt,
 - b. bereits eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie durchgeführt wird
 - c. und ein individuelles Therapieziel festgelegt sowie der Behandlungsverlauf dokumentiert wird.
2. Ein zugelassener Vertragsarzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat die Notwendigkeit auf einer Verordnung bestätigt. Vertragsärzte bzw. berechnigte Ärzte in diesem Sinne sind:
 - Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
 - Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie“
3. Bei dem Flash-Glukose-Messsystem muss es sich um ein zugelassenes Medizinprodukt (CE-Kennzeichnung muss vorhanden sein) handeln. Die Nutzung dieses Systems durch den Versicherten muss ohne Zugriff Dritter, insbesondere des Herstellers, auf die personenbezogenen oder -beziehbaren Daten der Versicherten möglich sein.
4. Die BKK muss vor der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem dieser zugestimmt haben und der Versicherte in der sicheren Anwendung des Gerätes geschult sein.
5. Die BKK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten, maximal jedoch 59,90 Euro einmalig für das Auslesegerät sowie die Kosten für maximal 7 Sensoren in einem Quartal..
6. Den Versicherten entsteht eine Zuzahlung analog § 33 Abs. 8 SGB V i.V.m. § 61 SGB V. Diese ist einmalig für das Lesegerät und einmalig pro Quartalsversorgung (6 Sensoren) zu entrichten.

V. Professionelle Zahnreinigung

1. Versicherte können zusätzlich zu ihren in § 28 Abs. 2 SGB V geregelten Ansprüchen eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch nehmen, soweit die Leistung von einem Zahnarzt durchgeführt oder veranlasst wurde.
2. Die professionelle Zahnreinigung muss folgende Kriterien erfüllen:
 - a. Überprüfung und/oder Unterweisung in der häuslichen Mundhygiene mit speziellen Maßnahmen (z.B. Anfärben), Inspektion der Zähne und des Zahnfleisches.
 - b. Gründliche Zahnreinigung (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und der Zahnzwischenräume, Politur der Zähne (z.B. mit Pulverstrahlgeräten und speziellen Polierern), der Füllungen und Kronenränder, damit sich für eine gewisse Zeit auf der glatten Oberfläche keine Bakterien mehr festsetzen können.
 - c. Fluoridierung der Zähne mit konzentrierten Präparaten.
 - d. Ggf. die Abgabe einer Ernährungsempfehlung.

Für Leistungen, die die Voraussetzungen nach Abs. 1. und 2. erfüllen, übernimmt die BKK nach Vorlage der Rechnung **100 v.H.** der Kosten, maximal aber je Versicherten und Kalenderjahr **40 EUR**.

VI. Leistungen während der Schwangerschaft und Entbindung

Über die gesetzlich geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen werden die Kosten für folgende Leistungen erstattet:

1. Zusätzliche Untersuchungen

Schwangere Versicherte der BKK erhalten einen Zuschuss zu folgenden, nach entsprechender ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt in Anspruch genommenen, vorgeburtlichen nichtinvasiven Ergänzungsuntersuchung für die weiterführende vorgeburtliche Diagnostik und zum Ausschluss gesundheitlicher Risiken:

- a) zusätzliche Blutuntersuchungen
- b) zusätzliche Ultraschalluntersuchungen
- c) zusätzliche Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sind.

Der Zuschuss pro Schwangerschaft ist der Versicherten nach Vorlage der Originalrechnung/en der gynäkologischen Arztpraxen bzw. des Labors zu gewähren.

Der gesetzliche Anspruch gemäß § 24 d SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung bleibt unberührt.

2. Hebammenrufbereitschaft

Die BKK übernimmt für Versicherte, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, die Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft (37.-42. Schwangerschaftswoche) entstehen.

Voraussetzung ist die Zulassung bzw. Berechtigung der Hebamme gemäß § 134 a Abs. 2 bzw. § 13 Abs. 4 SGB V. Die Rufbereitschaft setzt die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe vor.

3. Partner-Geburtsvorbereitungskurs

Bei der BKK versicherte werdende Mütter können einen Geburtsvorbereitungskurs für Ihren Ehemann/Partner/ den Vater des Kindes in Anspruch nehmen.

