



SATZUNG BKK

Stand September 2022

SATZUNG Pflegekasse

Stand Januar 2021

BKK Akzo Nobel Bayern
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Glanzstoffstr. 1
63906 Erlenbach



**AKZO NOBEL
BAYERN**

**AKZO NOBEL
BAYERN**



Satzung der BKK Akzo Nobel Bayern

Stand September 2022

(Satzung vom 24.07.2015 in der redaktionellen Fassung
der Satzungsnachträge Nr.1 bis Nr. 10)

Übersicht der Satzung

	Seite
Artikel I Inhalt der Satzung	4
§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse	4
§ 2 Verwaltungsrat	5
§ 3 Vorstand	8
§ 4 Widerspruchsausschuss	9
§ 5 Kreis der versicherten Personen	10
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	11
§ 7 Aufbringung der Mittel	12
§ 8 Bemessung der Beiträge	13
§ 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge	14
§ 8b Wahltarif Prämienzahlung	15
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag	17
§ 9a Prämienzahlung gemäß § 242 Abs. 2 SGB V	18
§ 9b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	19
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	20
§ 10a Mahn- und Vollstreckungsgebühren	21
§ 10b Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V	22
§ 11 Höhe der Rücklage	23
§ 12 Leistungen	24
§ 12a Wahltarif Selbstbehalt	31
§ 12b Primärprävention	34
§ 12c Schutzimpfungen	36

§ 12d	Leistungsausschluss	37
§ 12e	Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenzen	38
§ 13	Medizinische Vorsorgeleistungen	39
§ 13a	Modellvorhaben für strukturierte Behandlungsprogramme	40
§ 13b	Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	41
§ 13c	Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung	42
§ 13d	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	43
§ 13e	Wahltarif besondere Versorgung	44
§ 13f	Wahltarife Krankentagegeld	45
§ 14	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	46
§ 14a	Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	49
§ 14b	Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	50
§ 15	Aufsicht	51
§ 16	Mitgliedschaft im Landesverband	52
§ 17	Bekanntmachungen	53
§ 18	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	54
Artikel II Inkrafttreten		55
Anlage 1 der Kassensatzung Stand 09.2022		57
Anlage 2 der Kassensatzung Stand 01.2018		60

Artikel I Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse (BKK) ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen BKK Akzo Nobel Bayern. Sie ist errichtet worden am 14.04.1924. Die BKK hat ihren Sitz in 63906 Erlenbach.

- II. Der Bezirk der BKK erstreckt sich auf die Betriebe der nachfolgend genannten Unternehmen:

Low & Bonar Production GmbH, ICO, 63906 Erlenbach
Low & Bonar Germany GmbH ICO, 63906 Erlenbach
Enka GmbH & Co. KG, ICO, 63784 Obernburg
Kraftwerk Obernburg GmbH, ICO, 63784 Obernburg
Evonik Operations GmbH, ICO, 63784 Obernburg
B. Braun Avitu Saxonia GmbH, ICO, 63784 Obernburg
Cordenka GmbH & Co. KG, ICO, 63784 Obernburg
PHP Fibers GmbH, ICO, 63784 Obernburg
Mainsite GmbH & Co. KG, ICO, 63784 Obernburg
Albis Plastic GmbH, ICO, 63906 Erlenbach
MainTech Systems GmbH, ICO, 63784 Obernburg
Analytik Service Obernburg GmbH, ICO, 63784 Obernburg

Die BKK Akzo Nobel Bayern kann darüber hinaus von Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten gewählt werden, die ihren Wohn- oder Beschäftigungsort im Freistaat Bayern haben (vgl. § 173 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

§ 2 Verwaltungsrat

I.

1. Das Selbstverwaltungsorgan 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 am 01.11. des Kalenderjahres.

II. Dem Verwaltungsrat der BKK gehören als Mitglieder

9 Versichertenvertreter und
9 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

IIa. Abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, Folgendes bestimmt:

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

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

III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der BKK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
 5. einen leitenden Beschäftigten der BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
 6. den Vorstand zu überwachen,
 7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen BKK zu beschließen,
 10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung,
 11. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- Va. Der Verwaltungsrat kann zur Erfüllung seiner Aufgaben Ausschüsse bilden.
- VI. Entschädigungen an Mitglieder des Verwaltungsrates nach festen Sätzen und Pauschbeträgen im Sinne des § 41 Abs. 1 und 3 SGB IV werden nicht gezahlt.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (§ 9a) ist der Verwaltungsrat beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder aus der Gruppe der Arbeitgeber ordnungsgemäß geladen und mehr als die Hälfte der Mitglieder dieser Gruppe anwesend sind.

- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz und sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

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

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

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

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 63906 Erlenbach.

- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus je einem Versicherten- und einem Arbeitgebervertreter aus dem Kreise der für den Widerspruchsausschuss vom Verwaltungsrat gewählten Personen.
 2. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates bestellt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 3. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 4. Der Vorsitz im Widerspruchsausschuss wechselt zwischen einem Arbeitgebervertreter und einem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK sein kann.
 5. Ein vom Vorstand beauftragter Mitarbeiter der BKK nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses ohne Stimmrecht teil.

