Satzung

der

ZF BKK zum 01.08.2009

(in der Fassung des 61. Nachtrags vom 24.06.2026)

Übersicht zur Satzung

Artikel I 4
§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse 4
§ 2 Verwaltungsrat 8
§ 2 a Versichertenälteste 11
§ 3 Vorstand 12
§ 4 Widerspruchsausschuss 13
§ 5 Kreis der versicherten Personen gemäß §§ 5 und 10 SGBV 15
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft 16
§ 7 Aufbringung der Mittel 18
§ 8 Bemessung der Beiträge 19
§ 8 a Entfällt 20
§ 8 b Wahltarif Prämienzahlung 21
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz 24
§ 9 a Entfällt 25
§ 9 b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz 26
§ 10 Fälligkeit der Beiträge 27
§ 10 a Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V 28
§ 11 Höhe der Rücklage 29
§ 12 Leistungen 30
§ 12 b Primärprävention 47
§ 12 c Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten 48
§ 12 d Leistungsausschluss 49
§ 12 e Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V 50
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen 51
§ 13 a entfällt 52
§ 13 b entfällt 53
§ 13 c Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung 54
§ 13 d Entfällt 55
§ 13 e Wahltarif besondere Versorgung 56
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten 57
§ 14 a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung 61
§ 14 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten in spezifischen beruflichen Lebensphasen 62
§ 15 Wahltarife Krankengeld gemäß § 53 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V 63
§ 16 Kooperation mit der PKV 71
§ 17 Aufsicht 72
§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband 73
§ 19 Bekanntmachung 74
§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse 75
Artikel II 76
Inkrafttreten 76
Anlage zu § 2 und § 2 a der Satzung der ZF BKK 77

Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder des Verwaltungsrates und der Versichertenältesten der ZF BKK 77

Anlage zu § 9 b der Satzung der ZF BKK 80
Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz 80
§ 1 Anwendbare Vorschriften 80
§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber 80
§ 3 Meldungen und praktisches Verfahren 80
§ 4 Erstattungsanspruch bei Aufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1) 81
§ 4 a Entfällt 82
§ 5 Erstattungsanspruch bei Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2) 82
§ 6 Erstattung der Arbeitgeberbeitragsanteile 82
§ 7 Begrenzung der Erstattung 82
§ 8 Mitwirkungspflichten, Fälligkeit der Erstattungsleistung 83
§ 9 Aufbringung der Umlage, Höhe, Nachweis und Fälligkeit 83
§ 10 Widerspruchsausschuss 83
§ 11 Organe, Zusammensetzung 84
§ 12 Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes 84
§ 13 Jahresrechnung 84
§ 14 Prüfung der Geschäfts-, Betriebs- und Rechnungsführung 84

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

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

Sie ist errichtet worden am 1. Januar 2009 durch die Vereinigung der ZF BKK und der BKK ZF Getriebe GmbH.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Friedrichshafen.

II Der Bezirk der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe:

1. ZF FRIEDRICHSHAFEN Aktiengesellschaft

mit folgenden Betrieben und Betriebsstätten:

Bad Neuenahr-Ahrweiler

Auerbach

Berlin

Bielefeld

Bremen

Darmstadt

Dielingen

Diepholz

Dortmund

Eitorf

Friedrichshafen

Gotha

Gotha

Kreuztal

Lemförde

Magdeburg

Moritzburg

Passau

Porta Westfalica (Minden)

Saarbrücken

Schweinfurt

Thyrnau

Urbach

Wagenfeld

2. ZF Getriebe Brandenburg GmbH, Brandenburg

3. ZF Insurance Management GmbH, Friedrichshafen

4. Herion-Systemtechnik GmbH, Weil der Stadt

5. ZF Gastronomie Service GmbH
mit folgenden Betriebsstätten:

Friedrichshafen
Passau
Auerbach

6. Robert Bosch Automotive Steering GmbH
mit folgenden Betrieben und Betriebsstätten:

Schwäbisch Gmünd

Berlin

Bietigheim

7. Zollern GmbH & Co. KG
mit folgenden Betriebsstätten:

Sigmaringendorf-Laucherthal

Herbertingen

8. EZS - Fürstlich Hohenzollernsche Elektrozentrale Sigmaringen GmbH & Co.KG, Sigmaringen

9. ANDRITZ Schuler Pressen GmbH
mit folgenden Betrieben und Betriebsstätten:

Erfurt

10. Boge Elastmetall GmbH
mit folgenden Betrieben und Betriebsstätten:

Werk Bonn-Bad Godesberg
Werk Simmern
Werk Damme

11. CSS Draht Schmidt GmbH

mit den Betriebsanlagen in Lahnstein

12. DSD Steel Group GmbH, Saarlouis

13. DSD Hilgers Stahlbau GmbH

mit folgenden Betrieben und Betriebsstätten:

Rheinbrohl
Peitz

14. Wiegel Rheinbrohl Feuerverzinken GmbH & Co. KG, Neuwied

15. Schäfer Kalk GmbH & Co. KG

mit folgenden Betrieben und Betriebsstätten:

Werk Hahnstätten (Rhein-Lahn-Kreis)
Hauptverwaltung in Diez

16. RHI Urmitz AG & Co. KG, Mühlheim-Kärlich

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

Baden-Württemberg

Bayern

Berlin

Brandenburg

Bremen

Hamburg (§144 Abs. 3 SGB V)

Hessen

Niedersachsen

Nordrhein-Westfalen

Rheinland-Pfalz

Saarland

Sachsen

Sachsen-Anhalt

Thüringen

§ 2 Verwaltungsrat

I 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.01. des Kalenderjahres.

II Der Verwaltungsrat besteht aus 15 Vertretern der Versicherten und 9 Vertretern der Arbeitgeber. Jeder Vertreter der Versicherten hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen 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 Rechnungs-prüfung.

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.

V a Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

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

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

VIII Sitzungen des Verwaltungsrats können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit Ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Bei öffentlichen, hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen.

In außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrats digital (digitale Sitzung) stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrats stellt den Ausnahmefall nach Satz 5 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden

oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der ZF BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich.

Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrats und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. Der Widerspruch ist unverzüglich nach Bekanntgabe der Feststellung des Ausnahmefalls in Textform an die oder den Vorsitzenden zu richten.

Eine ausschließlich telefonische Teilnahme an hybriden und digitalen Sitzungen ist nicht zulässig.

IX In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrats entscheidet, wie die Stimmabgabe (z. B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der ZF BKK liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

X 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.

XI Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über Jahresrechnung und Haushaltsplan ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 2 a Versichertenälteste

I Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat Versicherten-älteste gewählt.

II Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

III Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

Hierzu gehören die Weiterleitung von Informationen der Betriebskrankenkasse an die Versicherten, Unterstützung des Versicherten bei Leistungsanträgen und die Unterstützung der Betriebskrankenkasse bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

IV Die Entschädigung der Versichertenältesten gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 und § 2 a der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

§ 3 Vorstand

I Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.

II Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

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

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

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

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

V Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 4 Widerspruchsausschuss

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

II

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

2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat sechs Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

3. Der Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses wird von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.

   Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt.

   Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

5. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt.

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

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

7. Der Widerspruchausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.

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

9. Sitzungen des Widerspruchsausschusses können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzung). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sit-

zungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen des Widerspruchsausschusses. In außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Widerspruchausschusses digital (digitale Sitzung) stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses stellt den Ausnahmefall nach Satz 4 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der ZF BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht. Der Widerspruch ist unverzüglich nach Bekanntgabe der Feststellung des Ausnahmefalls in Textform an die oder den Vorsitzenden zu richten.

10. In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses entscheidet, wie die Stimmabgabe (z. B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der ZF BKK liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

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

IV Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV in Verbindung mit § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr

§ 5 Kreis der versicherten Personen gemäß §§ 5 und 10 SGBV

I Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

II Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen, der Betriebskrankenkasse beitreten, wenn sie das 42. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

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

1. sie zu den in § 1 Abs. II und Abs. III der Satzung genannten Bereichen gehören oder
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
3. der Ehepartner oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer Betriebskrankenkasse oder einem Verband der Betriebskrankenkassen 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 von ihnen gewählte Betriebskrankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach §175 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach §175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach §175 Absatz 1 Satz 1 SGB V bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

II Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Abs.1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Absatz I Satz 4 gilt entsprechend. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder

für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind. Die Hinweispflicht der Betriebskrankenkasse nach Satz 2 besteht nicht für eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes, die im Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis zum 30. Juni 2023 wirksam wird. Die Betriebskrankenkasse hat stattdessen spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf andere geeignete Weise auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V, die Möglichkeit, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Satz 4 gilt entsprechend.

III Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Es gelten Absatz I Satz 5 und Satz 6.

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

IV Wenn ein Wahltarif nach § 8b oder § 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 8b Absatz VI oder 15 Absätze XVI und XVII, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse 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.

§ 8 a Entfällt

§ 8 b Wahltarif Prämienzahlung

I Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, schriftlich erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

II Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Prävention (§§ 20 und 20i SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V), Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung § 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 Der jährliche Prämienzahlungsbetrag ist abhängig vom monatlichen Bruttoeinkommen und darf 1/12 der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten. Es gelten folgende Tarifgruppen:

Tarifgruppe 1 monatliches Bruttoeinkommen von 300,00 € bis 500,00 €

Tarifgruppe 2 monatliches Bruttoeinkommen von 500,01 € bis 1.000,00 €

Tarifgruppe 3 monatliches Bruttoeinkommen von 1.000,01 € bis 2.000,00 €

Tarifgruppe 4 monatliches Bruttoeinkommen von 2.000,01 € bis 3.000,00 €

Tarifgruppe 5 monatliches Bruttoeinkommen ab 3.000,01 €

Die jährliche Prämienzahlung beträgt in der

Tarifgruppe 1	40,00 €
Tarifgruppe 2	75,00 €
Tarifgruppe 3	150,00 €
Tarifgruppe 4	250,00 €
Tarifgruppe 5	350,00 €.

Soweit die Wahl der Prämienzahlung während eines laufenden Kalenderjahres beginnt oder endet, wird die Prämienzahlung anteilig berechnet. Das Gleiche gilt entsprechend, soweit nach der Wahl der Prämienzahlung nach Ziffer 1 die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden. Absatz IV gilt.

IV Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600,00 € bei einem und 900,00 € bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten.

V Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen.

VI Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I schriftlich erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, gekündigt werden. Darüber hinaus erlischt die besondere Bindungsfrist bei der Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes, unabhängig davon, ob es sich um das Ende der Pflicht- oder freiwilligen Mitgliedschaft handelt. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 3,4 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9 a Entfällt

§ 9 b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Das Ausgleichsverfahren nach §§ 1 bis 11 AAG richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage 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 des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

II Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrund-sätze 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).

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

Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 SGB V werden jährlich vorgenommen.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 20 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrags der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

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

II Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat maximal 310,00 € erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt.

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

III Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt über die in § 38 Abs. 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird höchstens für 8 Stunden

täglich und längstens für einen Zeitraum von 4 Wochen gewährt. Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbst beschaffte 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.

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

IV Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v.H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v.H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.

2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.

3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

V Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).

3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl

der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.

5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 50,00 € für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

   Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 50,00 € für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der

Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für die Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VI Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

   Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,

   a) als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130 a Absatz 8 SGB V abgeschlossen hat oder

   b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre.

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

2. Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 Buchstabe a) errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der Preise, die in einem Rabattvertrag für den Wirkstoff des Arzneimittels vereinbart worden ist. Der Erstattungsbetrag ist um 27,5 vom Hundert als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels zu kürzen.

   Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 Buchstabe b) errechnet sich ausgehend von dem Durchschnittspreis der vier preisgünstigsten Arzneimittel, die den Wirkstoff des Arzneimittels enthalten, das Versichert gewählt haben. Der Erstattungsbetrag ist um 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zu dem Durchschnittspreis der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

3. § 12 Abs. V Nr. 6 gilt entsprechend.

VII Zusätzliche Satzungsleistungen

Die Betriebskrankenkasse übernimmt nach § 11 Abs. 6 SGB V zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Bereich

1. der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

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

   a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und

   b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und

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

   Die Betriebskrankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Absatz 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 EUR pro Kalenderjahr und Versicherten.

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

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

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

2. der Osteopathie

Versicherte der Betriebskrankenkasse können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen qualitätsgesicherten osteopathischen Leistungserbringer, berechtigte(n) Vertragsärztin / Vertragsarzt oder zugelassene(n) Physiotherapeutin / Physiotherapeuten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte(n) Ärztin /Arzt oder Physiotherapeutin /Physiotherapeuten erbracht wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen parietale und viszerale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt wäre.

Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 100 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 40,00 EUR pro Sitzung.

Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen.

3. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Über die im SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus, erstattet die Betriebskrankenkasse ihren Versicherten Kosten in Höhe von maximal 300 EUR je Schwangerschaft für die folgenden Leistungen:

a) Die Betriebskrankenkasse beteiligt sich mit einem Zuschuss an den ärztlichen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden.

   - Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen des Kontakts mit Tieren, insbesondere Katzen.

- B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. bis 37. SSW um eine bakterielle Besiedelung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des/der Neugeborenen zu vermeiden.
- Zytomegalietest (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.
- Antikörperfeststellung bezüglich Ringelröteln und/oder Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Zugbegleiterinnen.

b) eines Geburtsvorbereitungskurses für werdende Väter oder für eine andere Begleitperson. Als Begleitperson zählen nahe Angehörige und Personen aus dem engsten persönlichen Umfeld der Schwangeren, analog der Regelungen in § 44b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 a) und b) SGB V. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGV in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist. Erstattet werden 100% des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

c) Kosten einer Hebammenrufbereitschaft in der 30. bis 42. Schwangerschaftswoche für bei der ZF BKK versicherte Frauen. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.

   Die Pauschale beinhaltet täglich:

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

Kosten, von individuellen Beratungsleistungen einer Hebamme nach der Geburt des Kindes, die nach § 134 a Abs.1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.

d) Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel in der Schwangerschaft, deren Verordnung durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und das Arzneimittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

e) Mehrkosten der Versicherten für Schwangerschaftsleibbinden. Voraussetzung ist, dass es sich um eine wirtschaftliche Aufzahlung zu einem ärztlich verordneten Hilfsmittel nach § 24 e SGB V handelt und das Hilfsmittel bei einem zugelassenen, oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten, Leistungserbringer bezogen wurde.

Der Maximalbetrag in Höhe von 300 EUR kann einmal pro Schwangerschaft für alle Leistungen nach a) – e) in Anspruch genommen werden.

Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen und entsprechende ärztliche Verordnungen vorzulegen.

4. Versicherte Kinder und Jugendliche können auf ärztliche Veranlassung die folgenden Leistungen in Anspruch nehmen, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, mit dem Ziel, eine Krankheit zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden.

- Gesundheits-Check „U10“ im Alter von 7 bis 8 Jahren Schwerpunkte dieser Vorsorgeuntersuchung sind das Erkennen von Entwicklungsstörungen (wie z.B. Lese-Rechtschreib-Rechenstörungen), von Störungen der motorischen Entwicklung und Verhaltensstörungen und ggf. das Einleiten von Maßnahmen.

- Gesundheits-Check „U11“ im Alter von 9 bis 10 Jahren Schwerpunkte dieser Vorsorgeuntersuchung sind das Erkennen von Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien, gesundheitsschädigendes Medienverhalten, Bewegungs- und Sportmangel sowie eines problematischen Umgangs mit Suchtmitteln und ggf. das Einleiten von Maßnahmen.

- Gesundheits-Check „J2“ im Alter von 16 bis 17 Jahren Zu den Schwerpunkten dieser Vorsorgeuntersuchung

gehört das Erkennen bzw. die Behandlung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, von Haltungsstörungen, Kropfbildung bis hin zur Diabetes-Vorsorge. Inklusive Beratung des/der Jugendlichen bei Fragen des Verhaltens, der Sozialisation, der Familie und der Sexualität sowie der Berufswahl.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung durch

- einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder
- einen Facharzt für Allgemeinmedizin mit vollständiger Weiterbildung in Pädiatrie durchgeführt wird.

Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten einmalig je versicherte Person:

- für den Gesundheits-Check „U 10" bis zu 60,00 EUR
- für den Gesundheits-Check „U 11" bis zu 60,00 EUR
- für den Gesundheits-Check „J2" bis zu 60,00 EUR

Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen vorzulegen.