Die Kosten nach den Punkten 1. bis 3. werden bis zu einem Betrag von insgesamt 250 Euro je Schwangerschaft übernommen. Zur Erstattung sind die Rechnung/en vorzulegen.

VII. Hautkrebscreening

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus werden für Versicherte die Kosten für eine Hautkrebsvorsorge (inklusive Auflichtmikroskopie) einmal im Jahr erstattet.

Die Kosten werden bis zu einem Betrag von 25 Euro im Kalenderjahr übernommen. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

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

§ 13 a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

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

Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

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

§ 13 b Wahltarif Besondere ambulante ärztliche Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die besondere ambulante ärztliche 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
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13 c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten auf Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben bei Erfüllung der nachfolgend genannten Voraussetzungen Anspruch auf einen Erwachsenenbonus ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden. Ansonsten besteht ein Anspruch auf den Kinder-/Jugendbonus.

I. Erwachsenenbonus (Aktiv Gesund)

1. Versicherte Erwachsene, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie dafür berechtigt sind, innerhalb eines Kalenderjahres mindestens eine unter a) bis c) genannten Punkte nachweisen:

Stufe I – Vorsorge

- | | |
|---|---------|
| a) ärztliche Gesundheitsuntersuchung („Check-Up“)
gemäß § 25 Abs.1 SGB V | 15 Euro |
| b) Krebsfrüherkennungsuntersuchung
gemäß § 25 Abs. 2 SGB V | 15 Euro |
| c) Inanspruchnahme einer Schutzimpfung nach § 20i
Abs. 1 und 2 SGB V oder § 12b der Kassensatzung
je Maßnahme bei maximal 2 Maßnahmen im Kalenderjahr | 15 Euro |

Impfungen mit mehreren Wirkstoffen (Kombinations- oder Mehrfachimpfungen) gelten als eine Impfmaßnahme.
Die Bestätigung des Impfschutzes durch den Arzt zählt ebenfalls als eine Impfmaßnahme.

Stufe II – erweiterte Vorsorge/sportliche Aktivitäten

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf den erweiterten Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres mindestens eine der Vorsorgemaßnahmen der unter der Stufe I genannten Punkte nachweisen:

- | | |
|--|---------|
| a) Erweiterte Krebsvorsorge | 10 Euro |
| b) Erweiterter Check-Up | 10 Euro |
| c) Erweiterte Augenuntersuchung | 10 Euro |
| d) Knochendichtemessung (Osteoporose Prävention) | 10 Euro |
| e) Gesetzliche Zahnvorsorge | 10 Euro |
| f) Aktive Mitgliedschaft im Fitness-/Yogastudio | 10 Euro |
| g) Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein | 10 Euro |
| h) Erwerb des Deutschen Sport- bzw. Wanderabzeichens | 10 Euro |
| i) Teilnahme an einem Gesundheitskurs | 10 Euro |

- Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im BKK-Bonus-Heft quittiert. Privatärztlich erbrachte und selbstbezahlte Vorsorgeleistungen müssen bei einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen Arzt in Anspruch genommen werden. Die Rechnungen sind zusammen mit dem Bonusheft einzureichen.
- Der Bonus wird als einmalige Beitragsermäßigung gutgeschrieben. Die Höhe des Bonus der Stufe I beträgt maximal 60 Euro, für die Stufe II maximal 60 Euro.

Beginnt die Versicherung im laufenden Kalenderjahr besteht Anspruch auf den vollen Bonusbetrag.

Ein Anspruch auf den Bonus besteht nur, wenn die Leistung spätestens am 28./29.02. des folgenden Kalenderjahres beantragt wird und bei Antragstellung eine gültige Versicherung bei der BKK besteht.

