



Satzung

**der Betriebskrankenkasse
Vereinigte Deutsche Nickel-Werke
(BKK VDN)**

Stand 02.12.2021 (1. Nachtrag)

Inhaltsverzeichnis

ARTIKEL I.....	3
INHALT DER SATZUNG	3
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse.....	3
§ 2 Verwaltungsrat.....	4
§ 3 Vorstand.....	6
§ 4 Widerspruchsausschuss	7
§ 5 Kreis der versicherten Personen	8
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	9
§ 7 Aufbringung der Mittel	10
§ 8 Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder und andere Mitglieder- gruppen.....	10
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag.....	10
§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz.....	10
§ 10 Fälligkeit der Beiträge.....	11
§ 10a Erhebung von Mahngebühren	11
§ 11 Höhe der Rücklage	11
§ 12 Leistungen	12
§ 12a Primärprävention.....	16
§ 12b Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	17
§ 12c Schutzimpfungen	17
§ 12d Leistungsausschluss	18
§ 12e Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	18
§ 12f Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme.....	20
§ 12g Wahltarif besondere Versorgung	21
§ 13 - zurzeit nicht besetzt -	21
§ 14 Wahltarife Krankengeld.....	22
§ 15 - zurzeit nicht besetzt -	22
§ 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.....	23
§ 16a Bonus für Versicherte ab dem 16. Lebensjahr (BoNickel, BoNickel-Prime)	23
§ 16b Bonus für Kinder bis zum 15. Lebensjahr (BoNickel-Junior).....	27
§ 16c Bonus für betriebliche Gesundheitsförderung.....	29
§ 17 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V	31
§ 17a Osteopathie.....	31
§ 17b Leistungen für werdende Mütter, Kinder und Jugendliche	32
§ 17c Außervertragliche Psychotherapie.....	34
§ 17d nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.....	34
§ 18 Ärztliche Zweitmeinung nach § 27b Abs. 6 Satz 1 SGB V	35
§ 19 Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V	36
§ 20 Kooperation mit der PKV	36
§ 21 Aufsicht	36
§ 22 Mitgliedschaft zum Landesverband	36
§ 23 Bekanntmachungen	37
§ 23a Veröffentlichung der Jahresrechnung.....	37
ARTIKEL II.....	38
INKRAFTTRETEN.....	38
ANLAGE ZU § 2 DER SATZUNG DER BKK VDN	40
ENTSCHÄDIGUNGSREGELUNG FÜR MITGLIEDER DES VERWALTUNGSRATES.....	40
ANLAGE ZU § 14D DER SATZUNG DER BKK VDN	44
WAHLTARIFE KRANKENGELD.....	44

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 Vereinigte Deutsche Nickel-Werke -BKK VDN-.

Sie ist errichtet worden am 1. Januar 2005 und hervorgegangen aus der 1866 gegründeten Betriebskrankenkasse Vereinigte Deutsche Nickel-Werke AG, Schwerte und der 1902 errichteten Gemeinsame Betriebskrankenkasse Hindrichs-Auffermann Aktiengesellschaft, Wuppertal-Barmen sowie der am 24. November 1913 errichteten Betriebskrankenkasse F. W. Brökelmann, Arnsberg OT Neheim.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 58239 Schwerte, Rosenweg 15.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe

Deutsche Nickel GmbH
58239 Schwerte

Auerhammer Metallwerke GmbH
08280 Aue/Sachsen

Laschet, Volker und In der Weide, Christoph GbR
58239 Schwerte

F. W. Brökelmann Aluminiumwerk GmbH & Co. KG
59469 Ense

Brökelmann Geräte & Anlagenbau GmbH & Co. KG
59469 Ense

- III. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf die nachfolgend aufgeführten Regionen:

- Nordrhein-Westfalen und
- der Freien und Hansestadt Hamburg und
- Sachsen

§ 2 Verwaltungsrat

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

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 6 Versichertenvertreter und 3 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 Arbeitgebervertreters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.

Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV i. V. m. § 77 Abs. 1a SGB IV über die Bestellung der Prüfer zu beschließen. Die Jahresrechnung ist von einem Wirtschaftsprüfer oder einem vereidigten Buchprüfer zu prüfen und zu testieren.
5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
7. den Vorstand zu überwachen,

8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 10. die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- VIII. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen bei:
1. Angleichung von Bestimmungen der Satzung an Gesetzesänderungen oder gefestigte höchstrichterliche Rechtsprechung,
 2. Änderung von Bestimmungen der Satzung auf Grund von Auflagen oder Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,
 3. Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates oder eines seiner Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
 4. Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung auf Grund eines Beschlusses des Verwaltungsrates in schriftlichem Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
 5. Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Klarstellungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,
 6. Der Verwaltungsrat kann zudem aus wichtigen Gründen (z. B. bei Kontaktbeschränkungen) schriftlich abstimmen.

Wenn mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen.

§ 3 Vorstand

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

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
 6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Schwerte.
- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich aus 2 Vertretern der Versicherten und 1 Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse zusammen.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird 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. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung.

Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 5. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 6. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 7. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 8. Der Widerspruchsausschuss kann aus wichtigen Gründen (z. B. bei Kontaktbeschränkungen) schriftlich abstimmen. Eine schriftliche Abstimmung ist nicht möglich, wenn mindestens 1 Mitglied des Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht.
- III. Die §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Absatz 3 a und 4 SGB IV gelten für die ehrenamtlichen Mitglieder des Widerspruchsausschusses entsprechend.
- IV. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- V. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Studenten und Berufspraktikanten,
3. alle anderen Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 SGB V (ausgenommen die nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 versicherungspflichtigen Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler), soweit gesetzlich nichts anderes geregelt ist.

II. Freiwillige Mitglieder

1. Der Versicherung zur Betriebskrankenkasse können die in § 9 Abs. 1 SGB V genannten Personen unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten.
2. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen können der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie beim Beitritt noch nicht 25 Jahre alt sind.

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

1. sie zu dem in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören oder
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
3. der Ehegatte/Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer Betriebskrankenkasse/einem Verband der Betriebskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren.