5. GesundPlus

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse Ihren Versicherten, die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführten Leistungen:

a) Zahnbehandlung
Versicherte der ZF BKK erhalten einen Zuschuss zu folgenden Leistungen:

- Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern diese keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist.
- Kosten für die Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren für Versicherte die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- erweiterte kieferorthopädische Behandlung
    - Versiegelung von Glattflächen bei Kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband
        - Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben erhalten über die Regelleistung hinaus auf Grundlage von § 11 Absatz 6 i. V. m. § 28 Absatz 2 SGB V einen Zuschuss zur Versiegelung der Glattflächen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung mit Multiband.
    - Retainer

- Die ZF BKK beteiligt sich zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer in Anspruch genommenen kieferorthopädischen Behandlung, soweit diesbezüglich eine Leistungspflicht der ZF BKK besteht und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde, als Alternative zu herausnehmbaren Retentionsapparaturen nach den folgenden Absätzen über die Regelleistung hinaus auf Grundlage von § 11 Absatz 6 i. V. m. § 28 Absatz 2 SGB V an den Kosten eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers (Retainer).
- Ebenfalls leistet sie einen Zuschuss für anfallende Reparaturleistungen während einer gemäß § 28 Absatz 2 Satz 6 und 7 SGB V laufenden kieferorthopädischen Behandlung.
- Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten des Retainers ist dessen Einsetzen durch einen zugelassenen oder einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer.
    - Anfallende Reparaturkosten werden übernommen.
- Für anfallende Reparaturleistungen nach einer erfolgreich abgeschlossenen kieferorthopädischen Behandlung wird kein Zuschuss übernommen. Gleiches gilt für Reparaturleistungen nach Beendigung des Versichertenverhältnisses.
- Kostenbeteiligung und Zuschuss entfallen bei zusätzlicher vertraglicher Abrechnung von eingesetzten herausnehmbaren Retentionsapparaturen durch den behandelnden Leistungserbringer.

b) Hilfsmittel

Über die in § 33 SGB V geregelten Ansprüche hinaus besteht für alle Versicherten einmal jährlich Anspruch auf medizinisch notwendige Hilfsmittel. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung. Die Ansprüche gelten für

- Antiallergiezwischenbezüge,
- Sehhilfen, die dafür geeignet sind, bei sportlichen Aktivitäten getragen zu werden (Sportbrille):
    - Versicherte die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

      Der Anspruch setzt voraus, dass die Verordnung unter Berücksichtigung der Bestimmungen nach § 33 Abs. 2 SGB V

durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigte Fachärzte für Augenheilkunde erfolgt und die Sportbrille oder auf eine sportartbedingt erforderliche Kontaktlinsenversorgung in einem Optikfachgeschäft oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels für Sehhilfen bezogen wurde.

- Versicherte die das 18. Lebensjahr vollendet haben, erhalten nach diesen Bestimmungen Anspruch auf eine Sportbrille oder auf eine sportartbedingt erforderliche Kontaktlinsenversorgung, wenn sie nach ICD 10-GM 2017 auf Grund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 oder einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus aufweisen.

- Hilfsmittel zur Durchführung von Lichttherapie

  Die ZF BKK erstattet Kosten für nicht als Regelleistung verordnungsfähige Hilfsmittel für eine Lichttherapie, sofern

  - deren Anwendung medizinisch notwendig ist, um eine saisonal abhängige Depression (Winterdepression) zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde;
  - die Verordnung des Hilfsmittels durch einen Facharzt für Psychotherapie oder Nervenheilkunde oder vergleichbarer Qualifikation auf Privatrezept mit dem Hinweis „saisonal abhängige Depression“ erfolgte;
  - es sich um CE zertifiziertes Gerät mit einer Lichtintensität > 2.500 und < 10.000 Lux handelt.

  Zweckmäßig ist die Anwendung der Lichttherapie gemäß Nationaler Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ für Behandlungsbedürftige mit leicht- bis mittelgradigen Episoden rezidivierender depressiver Störungen, die einem saisonalen Muster folgen. Eine Erstattung der Leistung nach Absatz I kann daher nur erfolgen, wenn in der fachlich gebotenen Qualität die Diagnose rezidivierende depressive Störung (ICD 10-GM Version 2012 Schlüssel F33.0 und F33.1) sowohl im Zeitraum Januar bis März als auch im Zeitraum Oktober bis Dezember desselben Jahres und somit in mind. zwei aufeinanderfolgenden Wintern erfolgte (saisonales Muster).