II. Kinderbonus (Aktiv Gesund Kids)

- Versicherte Kinder und Jugendliche, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie dafür berechtigt sind, innerhalb eines Kalenderjahres mindestens eine unter a) bis d) genannten Punkte nachweisen:

Stufe I – Vorsorge

- | | |
|--|---------|
| a) Inanspruchnahme einer nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kindervorsorgeuntersuchung nach § 26 Abs. 1 SGB V (U1 bis U9) sowie der ergänzend hierzu selektivvertraglich angebotenen Kinderuntersuchungen („BKK Starke Kids“) | 10 Euro |
| b) Inanspruchnahme einer nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Jugendgesundheitsuntersuchung (J1/J2) | 10 Euro |
| c) Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Untersuchung nach § 26 SGB V | 10 Euro |
| d) Inanspruchnahme einer Schutzimpfung nach § 20i Abs. 1 und 2 SGB V oder § 12b der Kassensatzung je Maßnahme bei maximal 2 Maßnahmen im Kalenderjahr | 10 Euro |

Impfungen mit mehreren Wirkstoffen (Kombinations- oder Mehrfachimpfungen) gelten als eine Impfmaßnahme. Die Bestätigung des Impfschutzes durch den Arzt zählt ebenfalls als eine Impfmaßnahme.

Stufe II – erweiterte Vorsorge/sportliche Aktivitäten

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen zusätzlichen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres mindestens eine der Vorsorgemaßnahmen der unter der Stufe I genannten Punkte nachweisen:

- | | |
|---|---------|
| a) Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein | 10 Euro |
| b) Erwerb eines Sport- bzw. Schwimmbadzeichens | 10 Euro |
| c) Teilnahme an einer schulischen Sportveranstaltung
unter Vorlage einer Urkunde | 10 Euro |
2. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung/Veranstaltung im BKK-Bonus-Heft quittiert.
 3. Der Bonus wird dem Mitglied für das versicherte Kind als einmalige Beitragsermäßigung gutschrieben.

Versicherte mit eigener Mitgliedschaft erhalten den Bonus auf ihr Konto gutschrieben.

Die Höhe des Kinderbonus beträgt maximal 60 Euro.

Beginnt die Versicherung im laufenden Kalenderjahr besteht Anspruch auf den vollen Bonusbetrag.

Ein Anspruch auf den Bonus besteht nur, wenn die Leistung spätestens am 28./29.02. des folgenden Kalenderjahres beantragt wird und bei Antragstellung eine gültige Versicherung bei der BKK besteht.

§ 14a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung)

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverband herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.
- II. Die BKK schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

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

- I. Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Absatz 2 i.V.m. § 20 Absatz 5 SGB V in den folgenden Handlungsfeldern
 1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
 2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
 3. Suchtprävention im Betrieb oder
 4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkungvollständig teilnehmen.

- II. Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 25 EUR einmalig ausgezahlt, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über eine vollständige Teilnahme an einer Maßnahme nach Absatz I. nachgewiesen wurden.

**§ 14c Persönliche elektronische Gesundheitsakte
gemäß § 68 SGB V**

- I. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Betriebskrankenkasse 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.
- II. Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der Betriebskrankenkasse für die Versicherten tätig wird.
- III. Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die Betriebskrankenkasse.
- IV. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 15 Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

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

Anspruch

- II. Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse stationäre Behandlung in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder einer Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Abs. 4 SGB V / § 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld 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 höchstrichterlichen Rechtsprechungen. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- III. Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat. 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 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KG 43),
 2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KG 06), 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, soweit nachfolgend keine anders lautenden Ansprüche geregelt werden.

Für Mitglieder nach

- § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V, die von dem Wahlrecht auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V i.V.m. der Satzung jeweils in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung Gebrauch gemacht haben, sowie
- § 46 Satz 2 SGB V, die bis zum 31. Dezember 2008 von der Regelung des § 46 Sätze 3-5 SGB V in der Fassung bis 31. Dezember 2008 Gebrauch gemacht haben,

besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif zum 1. Januar 2009 gewählt wird. Für vor dem 31. Dezember 2008 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit am 1. Januar 2009

- IV. Für vor dem 1. Januar 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesen Wahlтарifen; in Absatz III genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.
- V. Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen eines Vertragsarztes nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- VI. 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 Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.
- VII. 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,

- mit dem Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifes nach Absatz XVII oder XVIII,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse
- mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

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

Höhe

- VIII. Die Höhe des Krankengeldes für die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Versicherten wählt das Mitglied entsprechend der nachfolgenden Tabelle. Das gewählte Krankengeld darf bei selbständig Tätigen das durchschnittliche monatliche Brutto-Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit des letzten Jahres, das der BKK entsprechend nachgewiesen wurde, nicht übersteigen.