IV. Familienversicherte

Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und Kinder von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der Betriebskrankenkasse durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Krankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 die Kündigungserklärung des Mitglieds. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Betriebskrankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Abs. 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Absatz I Satz 4 gilt entsprechend. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III. Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzung der Familienversicherung.

- IV. Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 14d gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen der Anlage zu § 14d Nr. 4 – 6 gekündigt werden, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder und andere Mitgliedergruppen

Für die Beitragsbemessung der freiwilligen Mitglieder, Rentenantragsteller sowie Mitglieder nach den §§ 5 Abs. 1 Nr. 13, 192 Abs. 5 SGB V, sowie in Fällen nach § 239 Satz 2 SGB V gelten die durch den GKV-Spitzenverband aufgestellten einheitlichen Grundsätze (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) in der jeweils gültigen Fassung.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die BKK VDN erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,3 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- 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 VDN; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III. Die Satzungshoheit für das U1- und U2-Verfahren wird auf den BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 5 i. V. m. § 8 Abs. 2 Satz 1 AAG 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 Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen. Für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10a Erhebung von Mahngebühren

Die pauschale Mahngebühr wird in Anlehnung an § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 60 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf 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

1. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und längstens für 25 Pflegeeinsätze je Kalendermonat erbracht.
2. Voraussetzung ist, dass
 - a. Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und
 - b. keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.
3. Die Dauer ist auf 8 Wochen im Kalenderjahr je Krankheitsfall begrenzt, maximal für die Dauer der Behandlungspflege. Die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege im Sinne dieser Vorschrift basiert auf derselben Erkrankung.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

1. Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder 41 SGB V die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.
2. Versicherte erhalten auch dann Haushaltshilfe, wenn sie sich zuhause aufhalten, aber keinen Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben, ihnen die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung wegen Krankheit nachweislich nicht möglich ist und die Betriebskrankenkasse die Kosten der ambulanten Behandlung trägt. Der Anspruch besteht für maximal 8 Wochen im Kalenderjahr.
3. Haushaltshilfe wird auch gewährt, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines Versicherten nicht möglich ist.
4. Voraussetzung für die Gewährung der Haushaltshilfe nach Nr. 1 bis 3 ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
5. Der Anspruch nach Nr. 1 bis 3 besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und arbeitsrechtliche Regelungen keine entsprechende Leistung vorsehen. Der Anspruch nach Nr. 1 bis 3 besteht nicht für Zeiten (Stunden), in denen die haushaltsführende Person selbst berufstätig ist.
6. 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 selbst beschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Schwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
7. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor 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 Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf eine 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 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., maximal 40 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 50 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen 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.

V. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Abs. 2 in Verbindung mit § 129 Abs. 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 Abs. 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
 - a. als dasjenige, für das die Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder
 - b. das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, sind von den Versicherten selbst zu tragen.

2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel gemäß Nr. 1 Satz 2 ist um 27,5 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
3. Es gelten § 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6.

§ 12a Primärprävention

- I. Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung - Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:
 1. Bewegungsgewohnheiten:
 - a) Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - b) Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
 2. Ernährung:
 - a) Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - b) Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
 3. Stressmanagement:
 - a) Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
 - b) Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)
 4. Suchtmittelkonsum:
 - a) Förderung des Nichtrauchens
 - b) gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums.
- II. Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt.
- III. Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.
- IV. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen und von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 160 EUR je Maßnahme gewährt.

§ 12b Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

- I. Die Betriebskrankenkasse sieht für ihre Versicherten Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren vor. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.
- II. Es gelten die Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen gemäß § 20k Abs. 2 SGB V in der jeweiligen gültigen Fassung.
- III. Die Leistungen werden als Sachleistungen erbracht. Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.

§ 12c Schutzimpfungen

- I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für folgende nicht in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V aufgeführten Schutzimpfungen:
 - HPV für Mädchen / Frauen im Alter von 18 – 26 Jahren
 - Influenza
 - Meningokokken B

Übernommen werden 100 v. H. der Kosten des Impfstoffes, sofern keine abweichenden Vereinbarungen nach § 132e SGB V mit Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen. Ärztliche Leistungen werden bis zu maximal 22 EUR je Impfserie erstattet, sofern keine abweichenden Vereinbarungen nach § 132e SGB V mit Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen.

- II. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Dazu gehört auch die Schutzimpfung gegen die Japanische Enzephalitis und die Kosten der Malariaphylaxe.

Die Betriebskrankenkasse erstattet 100 v. H. der Kosten des Impfstoffes bzw. Arzneimittels, sofern keine abweichenden Vereinbarungen nach § 132e SGB V mit Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen. Ärztliche Leistungen werden bis zu maximal 22 EUR je Impfserie erstattet, sofern keine abweichenden Vereinbarungen nach § 132e SGB V mit Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen.

- III. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

- IV. Ergänzend zu Absatz I und II übernimmt die Betriebskrankenkasse die Kosten für Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der BKK und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind und die Betriebskrankenkasse ihren Beitritt erklärt hat.

§ 12d Leistungsausschluss

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

§ 12e Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die BKK VDN 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 oder elektronischer 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.

IV. Voraussetzung für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist, dass sich die Versicherten gegenüber der BKK VDN schriftlich oder elektronisch in Form einer Einverständniserklärung verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten teilnehmenden Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Augenärzte, Gynäkologen, Kinderärzte sowie ärztliche Notfalldienste können ohne Überweisung in Anspruch genommen werden. Krankenhausbehandlungen sollen – von Notfällen abgesehen – ebenfalls nur auf Einweisung des betreuenden Hausarztes oder des auf Überweisung in den Behandlungsprozess einbezogenen Facharztes in Anspruch genommen werden. Der gewählte Hausarzt soll nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden. Bei Notfällen oder urlaubsbedingter Abwesenheit des betreuenden Hausarztes nehmen die Versicherten einen Hausarzt in Anspruch, der ebenfalls an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt.

V. Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der wirksamen Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BKK VDN ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK VDN. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK VDN dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Tag der wirksamen Einschreibung und damit der Beginn der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung wird durch die BKK VDN festgestellt.

Die Versicherten sind an ihre Pflichten nach Abs. 4 und an die Wahl des Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden. Eine gleichzeitige Teilnahme eines Versicherten an mehreren Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung ist ausgeschlossen.