- III. Das Nähere über das Erledigungsverfahren regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

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

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I. Zum Kreis der bei der BKK versicherten Personen gehören
 1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten
- II. Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der BKK nur dann beitreten, wenn sie zum Zeitpunkt des Beitritts das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III. Die in Abs. I und II genannten Personen können die BKK nur 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 bei der BKK Akzo Nobel Bayern bestanden hat oder
 3. der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner bei der BKK versichert ist,
 4. sie nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der BKK versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 6. sie bei einem Verband der BKK beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.
- IV. Familienversicherte
Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhebt die BKK nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die BKK 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 BKK 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
 - a) die Voraussetzung einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Die Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung; oder
 - b) keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse begründet werden soll - hier gilt die Kündigungsfrist nach Absatz I Satz 2.
- IV. Wenn ein Wahltarif nach § 13f gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur BKK frühestens unter den Voraussetzungen des § 13f i. V. m. Anlage 2 der Kassensatzung, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

**§ 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge**

- Entfallen durch Satzungsnachtrag Nr. 1 vom 28.07.2016 -

§ 8b Wahltarif Prämienzahlung

- I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als drei Monate bei der BKK versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der BKK in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied und seine nach § 10 SGB V anspruchsberechtigten Angehörigen für das abgelaufene Kalenderjahr die Kostenerstattung für alle Leistungsbereiche nach § 12 Absatz V gewählt hatten und spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

- II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
 - Prävention und Selbsthilfe (§ 20 und 20i SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V, Individualprophylaxe nach § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V) Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, § 22a SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
 - Leistungen während der Schwangerschaft und Mutterschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien (§ 24c bis § 24i SGB V)

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

III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt

im ersten Jahr 40 v.H.
im zweiten Jahr 60 v.H.
im dritten Jahr 80 v.H.
im vierten und jedem weiteren Jahr 100 v.H.

von 1/12 des im Kalenderjahr an die BKK gezahlten Jahresbeitrages, maximal jedoch 600 €, und umfasst auch die nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile.

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

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

- V. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen. Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für sich und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif nach § 12a wählt oder gewählt hat.
- VI. Die Prämienzahlung ist innerhalb von 6 Kalendermonaten nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, zu beantragen.
- VII. Der Wahltarif endet zum 31.12.2018.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die BKK 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 Prämienzahlung gemäß § 242 Abs. 2 SGB V

- Entfallen durch Satzungsnachtrag Nr. 1 vom 28.07.2016 -

§ 9b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Das Ausgleichsverfahren nach den §§ 1 bis 11 AAG richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage 1 zu dieser Satzung.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe 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 mit Ausnahme des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10a Mahn- und Vollstreckungsgebühren

I. Pauschale Mahngebühr

Zahlungspflichtige, die mit der Beitragszahlung im Rückstand sind, werden gemahnt. Die BKK erhebt hierfür Mahngebühren.

Unabhängig von der Höhe des Mahnbetrages beträgt die Mahngebühr 7,50 €.

Auf die Erhebung der Mahngebühren kann in begründeten Ausnahmefällen verzichtet werden.

Die Mahngebühr findet auch für sonstige Forderungen der BKK, die durch Bescheid geltend gemacht werden, Anwendung

II. Kosten der Vollstreckung

Für Amtshandlungen im Vollstreckungsverfahren werden die Kosten nach dem Kostengesetz in der jeweils geltenden Fassung erhoben, soweit nicht bundesrechtliche Kostenvorschriften unmittelbar gelten oder landesrechtlich für anwendbar erklärt sind. Erfolgt das Vollstreckungsverfahren durch den BKK-Vollziehungsdienst, werden als Kosten die dort vereinbarten Fallpauschalen erhoben.

§ 10b Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V

Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 Satz 2 SGB V werden grundsätzlich jährlich vorgenommen.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 25 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisregelung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

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

II. Häusliche Krankenpflege

1. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege wird die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderliche Grundpflege und ggf. hauswirtschaftliche Versorgung zeitlich unbegrenzt zur Verfügung gestellt.
2. Die Leistungen nach Ziffer 1 werden nicht gewährt, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI vorliegt oder eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.
3. Der Anspruch nach Ziffer 1 umfasst Sachleistungen bis zu einer Höhe von 307 € je Kalendermonat.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

1. Die BKK gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, Haushaltshilfe im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des § 38 Abs. 1 SGB V.
2. Darüber hinaus gewährt die BKK Haushaltshilfe im Rahmen des § 38 Abs. 2 SGB V für die Dauer einer Krankheit, längstens für 2 Wochen, wenn die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung wegen Krankheit nicht möglich ist und im Haushalt des Versicherten ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und darüber hinaus eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
3. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht)
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 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 BKK vor der Inanspruchnahme zu informieren. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf alle veranlassten oder auf einzelne Bereiche veranlasster Leistungen beschränkt werden.
3. Der Versicherte ist mindestens ein Kalendervierteljahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 1 Monat zum Quartalsende kündigen.

Wurde ein Wahltarif nach § 12a Absatz I gewählt (Selbstbehalt), gilt die Kündigungsfrist des § 8b Absatz IV entsprechend.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H, mindestens 5 €, höchstens 50 € für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern anzuwenden ist, 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. Ziffer 6 gilt entsprechend.

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 anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die BKK 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 i. V. m. § 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 BKK 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.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.
3. Vom Erstattungsbetrag werden 20 v. H. als Abschlag der für die BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zu der Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. eines der vier preisgünstigen Arzneimittel abgezogen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 i. V. m. § 31 Abs. 1 SGB V sind in Abzug zu bringen.
4. Die nach Nr. 3 ermittelten Erstattungsbeträge sind um 5 v. H., mindestens 5 €, maximal 50 € für Verwaltungskosten zu kürzen.