Durchschnittliches monatliches Arbeitseinkommen in Euro	30,00	40,00	50,00	60,00	70,00	80,00	90,00
	Monatsprämie in Euro						
bis 1.286,00	X						
1.286,01 – 1.715,00	X	X					
1.715,01 – 2.143,00	X	X	X				
2.143,01 – 2.572,00	X	X	X	X			
2.572,01 – 3.000,00	X	X	X	X	X		
3.000,01 – 3.429,00	X	X	X	X	X	X	
3.429,00 – 3.858,00	X	X	X	X	X	X	x

Die in § 46 Satz 2 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V).

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz XX.

- IX. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z. B. Einkommensteuerbescheid) 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 Arbeitseinkommen erwirtschaftet besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen

im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

- X. Ein über den versicherten Krankengeldanspruch hinausgehender Anspruch auf Leistungen oder Zuschüsse, insbesondere Zuschüsse zu ggf. bestehenden Beitrags/Prämienverpflichtungen zu anderen Sozialleistungsträgern, besteht im Rahmen dieser Tarife nicht.

Zahlung

- XI. 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.

Dauer

- XII. Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung
- im Tarif KG 78 für längstens 546 Tage
 - im Tarif KG 06 für längstens 28 Tage

innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifes an (Höchstanspruchsdauer).

Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-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. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen XIX oder XX unbeachtlich.

- XIII. Abweichend von Absatz XII besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

- XIV. Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindesten zwei Monatsbeiträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren und Verzugszinsen nach Absatz XXIV stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.
- XV. 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

- XVI. Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. Januar 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt 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 BKK 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.

Für Mitglieder nach

- § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V, die von dem Wahlrecht auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V i. V. mit der Satzung jeweils in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung Gebrauch gemacht haben,

beginnt der Tarif am 1. Januar 2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 28. Februar 2009 erfolgt ist; der Antrag gilt in diesem Fall als bis zum 31. Dezember 2008 gestellt.

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifes und löst eine neue 1-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Kündigung

- XVII. Die Kündigung des Tarifes muss durch schriftliche Erklärung spätestens 2 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der BKK. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XVIII frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenen 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

XVIII. 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 Prämienhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen; die Tarifierhöhungen aufgrund Alterssteigerungen nach Absatz XXI bleiben dabei außer Betracht.

Wechsel

XX. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz IX die in Absatz VIII genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des

Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III oder XIX besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

XXI. Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VIII ergeben sich die Tarifgruppenkennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

in der Tarifgruppe KG 43

Kalendertägliches Krankengeld in Euro	30,00	40,00	50,00	60,00	70,00	80,00	90,00
	Monatsprämie in Euro						
bis 30 Jahre	7,20	9,60	12,00	14,40	16,80	19,20	21,60
31 – 40 Jahre	8,40	11,20	14,00	16,80	19,60	22,40	25,20
41 – 50 Jahre	15,30	20,40	25,50	30,60	35,70	40,80	45,90
51 – 60 Jahre	28,20	37,60	47,00	56,40	65,80	75,20	84,60
61 – 65 Jahre	30,60	40,80	51,00	61,20	71,40	81,60	91,80

in der Tarifgruppe KG 06

0,5 % der beitragspflichtigen Einnahmen höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung

Für die Eingruppierung in Altersstufen ist das Lebensjahr maßgebend, welches im jeweiligen Jahr der Laufzeit erreicht wird.

XXII. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt grundsätzlich monatlich gemäß Absatz XXIII. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen XIX oder XX ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.

Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien, Mahngebühren sowie Verzugszinsen mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I. Kosten, die für die Erhebung der Prämie von Dritten evtl. in Rechnung gestellt werden (z. B. durch Nichteinlösung einer Lastschrift), trägt das Mitglied.

XXIII. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens

- bei monatlicher Zahlung am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs,
- bei jährlicher Zahlung am 15. Januar eines Jahres der Laufzeit des Tarifes für das Jahr.

Bei jährlicher Zahlung gewährt die Betriebskrankenkasse einen Nachlass von 5 v. H. auf den Jahresbetrag. Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.

XXIV. Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, können Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben werden. Ebenso können für jeden angefangenen Monat des Zahlungsverzuges Verzugszinsen in Höhe des jeweiligen Interbanken-Tagesgeldzinssatz auf die rückständigen, auf 50 € nach unten gerundeten, Prämien erhoben werden.