Der Versicherte kann seine Teilnahme frühestens nach einem Teilnahmejahr schriftlich oder elektronisch gegenüber der BKK VDN kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Teilnahmejahres. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Quartal.

Die Teilnahme kann beendet werden, wenn der Versicherte ohne Überweisung einen anderen als den gewählten Hausarzt wiederholt aufsucht. Dies gilt nicht in den in Abs. 4 Satz 2 beschriebenen Fällen. Verstoßen Versicherte gegen ihre Pflichten nach Absatz 4, können diese insbesondere im Wiederholungsfall aus der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73b SGB V ausgeschlossen werden. Ferner können bei der unzulässigen direkten Inanspruchnahme von Facharzt- oder Hausarztleistungen Leistungen zurückgefordert werden; bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten kann auch der Ersatz der Mehrkosten, die der BKK VDN durch dieses Verhalten entstehen, verlangt werden.

§ 12f Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

1. Diabetes mellitus Typ 1
2. Diabetes mellitus Typ 2
3. Brustkrebs
4. Koronare Herzkrankheit
5. Asthma
6. 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 Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassenen Fassung.

II. Die Teilnahme ist schriftlich oder elektronisch gegenüber der BKK VDN zu erklären (Einschreibung). Mit der Einschreibung erklärt sich der Versicherte zur aktiven Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm bereit. Voraussetzung für die Teilnahme ist die schriftliche Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch einen Arzt, der als koordinierender Vertragsarzt am jeweiligen Behandlungsprogramm teilnimmt oder als angestellter Arzt Leistungen des jeweiligen Programms erbringt.

III. Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm endet bei Widerruf der Einwilligungserklärung (schriftlich oder elektronisch) durch den Versicherten mit dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung bei der BKK VDN, es sei denn, der Versicherte bestimmt einen späteren Zeitpunkt; in diesem Fall endet die Teilnahme zu dem vom Versicherten bestimmten Zeitpunkt. Unabhängig hiervon endet die Teilnahme bei Wegfall der Voraussetzungen für die Einschreibung oder wenn der Versicherte innerhalb von 12 Monaten zwei der im Rahmen des Behandlungsprogramms veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder wenn aufeinanderfolgend zwei der im Rahmen des Behandlungsprogramms quartalsbezogen vom Arzt zu erstellenden Dokumentationen nicht fristgerecht an die BKK VDN übermittelt worden sind.

§ 12g Wahltarif besondere Versorgung

- I. Versicherte können an besonderen Versorgungsformen nach § 140a SGB V teilnehmen.

- II. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die besonderen Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der besonderen Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch den Inhalt des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

- III. Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich oder elektronisch gegenüber der BKK VDN (Einschreibung). Sie beginnt mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK VDN. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK VDN dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regelt die BKK VDN in den Teilnahmeerklärungen.

- IV. Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich oder elektronisch gegenüber der BKK VDN kündigen. Die Kündigung wird mit Ablauf des Quartals wirksam in dem die Kündigung bei der BKK VDN eingegangen ist. Die Teilnahme endet außerdem mit Abschluss des Behandlungspfades.

§ 13 - zurzeit nicht besetzt -

§ 14 Wahltarife Krankengeld

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet
 - hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V) und
 - unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V)einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes, sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 4 SGB V gewählt haben

und
 - nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten selbständigen Künstlern und Publizisteneinen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.
- II. Die Tarife werden gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- III. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage zu § 14d, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 15 - zurzeit nicht besetzt -

§ 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Die BKK VDN gewährt ihren Versicherten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V. Die näheren Bestimmungen zu den Anspruchsvoraussetzungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

§ 16a Bonus für Versicherte ab dem 16. Lebensjahr (BoNickel, BoNickel-Prime)

- I. Versicherte ab dem 16. Lebensjahr, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus (BoNickel), wenn sie von den Punkten 1 bis 15 mindestens einen Punkt innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

Für die Erfüllung der nachfolgenden Punkte kann ein Bonus nach § 65a Abs. 1 SGB V geltend gemacht werden:

1. Der Versicherte nimmt ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zum Ende des 35. Lebensjahres einmalig eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 1 SGB V in Anspruch. Der Bonus kann nur im Jahr der Inanspruchnahme geltend gemacht werden.
2. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 3 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 1 SGB V teil. Der Bonus kann nur im Kalenderjahr der Inanspruchnahme geltend gemacht werden.
3. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 2 SGB V i. V. m. mit § 25a SGB V teil.
4. Der Versicherte hat im Kalenderjahr ein Hautkrebsscreening durchgeführt.
5. Ergänzend zum Bonus nach Punkt 2 hat die Versicherte im Rahmen der Früherkennung von Brustkrebs nach § 25 Abs. 2 SGB V i. V. m. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie am Mammographie-Screening ab dem 50. Lebensjahr teilgenommen. Der Bonus kann nur im Kalenderjahr der Inanspruchnahme geltend gemacht werden.
6. Ergänzend zum Bonus nach Punkt 2 hat der Versicherte im Rahmen der Früherkennung von kolorektalen Karzinomen nach § 25 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 25a SGB V sowie der Krebsfrüherkennungsrichtlinie und der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme die Koloskopie ab dem 50. Lebensjahr (Männer) bzw. ab dem 55. Lebensjahr (Frauen) in Anspruch genommen. Der Bonus kann nur im Kalenderjahr der Inanspruchnahme geltend gemacht werden.
7. Der Versicherte hat eine Schutzimpfung nach § 20i Abs. 1 SGB V oder § 12b dieser Satzung in Anspruch genommen.