VI. Zusätzliche Satzungsleistungen

Im Rahmen des § 11 Abs. 6 SGB V erhalten Versicherte der BKK die nachfolgend unter a) bis d) aufgeführten Leistungen:

1. Gesundheitskonto

Die BKK stellt ihren Versicherten ein Gesundheitskonto zur Verfügung. Im Rahmen dieses Gesundheitskontos gewährt die BKK folgende Einzelleistungen:

a) Zusätzliche Vorsorgeleistungen

Für individuelle Vorsorgeuntersuchungen wird je Kalenderjahr für eine Rechnung ein Zuschuss von 50 % der entstandenen Kosten, maximal jedoch ein Betrag von 150 € erstattet.

b) Zusätzliche Leistungen im Bereich Zahnprophylaxe und zahnärztliche Behandlung

Für eine bei einem Vertragszahnarzt durchgeführte professionelle Zahnreinigung (PZR) wird je Kalenderjahr für eine Rechnung ein Zuschuss von 50 % der entstandenen Kosten, maximal 60 € je Kalenderjahr erstattet.

c) Osteopathie

Für vertragsärztlich verordnete osteopathische Leistungen werden jährlich maximal drei Behandlungen bis zu je 30 € (jährlicher Gesamtzuschuss maximal 90 €) nach Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung erstattet.

d) Brillenzuschuss

Die BKK gewährt Versicherten einen Zuschuss für von Optikern abgegebenen Sehhilfen in Höhe von 40 €. Ein erneuter Zuschuss wird für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nach drei Jahren, für die übrigen Versicherten nach vier Jahren gewährt.

Zur Erstattung oder Bezuschussung der nach den Punkten 1 bis 4 in Anspruch genommenen Behandlungen/Leistungen sind der BKK die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers, sowie bei Punkt 3 (Osteopathie) zusätzlich die vertragsärztliche Verordnung im Original, vorzulegen. Die Vorlage der Originalbelege entfällt bei Beantragung der Leistung über die Onlinegeschäftsstelle der BKK.

2. Zusätzliche Leistungen der Hebammenhilfe

Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberufliche Hebamme in Anspruch nehmen, erstattet die BKK Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß §134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 300 € je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.

Schwangere Versicherte erhalten auch einen Zuschuss zu den für die Teilnahme ihres Ehemannes oder Lebenspartners (m/w/d) an eine von einer Hebamme geleiteten Geburtsvorbereitungskurs nachgewiesenen Kosten. Voraussetzung hierfür ist, dass die Versicherte selbst an dem gleichen Geburtsvorbereitungskurs teilnimmt. Der Zuschuss beträgt maximal 50 €.

3. Ergänzende Leistungen für Kindergesundheit

Für die Teilnahme an einem qualifizierten Kurs für Säuglingspflege, Kinderkrankenpflege oder Erste Hilfe am Kind gewährt die BKK nach Vorlage der Originalrechnung einen Zuschuss in Höhe der nachgewiesenen Kosten, maximal jedoch 50 €. Der Zuschuss wird einmalig je familienversichertem Kind bis zum 6. Lebensjahr gewährt.

4. Zweitmeinungsverfahren

Versicherte, denen von ihrem behandelnden Arzt die Durchführung einer Operation, insbesondere einer orthopädischen Operation an Knie, Hüfte, Rücken oder Schulter, empfohlen wurde, können eine qualifizierte ärztliche Zweitmeinung zur Erforderlichkeit der empfohlenen Operationen einholen.

Die Einholung einer qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung wird durch einen Leistungserbringer, mit dem die Kasse eine Vereinbarung geschlossen hat, organisiert und vermittelt. Das Zweitmeinungsverfahren beinhaltet die Auswertung der vorhandenen Befunddaten auch durch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Fachärzte.

Im Rahmen der Vereinbarung verpflichtet hierbei die BKK ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch, einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

Art, Dauer und Umfang der Leistungen werden in den Vereinbarungen mit den Leistungserbringern geregelt. Die Versicherten haben das Recht, über die Inhalte dieser Vereinbarungen informiert zu werden.

Die BKK verpflichtet im Rahmen der geschlossenen Vereinbarungen ihre Vertragspartner, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer über eine Qualifikation wie die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassenen Leistungserbringer verfügen.

Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt. Unabhängig vom Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, die geplante (orthopädische) Operation durchführen zu lassen.

Die Kosten der Einholung einer qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Kasse in voller Höhe.

- VII. Die Kostenübernahme der unter Punkt a - d vorgenannten Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V setzt voraus, dass die Leistungsanspruchnahme während der bestehenden Versicherung bei der BKK erfolgt ist und die zahlungsbegründenden Nachweise bis spätestens zum 30.06. des Folgejahres bei der BKK eingereicht werden.

§ 12a Wahltarif Selbstbehalt

- I. Mitglieder können durch schriftliche Erklärung für sich und ihre familienversicherten Angehörigen abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der BKK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt).