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

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK führt das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK erfolgen durch Aushang in den Räumen der BKK, nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift und im Internet unter www.bkk-textilgruppe-hof.de.

Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts werden mit ihrem wesentlichen Inhalt im Bayerischen Staatsanzeiger bekannt gemacht. Wenn kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist, treten sie am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

Die Aushangfrist beträgt 4 Wochen.

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

§ 20 Veröffentlichung der Jahresergebnisse

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. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.

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

Für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 4 Wochen.

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

Artikel II

In-Kraft-Treten

Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 03. Juni 1998 beschlossen.

Die Satzung tritt am 01. Juli 1998 in Kraft, wobei der § 9 III g rückwirkend zum 01. Januar 1996 in Kraft tritt.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 01. April 1991 und die dazu ergangenen Nachträge I - IV außer Kraft.

Nachtrag II

Die Satzungsänderung in Form des 2. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 03. Juni 1998 einstimmig beschlossen.

Der Satzungsantrag tritt mit Wirkung vom 1. Juli 1998 in Kraft.

Der Satzungsantrag hinsichtlich der Änderungen der §§ 1 Abs. II, 5 Abs. III S. 1a, § 9 Abs. III Buchst. g und i, § 10 Abs. II und § 15 b wurde vom Verwaltungsrat am 11. Februar 1999 beschlossen und tritt mit Wirkung vom 1. April 1999 in Kraft. Diese Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 24. März 1999 genehmigt.

Nachtrag III

Die Satzungsänderung in Form des 3. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 16. Juni 2000 einstimmig beschlossen.

Der Satzungsantrag tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2000 in Kraft.

Der Satzungsantrag hinsichtlich der Streichung des § 8 a sowie der Änderungen der §§ 9 Abs. III Satz 1 Buchst. c und d, § 13 Abs. I, § 13 Abs. VI und VII, § 15 und des § 16 wurde vom Verwaltungsrat am 16. Juni 2000 beschlossen und tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2000 in Kraft. Diese Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 13. Juli 2000 genehmigt.

Nachtrag IV

Die Satzungsänderung in Form des 4. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 18. Juli 2002 einstimmig beschlossen.

Der Satzungsantrag tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2002 in Kraft. Die Erhöhung des Kurkostenzuschusses gemäß § 14 Abs. I soll mit dem Inkrafttreten der am 12.07.2002 beschlossenen gesetzlichen Neuregelung in Kraft treten.

Der Satzungsantrag hinsichtlich der Streichung der §§ 7 und § 5 Abs. III Satz 1a sowie der Änderungen der §§ 1 Abs. II, 2 Abs. II, § 5 Abs. I und II, § 6 Abs. I, II und III, § 8 Abs. I, § 8 Abs. III Satz 1 Buchst. a – j, § 10a, § 11, § 12 Abs. VI, Satz 7, § 14 Abs. I, § 14a bis § 14c, wurde vom Verwaltungsrat am 18. Juli 2002 beschlossen und tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2002 in Kraft. Die Erhöhung des Kurkostenzuschusses gemäß § 14 Abs. 1 tritt mit dem Inkrafttreten der am 12. Juli 2002 beschlossenen gesetzlichen Neuregelung in Kraft. Diese Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 19. August 2002 genehmigt.

Nachtrag V

Die Satzungsänderung in Form des 5. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 17. Februar 2004 einstimmig beschlossen.

§ 2 Absatz II, VII und X der Kassensatzung treten mit Beginn der 10. Wahlperiode in Kraft. Sie findet erstmalig auf die Sozialversicherungswahlen zu dieser Wahlperiode Anwendung.

§ 2 Absatz VI, § 12 Abs. VI und Abs. VII der Kassensatzung treten rückwirkend zum 01.01.2004 in Kraft.

Diese Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken - Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 26. März 2004 genehmigt.

Nachtrag VI

Die Satzungsänderung in Form des 6. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 26 Mai 2004 einstimmig beschlossen.

§ 9 der Kassensatzung tritt am 01. Juli 2004 in Kraft.

Diese Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken - Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 15. Juni 2004 genehmigt.