Für die Erfüllung der nachfolgenden Punkte kann ein Bonus nach § 65a Abs. 1a SGB V geltend gemacht werden:

8. Der Versicherte hat die nach § 22 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) vollständig (2 x jährlich) in Anspruch genommen.
9. Der Versicherte hat an der jährlichen zahnärztlichen Untersuchung (ab dem 18. Lebensjahr) teilgenommen.
10. Der Versicherte nimmt mindestens einmal jährlich eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch.
11. Die Vorsorgeuntersuchung J2 (im Alter von 16 bis 17 Jahren) nach § 17 b dieser Satzung wurde in Anspruch genommen.
12. Die Versicherte hat an allen vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft teilgenommen. Der Bonus kann nur im Kalenderjahr der Entbindung geltend gemacht werden.
13. Der Versicherte treibt nachweislich regelmäßig Sport (Sportverein, Fitness-Studio, aktuelles Sportabzeichen).
 - a) Sportverein: Es wird eine aktive Betätigung in einem Sportverein des Deutschen Sportbundes (im Gegensatz zur „inaktiven Mitgliedschaft“) bonifiziert. Aktiv ist eine Betätigung, sobald der ausgeübte Sport in der Regel zweimal im Monat durchgeführt wird und dies mindestens seit drei Monaten. Der Sportverein bestätigt dies durch einen Stempel im Bonusformular.
 - b) Fitness-Studio: Es wird eine regelmäßige sportliche Betätigung in einem qualifizierten Fitness-Studio bonifiziert (im Gegensatz zur „inaktiven Mitgliedschaft“). Als qualifiziert gilt die Zertifizierung nach DIN EN 17229 und die DIN-Norm 33961 (ZertFit) oder Training unter Anleitung von qualifiziertem Personal in Form eines Diplom Sportwissenschaftlers, Physiotherapeuten, lizenzierten Fitnesstrainers (B-Lizenz) oder Sport- und Fitnesskaufmannes. Das Training im Fitnessstudio muss mindestens zweimal im Monat erfolgen und dies mindestens seit drei Monaten. Der Trainer/Verantwortliche des Fitness-Studios bestätigt dies durch einen Stempel und Unterschrift im Bonusformular.
 - c) Sportabzeichen: Es wurde im Kalenderjahr (Bonusjahr) ein anerkanntes Sportabzeichen (z. B. Deutsches Sportabzeichen) errungen. Die Bestätigung erfolgt auf dem Bonusformular vom Leistungserbringer/Trainer/Veranstalter.
14. Der Versicherte hat im Kalenderjahr mindestens zweimal an einer öffentlichen Veranstaltung im Ausdauerbereich nachweislich teilgenommen (Laufveranstaltung, Radsportveranstaltung, Triathlonveranstaltung, Schwimmveranstaltung). Der Veranstalter bestätigt dies durch einen Stempel im Bonusformular. Als Nachweis gilt auch eine Anmeldebestätigung sowie eine Teilnehmer- oder Siegerurkunde.
15. Der Versicherte hat Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch genommen.

- II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt (Punkte 1 bis 12) bzw. dem Anbieter der Leistung (Punkte 13 bis 15) auf dem Bonusformular quittiert.
- III. Der Versicherte erhält für die Punkte 1 bis 15 zwischen 1 und 4 Bonuspunkten. 1 Bonuspunkt hat einen Wert von 10 EUR. Der Punkt 1 erhält 4 Bonuspunkte. Die Punkte 2 und 3 erhalten jeweils 2 Bonuspunkte. Der Punkt 10 erhält 3 Bonuspunkte. Die Punkte 4 bis 9 und 11 bis 15 erhalten jeweils 1 Bonuspunkt (BoNickel).
- IV. Alternativ zum Bonusmodell nach Abs. III hat der Versicherte Anspruch auf einen Bonus nach diesem Abs. IV. Der Bonus wird ausschließlich als Zuschuss zu den Kosten der vom Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen nach Abs. V gezahlt. Ausgeschlossen sind Leistungen, die nicht im Kalenderjahr, für den der Bonus gewährt wird, erbracht wurden. Der Bonusanspruch entsteht erst nach Vorlage der Originalrechnungen. Werden Kosten unterhalb der jeweiligen Bonushöhe nachgewiesen, werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet. Eine Erstattung ist nur möglich, sofern die BKK VDN nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist. Gesetzliche Zuzahlungen sind vom Zuschuss ausgenommen.

Die Höhe des Bonus richtet sich nach Abs. III. Abweichend davon beträgt er beim Nachweis von

- 6 Maßnahmen nach Abs. I 120 EUR
- 7 Maßnahmen nach Abs. I 140 EUR
- 8 Maßnahmen nach Abs. I 160 EUR
- 9 Maßnahmen nach Abs. I 180 EUR
- 10 Maßnahmen nach Abs. I 250 EUR.

V. Leistungen nach Abs. IV sind:

- Brillen und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe
- Behandlung mit Akupunktur
- Heilpraktiker-Behandlung
- Sportmedizinische Untersuchung und Beratung (durch einen Arzt, Physiotherapeuten oder Fitnessstudio)
- Jahresbeitrag für ein Fitnessstudio
- Sport- und Fitnessausrüstung
- Gesundheitskurse, die nicht durch die Zentrale Prüfstelle zertifiziert sind (z. B. Zumba, Spinning, Problemzonen-Gymnastik etc.)
- Ultraschalluntersuchungen zur Krebsfrüherkennung und Brustkrebstastuntersuchungen (z. B. discovering hands)
- PSA-Bluttest (Prostata-spezifisches Antigen)
- Zusatzdiagnostik in der Mutterschaftsvorsorge
- Geräte zur Messung der Bewegungsintensität von dynamischen Aktivitäten (messen der Pulsfrequenz und/oder messen der Schritte)
- Elektronische Gesundheitsangebote bzw. digitale Sportkurse
- Folgende zahnärztliche Leistungen:
 - Zahnversiegelung
 - Zahnbehandlung unter Vollnarkose
 - Zahnbehandlung unter Lachgas- oder Dämmerschlafnarkose
 - Funktionsanalyse
 - Endodontie (Wurzelbehandlung)
 - Kunststofffüllungen oder Inlays

- Digitale Volumentomographie (DVT)
- Lasereinsatz
- Hypnose
- mikrobiologischer Keimtest

- VI. Eine Kombination der Bonusmodelle nach Abs. III und Abs. IV ist nicht möglich. Die Entscheidung ist bindend für das beantragte Kalenderjahr und wird getroffen, sobald das Bonusformular bei der BKK VDN eingereicht wird.
- VII. Der Bonus wird dem Versicherten als einmalige Leistung je Punkt in Euro nach Abs. III oder als Zuschuss zu Leistungen nach Abs. IV ausgezahlt. Das Bonusformular kann bereits im Laufe des Kalenderjahres eingereicht werden und sollte bis zum 31.03. des Folgejahres bei der BKK VDN eingehen.
- VIII. Der Versicherte, der im Kalenderjahr das 16. Lebensjahr vollendet, muss sich für einen Bonus nach § 16a oder § 16b entscheiden. Die Boni nach § 16a und § 16b können nicht miteinander kombiniert werden.