Bei einem Jahreseinkommen bis zu 18.000 € (Tarifklasse 1)
beträgt der jährliche Selbstbehalt 175 €,

bei einem Jahreseinkommen bis zu 28.000 € (Tarifklasse 2)
beträgt der jährliche Selbstbehalt 250 €,

bei einem Jahreseinkommen bis zu 38.000 € (Tarifklasse 3)
beträgt der jährliche Selbstbehalt 350 €,

bei einem Jahreseinkommen bis zu 42.000 € (Tarifklasse 4)
beträgt der jährliche Selbstbehalt 450 €,

bei einem Jahreseinkommen über 42.000 € (Tarifklasse 5)
beträgt der jährliche Selbstbehalt 750 €.

Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen durch Selbstauskunft. Das Mitglied kann eine niedrigere als die nach Satz 2 maßgebliche Tarifklasse wählen. Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V)

- II. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
- Prävention und Selbsthilfe (§§ 20 und 20d SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V,
 - Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten

- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
- Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschafts-Richtlinien

Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

- III. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt wie folgt:

Tarifklasse	je ambulanter Behandlung, die mit einer Verordnung für Arznei-, oder Heilmittel zu Lasten der BKK einhergeht	je stationärem Krankenhausaufenthalt	übrige Leistungen der BKK
1	25,00 €	500 €	tatsächliche Kosten
2	37,50 €	75 €	keine
3	57,50 €	115 €	keine
4	75,00 €	150 €	keine
5	137,50 €	275 €	keine

Werden vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt.

- IV. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die BKK dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt:

in der Tarifklasse 1	100 €
in der Tarifklasse 2	150 €
in der Tarifklasse 3	230 €
in der Tarifklasse 4	300 €
in der Tarifklasse 5	550 €

§ 8b Absatz IV gilt. Die Prämie wird bis zum 30.06. des Jahres ausgezahlt, das auf das Kalenderjahr folgt, für das sie gilt.

- V. Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Quartals. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz I und die Prämienzahlung nach Absatz IV anteilig berechnet.

Satz 2 gilt entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht. Satz 2 gilt entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden.

Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, besteht ein Sonderkündigungsrecht für den Wahltarif. In diesem Fall kann der Wahltarif abweichend von § 8b Absatz VI Satz 1 der dreijährigen Mindestbindungsfrist gemäß § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V innerhalb eines Monats nach Eintritt des Tatbestandes, der zur vollständigen Übernahme der Beiträge durch Dritte geführt hat, gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

- VI. § 8b Absätze V und VI gelten entsprechend.

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

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

- VIII. Der Wahltarif endet zum 31.12.2015.

§ 12b Primärprävention

- I. Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V) Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V), sowie nach dem individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V) 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
 - b) Förderung von Entspannung
 4. Suchtmittelkonsum
 - a) Förderung des Nichtrauchens
 - b) gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums
- II. Die Förderung durch die BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 90 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 300 € je Kalenderjahr.

Ausgewählte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung kann die BKK zu 100 v. H. übernehmen.

§ 12c Schutzimpfungen

- I. Die BKK gewährt zusätzlich zu den in § 20i Abs. 1 SGB V genannten Fällen im Rahmen von § 20i Abs. 2 SGB V Zuschüsse zu weiteren Schutzimpfungen, soweit nicht andere Kostenträger vorrangig zuständig sind.
- II. Der Zuschuss beträgt 90 % der nachgewiesenen Kosten (Kosten der Impfstoffe sowie Arztkosten). Der Zuschuss wird nach Vorlage der spezifizierten Originalrechnung gewährt. Die Vorlage der Originalrechnung entfällt bei Beantragung der Leistung über die Online-Geschäftsstelle der BKK.
- III. Die BKK führt ein Verzeichnis über nach dieser Vorschrift erstattungsfähige Impfungen.

§ 12d Leistungsausschluss

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

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

§ 12e Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenzen

- derzeit unbesetzt -

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

- II. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr beträgt der Zuschuss 25 € kalendertäglich.

§ 13a Modellvorhaben für strukturierte Behandlungsprogramme

- derzeit unbesetzt -

§ 13b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

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

§ 13c Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- I. Die BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Integrierte Versorgung kann auch auf Grundlage einer hausarztbasierten integrierten Versorgung erfolgen. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Die gleichzeitige Teilnahme an einer hausarztbasierten integrierten Versorgung neben einer hausarztzentrierten Versorgung ist nicht zulässig.

Soweit die BKK Verträge über eine hausarztbasierte integrierte Versorgung nach § 140a SGB V von Kindern und Jugendlichen mit einer Gemeinschaft von Kinder- und Jugendärzten abgeschlossen hat, gelten die Regelungen des § 13c Abschnitt I und II entsprechend.

- II. Die BKK informiert ihre Versicherten über die (hausarztbasierten) integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Die Information enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der (hausarztbasierten) integrierten Versorgung. Die BKK stellt dem Versicherten auf Wunsch die Informationen in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I. Die BKK führt im Rahmen von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme durch.

§ 13e Wahltarif besondere Versorgung

- I. Die BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13f Wahltarife Krankentagegeld

I. Die BKK bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- 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 3 SGB V gewählt haben

und

nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

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

III. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage 2, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

I. Vorsorgebonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a Abs. 1 SGB V

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

Damit ein Erwachsenenbonus zur Auszahlung kommen kann, muss mindestens eine der unter Ziffer 2 a) bis d) genannten Voraussetzungen erfüllt sein.