  Ein saisonales Muster liegt nicht vor und daher auch keine Erstattungsgrundlage, wenn eine depressive Episode (ICD 10-GM

Version 2012 Schlüssel: F32 ff.) diagnostiziert wurde oder die Diagnose außerhalb des in Abs. II genannten Zeitraumes gestellt wird.

c) Sportmedizinische Untersuchung

Über die gesetzlichen Regelungen hinaus beteiligt sich die ZF BKK auf der Basis von § 11 Abs. 6 SGB V in Verbindung mit § 23 SGB V im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung an den Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden und entsprechende Risikofaktoren vorliegen. Derartige Risikofaktoren sind:

- erhöhtes Körpergewicht
- erhöhter Blutdruck
- kardiovaskuläre Vorerkrankungen
- Atemwegserkrankungen
- Skelettvorerkrankungen, z.B. Skoliose
- Diabetes
- Rauchen
- Alkoholmissbrauch

Sofern ärztlich bescheinigte, besondere weitere Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und / oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsarztpraxen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern mit der Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ erbracht wird.

d) Medizinische Vorsorge (§ 23 SGB V)

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die ZF BKK den Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, die Kosten für folgende, von ärztlichem Fachpersonal durchgeführten Leistungen:

- jährliche Hautkrebsvorsorge inklusive Auflichtmikroskopie, sofern im jeweiligen Kalenderjahr kein Anspruch im Rahmen der Regelversorgung besteht.
- Glaukom-Vorsorge bei vorliegenden Risikofaktoren,
- ärztlich festgestellte, medizinisch notwendige optische Kohärenztomographie (OCT), insofern diese Untersuchung nicht bereits Bestandteil der Regelleistung ist.

- Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:
    - Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
    - die Untersuchung wird von einer fachärztlichen Person für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern veranlasst.
- Ultraschalluntersuchung der Brust bei vorliegenden Risikofaktoren (Mamma-Sonographie),
- kalenderjährliche Gesundheitsuntersuchung vor Vollendung des 35. Lebensjahres im Sinne des § 25 SGB V insofern diese nicht bereits durch die gesetzliche Regelung der einmaligen Gesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 18. Lebensjahr und vollendeten 35. Lebensjahr in Anspruch genommen wurde.
- Knochendichtemessung bei einer Vertragspraxis oder einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer im Rahmen der medizinischen Vorsorgeuntersuchungen bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen des Krankheitsrisikos der Osteoporose. Der Anspruch auf die Untersuchung besteht unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung ab Vollendung des 55. Lebensjahres für maximal 1 Untersuchung pro Jahr, bei Wiederholung frühestens nach 2 Jahren, sofern kein Anspruch auf die Knochendichtemessung im Rahmen der Regelleistung besteht.
- Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs im Alter von 30 bis 70 Jahren. Entweder mit der Koloskopie im Abstand von 10 Jahren oder alternativ mit dem immunologischen fäkalen Okkultbluttest im Abstand von zwei Jahren für Personen mit familiärem KRK-Risiko, insofern diese Untersuchung nicht bereits Bestandteil der Regelleistung ist.
- Antikörpertest (Titer-Bestimmungs-Test),
- Ultraschalluntersuchung der Gebärmutter und / oder der Eierstöcke außerhalb des gesetzlichen Leistungskataloges bei vorliegenden ärztlich bestätigten Risikofaktoren,
- Test auf das Prostata-spezifische Antigen (PSA-Test) insoweit dieser nicht bereits Bestandteil der Regelleistung ist.
  Der Anspruch besteht für Versicherte ab dem 45. Lebensjahr nach Vorlage einer ärztlichen Rechnung für den
    - PSA-Test
    - Die ärztliche Beratung vor dem Test
    - Die medizinische Bewertung des Testergebnisses.

  Die Notwendigkeit der individuellen Beratung vor dem Test und die risikoadaptierte Durchführung und Wiederholung des PSA-Tests gemäß den Empfehlungen der S3-Leitlinie Prostatakarzinom sind

auf geeignete Weise, z. B. durch eine ärztliche Bescheinigung oder durch Vermerke auf der ärztlichen Rechnung, nachzuweisen.