§ 16b Bonus für Kinder bis zum 15. Lebensjahr (BoNickel-Junior)

- I. Versicherte Kinder im Alter bis 15 Jahren, die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten einen Bonus, wenn sie von den Punkten 1 bis 7 mindestens einen Punkt innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

- II. Für die Erfüllung der nachfolgenden Punkte kann ein Bonus nach § 65a Abs. 1 SGB V geltend gemacht werden:
 1. Das Kind hat im Kalenderjahr eine Kinderuntersuchung nach § 26 Abs. 1 SGB V durchgeführt (U1 bis U9, J1).
 2. Das Kind hat eine Schutzimpfung nach § 20i Abs. 1 SGB V oder § 12b dieser Satzung in Anspruch genommen.

Für die Erfüllung der nachfolgenden Punkte kann ein Bonus nach § 65a Abs. 1a SGB V geltend gemacht werden:

3. Das Kind hat im Kalenderjahr die zusätzlichen Kinderuntersuchungen U10 oder U11 durchgeführt.
4. Das Kind hat bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres eine eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahnkrankheiten (Nr. 01 BEMA-Z) oder eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU BEMA-Z) im Kalenderjahr durchgeführt.
5. Das Kind hat die nach § 22 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen vollständig (2 x jährlich) in Anspruch genommen (ab einem Alter von 6 Jahren).
6. Das Kind treibt regelmäßig Sport in einem Sportverein. Alternativ hat das Kind das Deutsche Sportabzeichen erworben.
 - a) Sportverein: Es wird eine aktive Betätigung in einem Sportverein des Deutschen Sportbundes (im Gegensatz zur „inaktiven Mitgliedschaft“) bonifiziert. Aktiv ist eine Betätigung, sobald der ausgeübte Sport in der Regel zweimal im Monat durchgeführt wird und dies mindestens seit drei Monaten. Der Sportverein bestätigt dies durch einen Stempel im Bonusformular.
 - b) Sportabzeichen: Es wurde im Kalenderjahr (Bonusjahr) ein anerkanntes Sportabzeichen (z. B. Deutsches Jugend-Sportabzeichen) errungen. Die Bestätigung erfolgt auf dem Bonusformular vom Leistungserbringer/Trainer/Veranstalter.
7. Das Kind kann nachweislich Schwimmen (Schwimmabzeichen). Der Nachweis erfolgt anhand der folgenden Schwimmabzeichen: Frühschwimmer (Seepferdchen), Deutsches Schwimmabzeichen Bronze (Freischwimmer), Deutsches Schwimmabzeichen Silber, Deutsches Schwimmabzeichen Gold.

Die Bonifizierung der Schwimmabzeichen erfolgt nur im Kalenderjahr (Bonusjahr) der Ablegung.

- III. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt (Punkte 1 bis 4) bzw. dem Anbieter der Leistung (Punkt 5) auf dem Bonusformular quittiert.
- IV. Der Bonus wird dem Versicherten als einmalige Leistung je Punkt in Höhe von 10 EUR ausgezahlt. Das Bonusformular kann bereits im Laufe des Kalenderjahres eingereicht werden und sollte bis zum 31.03. des Folgejahres bei der BKK VDN eingehen.
- V. Zusätzlich zu den Regelungen nach Abs. II bis Abs. IV wird ein Babybonus in Höhe von 150 EUR ausgezahlt, wenn die Kinderuntersuchung nach § 26 Abs. 1 SGB V (U1 bis U6) und die Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V im ersten Lebensjahr des Kindes gem. Schutzimpfungsrichtlinie vollständig wahrgenommen wurden. Der Babybonus kann nur einmal in Anspruch genommen werden.
- VI. Der Versicherte, der im Kalenderjahr das 16. Lebensjahr vollendet, muss sich für einen Bonus nach § 16a oder § 16b entscheiden. Die Boni nach § 16a und § 16b können nicht miteinander kombiniert werden.

§ 16c Bonus für betriebliche Gesundheitsförderung

- I. Die BKK VDN fördert nach § 65a Abs. 2 SGB V Arbeitgeber und Versicherte, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b Abs. 1 SGB V im Unternehmen umsetzen oder an diesen teilnehmen, mit einem Bonus. Basis für die Umsetzung der Maßnahmen nach Satz 1 ist die Einrichtung eines Gesundheitszirkels unter Leitung der BKK VDN sowie eine Mitarbeiterbefragung. Bei Betrieben mit mehr als 200 Beschäftigten und mindestens 50 versicherten Arbeitnehmern bei der BKK VDN ist zusätzlich eine AU-Datenanalyse unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten zur Identifikation von Schwerpunktthemen notwendig.
- II. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden durch die BKK VDN und deren Kooperationspartner qualitätsgesichert erbracht.
- III. Der Bonus kann gewährt werden, wenn mindestens 20 v. H. der Arbeitnehmer Mitglied der BKK VDN sind und die Qualität der Maßnahmen des vom GKV-Spitzenverband herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung entspricht. Die Maßnahmen dürfen nicht bereits Gegenstand einer Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sein. Dies gilt ebenso für Maßnahmen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention, die nicht zertifiziert sind (§§ 20b Abs. 1 Satz 2, 20 Abs. 5 Satz 1 SGB V).
- IV. Die BKK VDN und der Arbeitgeber vereinbaren, welche Maßnahmen nach Abs. 1 mit Erfolg durchgeführt werden müssen, um den Bonus zu erhalten. Die einzelnen Verfahrensschritte, die bei der BKK VDN versicherten Teilnehmer sowie die Durchführung der Maßnahmen sind vom Arbeitgeber ausreichend zu dokumentieren. Die Maßnahmen und deren Umsetzung, die einzelnen Verfahrensschritte und die Dokumentation sind in einem Kooperationsvertrag zwischen Arbeitgeber und BKK VDN zu regeln.
- V. Auf der Grundlage der Dokumentation prüft die BKK VDN, ob die durchgeführten Maßnahmen den Qualitätsstandards nach Abs. 3 entsprechen und bewertet anhand von objektiven und wissenschaftlich anerkannten Kriterien deren Erfolg. Über das Ergebnis der Bewertung und die damit verbundene Entscheidung zur Bonusgewährung wird der Arbeitgeber unter Angabe von Gründen schriftlich informiert.
- VI. Der Bonus beträgt pauschal 200 EUR (Pauschalbonus) für den Arbeitgeber und wird für die teilnehmenden Beschäftigten um weitere 100 EUR (Individualbonus) erhöht, sofern im Rahmen der Kooperation eine Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung in Form eines Kompaktseminars oder Workshops durchgeführt wird. Der Individualbonus steht jedem versicherungspflichtig gemeldeten Beschäftigten des Arbeitgebers zu, sofern er bei der BKK VDN versichert ist. Dies gilt ebenso für Beschäftigte des Arbeitgebers, die freiwilliges Mitglied der BKK VDN sind. Der Individualbonus steht jeweils zur Hälfte dem Arbeitgeber und zur Hälfte den teilnehmenden und bei der BKK VDN versicherten Mitgliedern zu. Die Auszahlung des Arbeitgeberanteils erfolgt an den Arbeitgeber, die Auszahlung des Versichertenanteils an die BKK VDN-Mitglieder erfolgt an diese selbst.