Damit ein Kinder- und Jugendbonus zur Auszahlung kommen kann, muss mindestens eine der unter Ziffer 3 a) bis d) genannten Voraussetzungen erfüllt sein.

2. Für den Erwachsenenbonus teilnahmeberechtigte Versicherte erhalten für das Antragsjahr einen Bonus bei Nachweis der Voraussetzungen wie folgt:
 - a) Für die Inanspruchnahme der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V i. V. m. den hierzu gem. § 92 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien (Gesundheitsuntersuchungen) einen Bonus von 15 €.
 - b) Für die Inanspruchnahme einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 SGB V i. V. m. den hierzu gem. § 92 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien (Krebsfrüherkennungs-RL) einen Bonus von je 15 €.
 - c) Für die Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung J 2 einen Bonus von 15 €.
 - d) Für die Inanspruchnahme einer Schutzimpfung nach § 20i SGB V oder § 12c der Kassensatzung einen Bonus von je 10 €. Impfungen mit mehreren Wirkstoffen (Kombinations- oder Mehrfachimpfungen) gelten als eine Impfmaßnahme. Sind für einen vollständigen Impfschutz mehrere Impfdosen erforderlich, wird der Bonus nur für die letzte der für den vollständigen Impfschutz notwendigen Impfung gewährt.
3. Für den Kinder- und Jugendbonus teilnahmeberechtigte Versicherte erhalten für das Antragsjahr einen Bonus bei Nachweis der Voraussetzungen wie folgt:
 - a) Für die Inanspruchnahme einer nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kindervorsorgeuntersuchung (U1 bis U9) sowie der ergänzend hierzu selektivvertraglich angebotenen Kinderuntersuchungen („BKK-Starke Kids“) einen Bonus je Maßnahme von 15 €.

- b) Für die Inanspruchnahme einer nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Jugendgesundheitsuntersuchung J 1 oder J 2 einen Bonus von je 15 €.
- c) Für die Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Untersuchung nach § 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V einen Bonus von einmal jährlich 10 €.
- d) Für die Inanspruchnahme einer Schutzimpfung nach § 20i SGB V oder § 12c der Kassensatzung einen Bonus von je 10 €. Impfungen mit mehreren Wirkstoffen (Kombinations- oder Mehrfachimpfungen) gelten als eine Impfmaßnahme. Sind für einen vollständigen Impfschutz mehrere Impfdosen erforderlich, wird der Bonus nur für die letzte der für den vollständigen Impfschutz notwendigen Impfung gewährt.

II. Präventionsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a Abs. 1a SGB V

1. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Präventionsbonus bei Nachweis der Voraussetzung wie folgt:
 - a) Für den Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einer qualitätsgesicherten Leistung zur Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V (Präventionskurs) wird ein Bonus von einmalig jährlich 10 € gewährt.
 - b) Für den Teilnahmenachweis regelmäßiger Bewegungsangebote im Rahmen einer aktiven Mitgliedschaft in einem eingetragenen Sportverein oder alternativ einer aktiven Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Sport/Fitness-Studio oder alternativ den Erwerb des Deutschen Sportabzeichens des Deutschen Olympischen Sportbundes, des Deutschen Wanderabzeichens oder eines Schwimmbadabzeichens des Deutschen Schwimmverbandes wird ein Bonus von einmalig jährlich 10 € gewährt.
 - c) Für die Inanspruchnahme einer gem. §§ 22 Abs. 1 oder 28 Abs. 2 i. V. m. 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V angebotenen zahnärztlichen Untersuchung zur Verhütung von Zahnerkrankungen wird einmalig jährlich ein Bonus in Höhe von 10 € gewährt.

III. Anspruch und Nachweis für die Bonusgewährung nach den Absätzen I und II

1. Der Bonus wird nach Erfüllung der Voraussetzungen auf Antrag gewährt. Antragsjahr ist jeweils das Kalenderjahr. Die in den Absätzen I und II genannten Maßnahmen führen nur dann zu einer Bonusgewährung, wenn die Maßnahme während der Versicherung bei der BKK durchgeführt wurde.
2. Beginnt die Versicherung im laufenden Kalenderjahr besteht für das Kalenderjahr Anspruch auf den vollen Bonusbetrag.

3. Die Inanspruchnahme der zu bonifizierenden Maßnahme ist durch Bestätigung im Bonusheft, i. d. R. durch den Arzt/Zahnarzt oder den Anbieter, der die Maßnahme durchgeführt hat, nachzuweisen.
4. Ein Anspruch auf den Bonus besteht nur, wenn die Leistung spätestens am 30.06. des folgenden Kalenderjahres beantragt wird. Als Antragstellung gilt der Tag, an dem das ausgefüllte Bonusheft bei der BKK eingereicht wird.

§ 14a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.

- II. Die BKK schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

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

I. Versicherte erhalten einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Absatz 2 i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V in den folgenden Handlungsfeldern

1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte,
2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag,
3. Suchtprävention im Betrieb oder
4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

vollständig teilnehmen.

Die BKK schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14a Absatz II ab.

II. Der Bonus wird dem Versicherten als einmalige Beitragsermäßigung in Höhe von 25 € ausgezahlt, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die vollständige Teilnahme nachgewiesen wurden.

§ 15 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK führt das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege mit Dienstsitz in 81677 München, Haidenauplatz 1 und 90403 Nürnberg, Gewerbemuseumsplatz 2.