Nachtrag VII

Die Satzungsänderung in Form des 7. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 26. Mai 2004 einstimmig beschlossen.

Der geänderte § 4 tritt nach Bekanntgabe in Kraft.

Die geänderten §§ 6, 8, 12, 14b und 18 sowie die neu eingefügten §§ 14 c und 14d treten rückwirkend zum 01.01.2004 in Kraft.

Diese Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken - Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 15. Juni 2004 genehmigt.

Nachtrag VIII

Die Satzungsänderung in Form des 8. Nachtrags über die disparitätische Besetzung des Verwaltungsrates wurde vom Verwaltungsrat am 26. Mai 2004 einstimmig beschlossen.

Der geänderte § 2 sollte ab der 10. Wahlperiode in Kraft treten.

Diese Satzungsänderung wurde jedoch von der Regierung von Mittelfranken - Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 15. Juni 2004 nicht genehmigt.

Nachtrag IX

Die Satzungsänderung in Form des 9. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 22. September 2004 einstimmig beschlossen.

Der geänderte § 2 tritt mit Beginn der 10. Wahlperiode in Kraft und endet mit dieser. Er findet erstmalig auf die Sozialversicherungswahlen zu dieser Wahlperiode Anwendung.

Diese Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken - Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 03. November 2004 genehmigt.

Nachtrag X

Die Satzungsänderung in Form des 10. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 3. Juni 2005 einstimmig beschlossen.

Der geänderte § 9 der Kassensatzung tritt am 1. Juli 2005 in Kraft.

Der neu eingefügte § 14e der Kassensatzung tritt rückwirkend zum 1. April 2005 in Kraft.

Diese Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken - Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 17. August 2005 genehmigt.

Nachtrag XI

Die Satzungsänderung in Form des 11. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 7. Dezember 2005 einstimmig beschlossen.

Der geänderten §§ 9 und 11 der Kassensatzung treten am 1. Januar 2006 in Kraft.

Die neu eingefügten §§ 10b und 14f der Kassensatzung treten ebenfalls am 1. Januar 2006 in Kraft.

Diese Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken - Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 13. Dezember 2005 genehmigt.

Nachtrag XII

Die Satzungsänderung in Form des 12. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 7. Dezember 2005 einstimmig beschlossen.

Der geänderten §§ 4 II. 1 u. 3, 5 I. u. II., 10 I. bis IV. und § 13 I. u. II. der Kassensatzung treten am 1. Januar 2006 in Kraft.

Diese Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken - Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 13. Dezember 2005 genehmigt.

Nachtrag XIII

Die Satzungsänderung in Form des 13. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 25. Juli 2007 einstimmig beschlossen und treten zum 1. April 2007 in Kraft.

Diese Satzungsänderungen wurde von der Regierung von Mittelfranken - Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 27.08.2007 – Aktenzeichen 14.4.340-1/07 genehmigt.

Nachtrag XIV

Die Satzungsänderung in Form des 14. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 12. Dezember 2008 einstimmig beschlossen und treten zum 1. Januar 2009 in Kraft.

Diese Satzungsänderungen wurde von der Regierung von Mittelfranken - Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 23. März 2009 – Aktenzeichen 14.4-146 genehmigt.

Nachtrag XV

Die Satzungsänderung in Form des 15. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 25. März 2010 einstimmig beschlossen und tritt mit der nachfolgend genannten Genehmigung zum 19. Juli 2010 in Kraft.

Diese Satzungsänderungen wurde von der Regierung von Mittelfranken - Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 14.07.2010, eingegangen am 19.07.2010 – Aktenzeichen 14.4-6323-146-1/10 genehmigt.

Nachtrag XVI

Die Satzungsänderung in Form des 16. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 15. Dezember 2010 einstimmig beschlossen und treten zum 1. Januar 2011 in Kraft.

Diese Satzungsänderungen wurde von der Regierung von Mittelfranken - Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 16.02.2011, eingegangen am 22.02.2011 – Aktenzeichen 14.4.-6323-146-2/10 genehmigt.

Nachtrag XVII

Die Satzungsänderung in Form des 17. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 13. Dezember 2011 einstimmig beschlossen und treten zum 1. Januar 2012 in Kraft.

Diese Satzungsänderungen wurde von der Regierung von Mittelfranken - Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Schreiben vom 20.12.2011, eingegangen am 28.12.2011 – Aktenzeichen 14.4.6323-146-2/12 genehmigt.