- VII. Die vereinbarten BGF-Maßnahmen richten sich an alle Mitarbeiter des kooperierenden Arbeitgebers – unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit oder dem Beschäftigungsstatus. Zudem können durch die BKK VDN alle Mitarbeiter im Vorfeld und begleitend über die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung informiert werden. Die bei der BKK VDN versicherten Mitarbeiter, die einen Bonusanspruch erwerben, werden zusätzlich gesondert über die Zahlung der Boni informiert.

§ 17 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

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

§ 17a Osteopathie

- I. Versicherte können aufgrund einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker mit der Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz oder Physiotherapeuten erbracht werden. Die genannten Leistungserbringer müssen eine ordentliche Mitgliedschaft im Verband der Osteopathen e. V. (VOD e. V.) oder der Deutschen Gesellschaft für osteopathische Medizin e. V. oder der Deutschen Gesellschaft für Chirotherapie und Osteopathie e. V. oder der Deutschen Ärztesgesellschaft für Osteopathie e. V. nachweisen können oder ein Zertifikat der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e. V. besitzen. Die Aufzählung der genannten Fachverbände ist nicht abschließend, sofern weitere Verbände gleichwertige Qualitätskriterien nachweisen. Wenn Leistungserbringer eine osteopathische Ausbildung mit vergleichbaren Qualitätskriterien der o. g. Fachverbände in einem Stundenumfang von mindestens 1.350 Stunden nachweisen, ist eine Mitgliedschaft in einem Fachverband obsolet.

- II. Die Kosten werden für maximal sechs Sitzungen je Versicherten im Kalenderjahr übernommen. Erstattet werden je Sitzung maximal 60 EUR. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung einzureichen.

§ 17b Leistungen für werdende Mütter, Kinder und Jugendliche

- I. Versicherte schwangere Frauen haben vor der Entbindung Anspruch auf eine Hebammenrufbereitschaft. Der Erstattungsbetrag beträgt 100 % des Rechnungsbetrages, maximal 300 EUR. Erstattungsfähig sind nur Leistungen von Hebammen nach dem Hebammengesetz i. V. m. der Hebammen-Vergütungsvereinbarung. Zur Erstattung ist die Originalrechnung einzureichen.

- II. Vorsorgeleistungen, Arzneimittel sowie Geburtsvorbereitungskurse der Partnerin/des Partners während der Schwangerschaft werden der Versicherten auf Antrag nach der Entbindung bezuschusst. Bezuschussungsfähig sind:
 - Ultraschalluntersuchungen für Frauen mit ärztlich diagnostiziertem erhöhtem medizinischem Risiko hinsichtlich körperlicher Fehlbildungen ihres ungeborenen Kindes
 - Toxoplasmose-Screening
 - Triple-Test
 - Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken
 - Zytomegalie-Test
 - Streptokokken-Test
 - NIPT-Test
 - Ersttrimester-Screening
 - nichtverschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen des Vitamin B-Komplexes, Jodid, Eisen, Magnesium und/oder Folsäure als Mono- oder Kombinationspräparate. Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit Eisen, Magnesium und/oder Folsäure ist ausgeschlossen. Der gesetzliche Anspruch nach § 34 Absatz 1 Satz 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.
 - ph-Wert-Testhandschuhe
 - Geburtsvorbereitungskurse der Partnerin/des Partners

Insgesamt ist ein Zuschuss von maximal 500 EUR je Schwangerschaft möglich.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Vorsorgeleistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung (Kassenarzt) im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnimmt. Hiervon ausgenommen sind Geburtsvorbereitungskurse der Partnerin/des Partners.

- III. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Förderung der geistigen und körperlichen Entwicklung haben Kinder bis zu einem Alter von einschließlich 6 Jahren Anspruch auf kalenderjährlich maximal 2 Kurse aus dem Bereich Babyschwimmen, Kleinkinderschwimmen, Babymassage, Baby-Yoga, Baby-Shiatsu oder Pekip, Elba, FenKid, DELFI, FABEL, Pikler. Bei regelmäßiger Teilnahme (80 % der Kurseinheiten) wird ein Zuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, insgesamt max. 240 EUR je Kalenderjahr gewährt.