§ 16 Mitgliedschaft im Landesverband

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

§ 17 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK erfolgen durch Aushang im Betrieb und in den Räumen der BKK, außerdem - mit ihrem wesentlichen Inhalt - durch Bekanntgabe im Bayerischen Staatsanzeiger und auf der Internet-Homepage der Kasse.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der BKK beträgt die Aushangfrist 4 Wochen.

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

§ 18 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.

Darüber hinaus werden die wesentlichen Informationen nach Satz 1 auch in der Kundenzeitschrift GESUNDHEIT veröffentlicht.

Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zum 31.03. des Folgejahres eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Artikel II Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat der BKK Akzo Nobel Bayern hat diese Satzung am 24.07.2015 beschlossen.
2. Die Satzung tritt – vorbehaltlich der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde – am 01.08.2015 in Kraft.
3. Gleichzeitig treten die Satzung vom 29.07.2009 sowie die dazugehörigen Nachträge
Nr. 1 vom 18.12.2009
Nr. 2 vom 28.07.2010
Nr. 3 vom 21.12.2010
Nr. 4 vom 28.07.2011
Nr. 5 vom 26.07.2012
Nr. 6 vom 20.12.2012
Nr. 7 vom 18.12.2013
Nr. 8 vom 18.12.2014

außer Kraft.

63785 Obernburg, 24.07.2015

gez. Albert Franz
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Die Satzung vom 24.07.2015 ist genehmigt mit Bescheid OVA Nordbayern am 27.08.2015.

Satzung Stand September 2022 in der redaktionellen Fassung der Satzungsnachträge Nr. 1 bis Nr. 10:

Satzungsnachtrag Nr. 1 beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 28.07.2016, genehmigt durch Bescheid des OVA Nordbayern vom 13.09.2016, in Kraft ab 01.08.2016

Satzungsnachtrag Nr. 2 beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 14.12.2016, genehmigt durch Bescheid des OVA Nordbayern vom 09.02.2017, in Kraft ab 01.01.2017

Satzungsnachtrag Nr. 3 beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 26.07.2017, genehmigt durch Bescheid des OVA Nordbayern vom 31.08.2017, in Kraft ab 01.08.2017

Satzungsnachtrag Nr. 4 beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 12.12.2017, genehmigt durch Bescheid des OVA Nordbayern vom 26.01.2018, in Kraft ab 01.01.2018

Satzungsnachtrag Nr. 5 beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 18.12.2018, genehmigt durch Bescheid des OVA Nordbayern vom 18.01.2019, in Kraft ab 01.01.2019

Satzungsnachtrag Nr. 6 beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 16.12.2019, genehmigt durch Bescheid des OVA Nordbayern vom 20.01.2020, in Kraft ab 01.01.2020

Satzungsnachtrag Nr. 7 beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 16.12.2020, genehmigt durch Bescheid des OVA Nordbayern vom 11.02.2021, in Kraft ab 01.01.2021

Satzungsnachtrag Nr. 8 beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 21.07.2021, genehmigt durch Bescheid des OVA Nordbayern vom 04.08.2021, in Kraft ab 01.08.2021

Satzungsnachtrag Nr. 9 beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 14.12.2021, genehmigt durch Bescheid des OVA Nordbayern vom 04.01.2022, in Kraft ab 01.01.2022. Ausgenommen ist die Änderung zu §2, die erst mit der Wahl des neuen Verwaltungsrates im Jahr 2023 in Kraft tritt.

Satzungsnachtrag Nr. 10 beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 28.07.2022, genehmigt durch Bescheid des OVA Nordbayern vom 11.08.2022, in Kraft ab 01.09.2022

Anlage 1 der Kassensatzung Stand September 2022

Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Anlage zu § 9b der Satzung

Präambel

Mit Inkrafttretens des Aufwendungsausgleichsgesetzes (AAG) zum 1. Januar 2006 und der gesetzlichen Verpflichtung für die BKK, einen Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft anzubieten, wurde die Satzung der BKK Akzo Nobel Bayern um den § 9a ergänzt. Dieser § 9a der Satzung schafft die erforderliche Rechtsnorm für die Verwaltung, dieses Ausgleichsverfahren durchzuführen und verweist ansonsten in Gänze auf diese Anlage zur Satzung. Die bis zum Inkrafttreten des § 9a gültige Satzung-Lohnfortzahlungsversicherung vom 19.07.2003 nebst Satzungenachträgen ist damit obsolet.

§ 1 Anwendbare Vorschriften

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der BKK Akzo Nobel Bayern Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

- 1) Die BKK Akzo Nobel Bayern erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 70 von Hundert des für den in § 3 Abs.1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.
- 2) Die BKK Akzo Nobel Bayern erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 100 v.H. des nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 AAG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld.

- 3) Die BKK Akzo Nobel Bayern erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 100 v.H. des § 1 Abs. 2 Nr. 2 AAG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts einschließlich der darauf entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträgen zur Bundesagentur für Arbeit sowie der Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung.

§ 3 Aufbringung der Mittel

- 1) Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.
- 2) Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.
- 3) Die BKK Akzo Nobel Bayern verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG).

§ 4 Umlagebeitragssätze

Die Umlagesätze betragen:
in der U1 3,80 vom Hundert
in der U2 0,65 vom Hundert

§ 5 Widerspruchsausschuss

- 1) § 4 der Satzung der BKK Akzo Nobel Bayern gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder der Arbeitgebervertreter mitwirken.
- 2) Der Widerspruchsausschuss nimmt zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.