Nachtrag XVIII

Die Satzungsänderung in Form des 18. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 5. Juli 2012 einstimmig beschlossen und treten zum 1. Juli 2012 in Kraft.

Die vom Verwaltungsrat am 5. Juli 2012 beschlossene Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Bescheid vom 5. Oktober 2012, AZ: 14.4-6323-147-7/12, genehmigt.

Nachtrag XIX

Die Satzungsänderung in Form des 19. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 2. Juli 2013 einstimmig beschlossen und treten zum 1. Juli 2013 in Kraft.

Die vom Verwaltungsrat am 2. Juli 2013 beschlossene Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Bescheid vom 15.07.2013, AZ: 14.4-6323-146-5/13, genehmigt.

Nachtrag XX

Die vorstehenden Satzungsänderungen in Form des 20. Nachtrags wurden vom Verwaltungsrat am 2. Dezember 2014 einstimmig beschlossen und treten zum 1. Januar 2015 in Kraft.

Die vom Verwaltungsrat am 2. Dezember 2014 beschlossene Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Bescheid vom 22.12.2014, AZ: 12.25-6323-146-8/14, genehmigt.

Nachtrag XXI

Die vorstehenden Satzungsänderungen in Form des 21. Nachtrags wurden vom Verwaltungsrat am 4. Dezember 2015 einstimmig beschlossen und treten zum 1. Januar 2016 in Kraft.

Die vom Verwaltungsrat am 4. Dezember 2015 beschlossene Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Bescheid vom 21.12.2015, AZ: 12.25-6323-146-5/15, genehmigt.

Nachtrag XXII

Die vorstehenden Satzungsänderungen in Form des 22. Nachtrags wurden vom Verwaltungsrat am 5. Dezember 2016 einstimmig beschlossen und treten zum 1. Januar 2017 in Kraft.

Die vom Verwaltungsrat am 5. Dezember 2016 beschlossene Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Bescheid vom 13.12.2016, AZ: RMF-SG12-6322-2-2-2, genehmigt.

Nachtrag XXIII

Mit dem 23. Nachtrag wurde auch die Änderung der Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrats beschlossen.

Die vorstehenden Satzungsänderungen in Form des 23. Nachtrags wurden vom Verwaltungsrat am 13. Juli 2018 einstimmig beschlossen und treten zum 1. August 2018 in Kraft.

Die vom Verwaltungsrat am 13. Juli 2018 beschlossene Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Bescheid vom 21. August 2018, AZ: RMF-SG12-6322-2-2-5, genehmigt.

Nachtrag XXIV

Die vorstehende Satzungsänderung in Form des 24. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 10. Dezember 2018 einstimmig beschlossen und tritt zum 1. Januar 2019 in Kraft.

Die vom Verwaltungsrat am 10. Dezember 2018 beschlossene Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Bescheid vom 19.12.2018, AZ: RMF-SG12-6322-2-2-10, genehmigt.

Nachtrag XXV

Die vorstehende Satzungsänderung in Form des 25. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 8. Juli 2019 einstimmig beschlossen und tritt zum 1. August 2019 in Kraft.

Die vom Verwaltungsrat am 8. Juli 2019 beschlossene Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Bescheid vom 30.07.2019, AZ: RMF-SG12-6322-2-2-16, genehmigt.

Nachtrag XXVI

Die vorstehende Satzungsänderung in Form des 26. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 2. Juli 2021 einstimmig beschlossen und tritt rückwirkend zum 1. Januar 2021 in Kraft.

Die vom Verwaltungsrat am 2. Juli 2021 beschlossene Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Bescheid vom 9. Juli 2021, AZ: RMF-SG12-6322-2-2-31, genehmigt.

Nachtrag XXVII

Die vorstehende Satzungsänderung in Form des 27. Nachtrags wurde vom Verwaltungsrat am 14. Dezember 2021 einstimmig beschlossen und tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2022 in Kraft.

Die vom Verwaltungsrat am 14. Dezember 2021 beschlossene Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Bescheid vom 20. Dezember 2021, AZ: RMF-SG12-6322-2-2-35, genehmigt.

Hof, den 03.01.2022

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

gez. Schoberth