Die genannten Kurse müssen von qualifizierten Anbietern durchgeführt werden. Qualifizierte Anbieter sind:

- a) Babyschwimmen, Kleinkinderschwimmen:
Fachangestellter für Bäderbetriebe, ausgebildeter Schwimmlehrer (DSV, DLRG e.V.), abgeschlossene Ausbildung zum Kursleiter Babyschwimmen (DSV, DLRG e.V.), abgeschlossene Ausbildung zum Kursleiter Anfängerschwimmen (DSV, DLRG e.V.)
- b) Baby-Massage, Baby-Yoga, Baby-Shiatsu:
Hebamme
- c) Pecip:
Pecip-Gruppenleiter-Zertifikat
- d) Elba (Eltern- und Baby-Kurs):
Elba-Kursleiter-Zertifikat des DRK
- e) FenKid
z. B. Hebammen, Logopädinnen, Ergotherapeutinnen, Sozial-Pädagoginnen die zur FenKid-Kursleitung weitergebildet wurden
- f) DELFI
DELFI-Kursleiter-Zertifikat der Evang. Familien-Bildungsstätten
- g) FABEL
FABEL-Kursleiter-Zertifikat der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung-Familienbildung und Frauengesundheit Bundesverband e. V.
- h) Pikler
z. B. Pädagogen, Psychologen, Therapeuten und Mediziner mit einer Ausbildung zum Pikler-Pädagogen

Zur Erstattung ist die Original-Teilnahmebescheinigung einzureichen. Die Teilnahmebescheinigung muss folgende Inhalte aufweisen: Name und Vorname des Versicherten, Anbieter, Kursleitung, Kursbeginn und Kursende, Kurseinheiten, Anzahl der absolvierten Kurseinheiten, Kursgebühr.

- IV. Versicherte im Alter von 16 bis 17 Jahren können eine zusätzliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen. Schwerpunkt der zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung ist das Erkennen bzw. die Behandlung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, von Haltungsstörungen, Kropfbildung sowie die Diabetes-Vorsorge. Der Arzt berät den Jugendlichen bei Fragen des Verhaltens, der Sozialisation, der Familie und der Sexualität sowie der Berufswahl. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem an der vertragsärztlichen Versorgung (Kassenarzt) teilnehmenden Kinderarzt durchgeführt wird. Die Kosten können bis zu maximal 60 EUR erstattet werden.

§ 17c Außervertragliche Psychotherapie

- I. Versicherte können auf Antrag ambulante psychotherapeutische Behandlungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und ein wohnortnaher Leistungserbringer im Sinne des 4. Kapitel des SGB V keinen Therapieplatz in einem zumutbaren Zeitraum zur Verfügung stellen kann. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügt und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen kann.
- II. Der Leistungsumfang der ambulanten außervertraglichen psychotherapeutischen Behandlung ergibt sich aus den Psychotherapie-Richtlinien.
- III. Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Dienstleistung zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des 2,3-fachen Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

§ 17d nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

- I. Über die im SGB V geregelten Ansprüche zur Arzneimittelversorgung hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie in Höhe von 100 % des Rechnungsbetrages, maximal 100 EUR im Kalenderjahr, wenn diese durch einen Arzt verordnet wurden. Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der Versorgung ausgeschlossen wurden, werden nicht erfasst. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 – 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.
- II. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Rechnungen/Nachweise der Apotheke und die ärztliche Verordnung einzureichen.

§ 18 Ärztliche Zweitmeinung nach § 27b Abs. 6 Satz 1 SGB V

- I. Versicherte, die von ihrem behandelndem Arzt eine ärztliche Therapieempfehlung von schwerwiegender Bedeutung (z. B. eine Empfehlung zur Operation) erhalten haben, können innerhalb eines halben Jahres nach Erhalt der Empfehlung eine ärztliche Zweitmeinung von nicht zugelassenen Leistungserbringern nach Abs. III in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK VDN mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. II getroffen hat, die diese Leistungen einschließt. Ausgenommen von diesem Anspruch sind planbare Eingriffe nach der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) nach § 27b Abs. 2 SGB V.
- II. Die BKK VDN trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V Vereinbarungen über die Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern oder Gemeinschaften von Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und zumindest eine qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.
- III. Die BKK VDN führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. II getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten sowie zu den Fachbereichen (Indikationen), für die eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt werden kann. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.bkk-vdn.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die BKK VDN den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zu Verfügung.

§ 19 Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

- I. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK VDN ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- II. Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der BKK VDN 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 BKK VDN.
- IV. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 20 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 21 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

§ 22 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 23 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der BKK VDN sowie im Internet unter www.bkk-vdn.de.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist eine Woche.

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

§ 23a Veröffentlichung der Jahresrechnung

Die BKK VDN veröffentlicht zum 30.11. eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse im Sinne des § 305 b SGB V für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und auf ihrer Internetpräsenz unter www.bkk-vdn.de.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 22.12.2020 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.01.2021 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Satzung vom 04.12.2019 außer Kraft.

Die Satzung der BKK VDN wird gemäß § 195 Abs. 1 SGB V genehmigt.

Düsseldorf, 22.12.2020
Aktenzeichen: IIIB3-PA.3009/0001-2020/08916
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Im Auftrag
gez. Wahl-Diedrichs

Nachträge zu dieser Satzung:

Vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen wurde folgender Nachtrag zu dieser Satzung genehmigt:

1. Nachtrag vom 02.12.2021 am 16.12.2021; in Kraft ab 01.01.2022
 - Einfügung § 2 Abs. VIII Nr. 6 (schriftliche Beschlüsse des Verwaltungsrates aus wichtigen Gründen)
 - Einfügung § 4 Abs. II Nr. 8 (schriftliche Beschlüsse des Widerspruchsausschusses aus wichtigen Gründen)
 - Änderung § 12a Abs. IV (Zuschuss für Präventionskurse von Fremdanbietern)
 - Einfügung § 12b (Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz)
 - Neu Nummerierung und Änderung § 12c Abs. I und Abs. II (Schutzimpfungen)
 - Neu Nummerierung
 - § 12d (Leistungsausschluss)
 - § 12e (Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung)
 - § 12f (Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme)
 - § 12g (Wahltarif besondere Versorgung)
 - Änderung § 16a Abs. V (Bonus für Versicherte ab dem 16. Lebensjahr)
 - Einfügung § 16b Abs. V (Babybonus)
 - Änderung § 17a Abs. II (Osteopathie)

- Änderung § 17b Abs. I (Hebammenrufbereitschaft)
 - Änderung § 17b Abs. II (Vorsorgeleistungen, Arzneimittel sowie Geburtsvorbereitungskurse der Partnerin/des Partners während der Schwangerschaft)
 - Änderung § 17b Abs. III (Kurse für Kleinkinder)
 - Streichung § 17b Abs. V (Geburtsvorbereitungskurse für Ehegatte/Partner)
 - Einfügung § 17d (nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel)
-