§ 6 Organe, Zusammensetzung

- 1) Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der BKK Akzo Nobel Bayern obliegt dem Vorstand, der diese gerichtlich und außergerichtlich vertritt.
- 2) In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

- 3) Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.
- 4) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 7 Haushaltsplan, Jahresrechnung

- 1) Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf.
- 2) Die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt dem Verwaltungsrat.
- 3) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Rechnungsprüfungsausschuss mit zwei Mitgliedern zur Vorbereitung der Abnahme der Jahresrechnung.
- 4) Der Vorstand hat den Rechnungsabschluss aufzustellen und dem Rechnungsprüfungsausschuss nach Abs. 3 vorzulegen. Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung des Vorstandes.

§ 8 Prüfung der Geschäfts-, Betriebs- und Rechnungsführung

Die §§ 2 und 3 der Satzung gelten entsprechend.

Anlage 2 der Kassensatzung Stand Januar 2018

Wahltarife Krankengeld

Anlage zu § 13f der Satzung

Teilnahme

1. Die BKK Akzo Nobel Bayern (nachfolgend BKK genannt) 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 vierundzwanzig 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 BKK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK 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 BKK.
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 BKK 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 BKK aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegen über der BKK nachzuweisen und die BKK 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 Selbständigen 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 €	= Prämie monatlich 10 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 20 €	= Prämie monatlich 20 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 30 €	= Prämie monatlich 30 €

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

Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 10 €	= Prämie monatlich 5 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 20 €	= Prämie monatlich 10 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 30 €	= Prämie monatlich 15 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 40 €	= Prämie monatlich 20 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 50 €	= Prämie monatlich 25 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 60 €	= Prämie monatlich 30 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 70 €	= Prämie monatlich 35 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 80 €	= Prämie monatlich 40 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 90 €	= Prämie monatlich 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 BKK 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 BKK 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:
 - a) bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43.Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
 - b) 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 BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK 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 BKK
20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.

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.
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 BKK 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
- a) 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 BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/ Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
 - b) 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 BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
27. Die BKK 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 BKK sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK 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 BKK 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 Nettoarbeitseinkommen/Nettoarbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK 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, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK 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.

**AKZO NOBEL
BAYERN**



Satzung Pflegekasse

Stand Januar 2021

(Pflegesatzung vom 28.07.2010 in der redaktionellen Fassung
der Satzungsanträge Nr. 1 und Nr. 2)



Übersicht der Pflegesatzung

Artikel I – Inhalt der Pflegesatzung

	Seite	
§ 1	Name, Sitz und Bezirk der Pflegekasse	3
§ 2	Aufgaben der Pflegekasse	4
§ 3	Verwaltungsrat	5
§ 4	Vorstand	7
§ 5	Widerspruchsausschuss	8
§ 6	Kreis der versicherten Personen	9
§ 7	Ende der Mitgliedschaft freiwillig Versicherter	11
§ 8	Beiträge	12
§ 8a	Beitragssatz	13
§ 9	Leistungen	14
§ 9a	Auskunft über Leistungsdaten	15
§ 9b	Leistungsausschluss	16
§ 10	Kooperation mit der PKV	17
§ 11	Bekanntmachungen	18
Artikel II		19

Artikel I

Inhalt der Pflegesatzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Pflegekasse

- I. Die Pflegekasse der Betriebskrankenkasse (BKK) ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen BKK Pflegekasse Akzo Nobel Bayern. Die BKK Pflegekasse hat ihren Sitz in 63906 Erlenbach.

- II. Der Bereich der BKK Pflegekasse Akzo Nobel Bayern erstreckt sich auf den in § 1 Abs. II der Satzung der BKK Akzo Nobel Bayern genannten Bereich.

§ 2 Aufgaben der Pflegekasse

Die Pflegekasse führt die Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches - SGB XI - durch.

§ 3 Verwaltungsrat

- I. Das Selbstverwaltungsorgan der Pflegekasse ist der Verwaltungsrat der BKK.

Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat der Pflegekasse richtet sich nach dem Vorsitz im Verwaltungsrat der BKK.

- II. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Pflegekasse, sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Pflegekasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. die Pflegekasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
5. den Vorstand zu überwachen,
6. einen leitenden Beschäftigten der Pflegekasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
7. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung,
8. sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 46 Abs. 6 SGB XI vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 46 Abs. 6 SGB XI in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 47 Abs. 1 Nr. 6 SGB XI einzubeziehen ist.

- III. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

- IV. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
 - IVa. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- V. Entschädigungen an Mitglieder des Verwaltungsrates nach festen Sätzen und Pauschbeträgen im Sinne des § 41 Abs. 1 und 3 SGB IV werden nicht gezahlt.
- VI. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Sofern der Arbeitgeber nach § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV von der Beschlussfassung ausgeschlossen ist, ist der Verwaltungsrat beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte der Versichertenvertreter anwesend ist.
- VII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- VIII. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 4 Vorstand

- I. Der Vorstand der Pflegekasse ist der Vorstand der BKK.
- II. Der Vorstand verwaltet die Pflegekasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Pflegekasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,
6. die Pflegekasse 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 Pflegekasse abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

- III. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Pflegekasse.
- IV. Das Personal der Pflegekasse ist das mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Pflegekasse beauftragte Personal der BKK; es unterstützt den Vorstand bei der Verwaltung der Pflegekasse.