Nachträge zur Anlage zu § 2 der Satzung der BKK VDN (Entschädigungsregelung für Mitglieder des Verwaltungsrates):

Vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen wurde folgender Nachtrag zur Anlage zu § 2 der Satzung der BKK VDN genehmigt:

1. Nachtrag vom 02.12.2021 am 16.12.2021; in Kraft ab 01.01.2022
 - Änderung § 4 Abs. I (Pauschbetrag für Zeitaufwand)
 - Änderung § 7a (Entschädigung für die Vorsitzenden des Verwaltungsrates)

Entschädigungsregelung für Mitglieder des Verwaltungsrates

- § 1 Entschädigung für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung
- § 2 Erstattung von Barauslagen für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung
- § 3 Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung
- § 4 Pauschbetrag für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung
- § 5 Entschädigung für Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates
- § 6 Entschädigung für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen
- § 7 Entschädigungsregelung für die Vorsitzenden des Verwaltungsrates der BKK VDN

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

Für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung der Betriebskranken-/Pflegekasse (einschließlich der An- und Abreise) werden Mitgliedern bzw. den stellvertretenden Mitgliedern des Verwaltungsrates folgende Entschädigungen gewährt:

1. Erstattung der Barauslagen
2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge
3. Pauschbeträge

§ 2 Erstattung der Barauslagen für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

- I. Es wird Tagegeld für Verpflegungsmehraufwendungen und Übernachtungskosten-erstattung nach den jeweils gültigen Vorschriften des Landesreisekostengesetzes gewährt.¹

Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, so ist das Tagegeld entsprechend § 7 Absatz 2 LRKG zu kürzen.

Sind unvermeidbare Übernachtungskosten entstanden, die das Übernachtungsgeld überschreiten, so wird auch der nachgewiesene Mehrbetrag erstattet.

- II. Es werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Hin- und Rückreise in der niedrigsten Beförderungsklasse bei Eisenbahn- und Schiffsreisen sowie Nebenkosten (Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung usw.) ersetzt. Die Kosten für die 1. Beförderungsklasse werden erstattet, bei Bahnreisen deren Dauer (einschließlich der Umsteigezeiten) mindestens drei Stunden beträgt.²

Dabei werden gewährt:

- a) Die Kosten für die Benutzung eines Schlafwagens; ein Übernachtungsgeld wird in diesem Falle nur dann gezahlt, wenn wegen der frühen Ankunft und späten Abfahrt des Beförderungsmittels eine Unterkunft in Anspruch genommen oder beibehalten werden musste,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- bzw. Touristenklasse,

¹ Gemeinsame Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung Abschnitt I und II; § 7 Absatz 1 und 2 LRKG NRW i. V. m. § 4 Absatz 5 Satz 1 Nr. 5 Satz 2 EStG sowie § 8 LRKG NRW (Tagegeld: 8 - 11 Std. = 6 €, 11 - 24 Std. = 12 €, ab 24 Std. = 24 €). Bei unter 8-stündiger Abwesenheit wird kein Tagegeld gezahlt.

² Vgl. § 5 Absatz 1 LRKG NRW.

- c) bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 6 Absatz 1 und 2 des Landesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.³ Werden Personen, die gegen die Betriebskranken-/Pflegekasse einen Anspruch auf Fahrkostenerstattung haben, im Kraftwagen eines Organmitglieds mitgenommen, so wird je Person und gefahrenen Kilometer eine Mitnahmeentschädigung von 0,02 EUR gezahlt.

§ 3 Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge für die Teilnahme an Sitzung

- I. Den Mitgliedern des Verwaltungsrates 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.⁴
- II. Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstauffall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstauffall pauschal in Höhe von einem Drittel des vorstehend genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstauffall wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

§ 4 Pauschbetrag für Zeitaufwand

- I. Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 79 EUR⁵.
- II. Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag nur ein volles Tage- und Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden.

³ 0,30 € für jeden gefahrenen Kilometer mit dem PKW.

⁴ Bezugsgröße 2022 = 3.290 €; 1/75 = 43,87 €

⁵ Gemeinsame Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung Abschnitt VI (Stand November 2021)

§ 5 Entschädigung für Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates

- I. Für die Teilnahme an den Ausschusssitzungen werden Entschädigungen nach § 1 gewährt.
- II. Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand. § 4 Abs. 1 gilt entsprechend.

§ 6 Entschädigung für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

Jedes Mitglied des Verwaltungsrates, das außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrats, eines Ausschusses oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates tätig wird, wird nach § 1 entschädigt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

§ 7 Entschädigungsregelung für die Vorsitzenden des Verwaltungsrats

Für die Vorsitzenden des Verwaltungsrats der Betriebskranken-/Pflegekasse gelten über die allgemeinen Entschädigungsregelungen (§§ 1 bis 5) hinaus die folgenden Bestimmungen:

- a) Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 158 EUR⁶.
- b) Die Vorsitzenden des Verwaltungsrats erhalten zur Abgeltung besonderer Kosten aus ihrer Amtsführung (Telefon, Porto sowie sonstige Kosten) einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 27 EUR⁷.

Hinweis: Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig!

⁶ Gemeinsame Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung Abschnitt VI (Stand November 2021) – das 2-fache des Pauschbetrags nach § 4

⁷ Gemeinsame Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung Abschnitt V (Stand November 2021)

Anlage zu § 14d der Satzung der BKK VDN

Wahltarife Krankengeld

Teilnahme

1. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
 - a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens 24 Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 - b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
2. Die Teilnahme zum Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse.
5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die Betriebskrankenkasse unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Betriebskrankenkasse haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Betriebskrankenkasse nachzuweisen und die Betriebskrankenkasse über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

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

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

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

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

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

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i. V. m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:
 1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
 2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet
 - mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird,
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,

- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird,
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre,
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden,
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.
20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.
21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21 keine Anwendung.
22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
24. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die Betriebskrankenkasse an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

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

Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können
1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
 2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
27. Die Betriebskrankenkasse kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.
28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.
29. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die Betriebskrankenkasse auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Betriebskrankenkasse im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen.

Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten so lange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.