§ 5 Widerspruchsausschuss

- I. Der Widerspruchsausschuss der Pflegekasse ist der Widerspruchsausschuss der BKK und nimmt die Aufgaben nach § 85 Abs. 2 SGG - Erlass von Widerspruchsbescheiden - wahr.
- II. Es gelten die den Widerspruchsausschuss der BKK betreffenden Satzungsbestimmungen aus § 4 der Satzung der BKK sinngemäß.

§ 6 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflicht

1. Mitglieder der Pflegekasse sind die Pflicht- und freiwilligen Mitglieder der BKK, sofern sie nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind.
2. Mitglieder sind außerdem die in § 21 SGB XI genannten Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die gegen das Risiko Krankheit weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind, wenn sie
 - a) nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die dessen entsprechende Anwendung vorsehen, Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben,
 - b) ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die dessen entsprechende Anwendung vorsehen,
 - c) laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem SGB VIII beziehen,
 - d) krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
 - e) in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind,
 - f) Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,und die Mitgliedschaft nach § 48 Abs. 2 und 3 SGB XI gewählt haben oder die BKK mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist.

II. Familienversicherung

Versichert sind der Ehegatte und die Kinder von Mitgliedern, sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, nach Maßgabe des § 25 SGB XI. Kinder, deren Behinderung vor dem 01.01.1995 eingetreten ist, sind unter den Voraussetzungen des Artikels 40 PflegeVG versichert.

III. Weiterversicherung

Personen, die aus der Versicherungspflicht oder aus der Familienversicherung ausgeschieden sind oder deren Familienversicherung nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 25 Abs. 3 SGB XI vorliegen, sowie Personen, die wegen Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich nach Maßgabe des § 26 SGB XI weiterversichern.

IV. Beitrittsrecht

Personen, die im Sinne von § 26a SGB XI ihren Beitritt erklären, sind nach Maßgabe dieser Vorschrift versichert.

§ 7 Ende der Mitgliedschaft freiwillig Versicherter gemäß § 26 und §26a SGB XI

Die Mitgliedschaft freiwillig Versicherter gemäß § 26 und § 26a SGB XI endet zum vom Versicherten gewählten Zeitpunkt, frühestens jedoch mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied seinen Austritt erklärt.

Abweichend hiervon kann das Mitglied seinen Austritt zu dem Zeitpunkt erklären, zu dem ohne die freiwillige Versicherung eine Familienversicherung nach § 25 SGB XI bestehen würde.

§ 8 Beiträge

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

§ 8a Beitragssatz

Der Beitragssatz richtet sich nach § 55 SGB XI.

§ 9 Leistungen

Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen des SGB XI.

§ 9a Auskunft über Leistungsdaten

Soweit die Angaben verfügbar sind, informiert die Pflegekasse den Versicherten auf dessen Antrag über die von ihm jeweils im letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten.

§ 9b Leistungsausschluss

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 25 SGB XI missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

- II. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Pflegekasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 25 SGB XI missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Pflegekasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Pflegekasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben.

§ 10 Kooperation mit der PKV

- entfallen mit Satzungsantrag Nr. 1 vom 28.07.2016 -

§ 11 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Pflegekasse erfolgen durch Aushang im Betrieb und in den Räumen der BKK, außerdem - mit ihrem wesentlichen Inhalt - durch Bekanntgabe im Bayerischen Staatsanzeiger und auf der Internet-Homepage der Kasse.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Pflegekasse beträgt die Aushangfrist 4 Wochen.

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

Artikel II

Inkrafttreten

1. Die Satzung wurde beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates der Pflegekasse am 28.07.2010.
2. Die Satzung tritt nach Bekanntgabe in Kraft.
3. Gleichzeitig tritt die Satzung vom 05.12.2003 außer Kraft.

63906 Erlenbach, 24.07.2015

gez. Albert Franz und Nikolaus Oberle
alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates

Genehmigt vom OVA Nordbayern am 24.11.2010

Satzungsnachtrag Nr. 1 vom 28.07.2016:

Der Verwaltungsrat der BKK Akzo Nobel Bayern hat den 1. Nachtrag zur Satzung der BKK Pflegekasse Akzo Nobel Bayern vom 28.07.2010 am 28.07.2016 beschlossen. Diese Änderungen treten zum 01.08.2016 in Kraft.

Satzungsnachtrag Nr. 1 genehmigt vom OVA Nordbayern am 13.09.2016

Satzungsnachtrag Nr. 2 vom 16.12.2020:

Der Verwaltungsrat der BKK Akzo Nobel Bayern hat den 2. Nachtrag zur Satzung der BKK Pflegekasse Akzo Nobel Bayern vom 28.07.2010 am 16.12.2020 beschlossen. Diese Änderungen treten zum 01.01.2021 in Kraft.

Satzungsnachtrag Nr. 2 genehmigt vom OVA Nordbayern am 12.02.2021



BKK Akzo Nobel Bayern
Glanzstoffstraße 1
63906 Erlenbach

BKK Akzo Nobel Bayern
Pfaffengasse 16
63739 Aschaffenburg

info@bkk-akzo.de
www.bkk-akzo.de

BKK Akzo Nobel Bayern
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Glanzstoffstr. 1
63906 Erlenbach



**AKZO NOBEL
BAYERN**