Voraussetzung für die genannten zusätzlichen Leistungen ist, dass bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen oder die Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung vermieden werden kann.

e) Alternative Heilmethoden

Versicherte können Zuschüsse zu Leistungen erhalten, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu vermeiden, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualifiziert erfolgt. Nähere Erläuterungen dazu sind in den Ausführungen zu der jeweiligen Leistung zu finden.

- Shiatsu-Massagen, die durch zugelassene oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtige ärztliche oder physiotherapeutische Fachkräfte erbracht werden.
- Sonstige Massagen (Fußreflexzonenmassagen, Akupunkturmassagen, Massagen des ganzen Körpers, Ganz- bzw. Vollmassagen, Massagen mittels Gerät, Unterwassermassagen mittels automatischer Düsen) die durch zugelassene oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtige ärztliche oder physiotherapeutische Fachkräfte erbracht werden.

Der Maximalbetrag in Höhe von 100 € kann einmalig je Kalenderjahr für alle Leistungen nach a) – e) in Anspruch genommen werden.

Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen der ärztlichen, zahnärztlichen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern und ärztliche oder zahnärztliche Verordnungen vorzulegen.

6. künstliche Befruchtung

Die ZF BKK gewährt ihren Versicherten die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, einen Zuschuss in Höhe von maximal 500 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

Der Zuschuss wird bei folgenden Behandlungsmethoden alternativ einmalig gewährt:

- Insemination ohne vorherige hormonelle Stimulation
- Insemination mit hormoneller Stimulation
- In-Vitro-Fertilisation (IVF)

- Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).

Ein erneuter Anspruch auf den Zuschuss von einmalig maximal 500 EUR nach Satz 1 besteht erst wieder, sobald ein erneuter Anspruch auf Leistungen nach § 27 a SGB V besteht.

Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen über die Eigenbeteiligung an den Kosten der ärztlichen Leistungen und Medikamente vorzulegen.

7. Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern – stationäre Behandlung

Versicherte können in medizinischen begründeten Fällen die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertrags- bzw. Pflegesätze abzüglich der in § 39 Abs. 4 SGB V geregelten Zuzahlung für eine Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen.

Der Anspruch setzt eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V voraus.

Weitere Anspruchsvoraussetzungen sind:

- die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
- das gewählte Krankenhaus gewährleistet eine gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
- vor Behandlungsbeginn wird der ZF BKK durch die Versicherten eine Kostenaufstellung des Krankenhauses vorgelegt,
- die ZF BKK hat der Behandlung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

Für eine Prüfung der Behandlungsbedürftigkeit im Krankenhaus oder eines Antrags auf Verlängerung einer bereits bewilligten Leistung kann die ZF BKK den Medizinischen Dienst beauftragen. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

Sofern der Behandlung zugestimmt wird, erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

8. Professionelle Zahnreinigung

Die ZF BKK gewährt den Versicherten maximal zweimal im Kalenderjahr einen Zuschuss für die Inanspruchnahme einer Professionellen Zahnreinigung (PZR) durch einen berechtigten Vertragszahnarzt nach § 95 SGB V oder einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten zahnärztlichen Leistungserbringer. Der Zuschuss beträgt 30,00 EUR je PZR.

Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen vorzulegen.

§ 12 a - entfällt -

§ 12 b Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§20, 20a und 20b SGB V 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),
- Individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V) mit folgenden Handlungsfeldern:

  Bewegungsgewohnheiten:

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

  Ernährung:

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

  Stressmanagement:

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

  Suchtmittelkonsum:

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

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt.

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im oben genannten 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 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 200 EUR je Kalenderjahr gewährt.

§ 12 c Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

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

1. Grippeschutzimpfungen,
2. Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden, bis zur Höhe von maximal 250 EUR jährlich.
3. Malariaprohylaxe, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen ist.
   Erstattet werden 50 v. H. des Rechnungsbetrages des Arzneimittels zur Malariaprophylaxe, jedoch nicht mehr als 25 EUR.
4. HPV-Impfungen (Humane Papilloviren), die nicht von den Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V erfasst werden. Erstattet werden 100 v. H. der Kosten (sowohl Impfstoffkosten als auch die Impfleistung des Arztes) für die Durchführung einer vollständigen Impfserie.

Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen und ggf. entsprechende ärztliche Verordnungen vorzulegen.

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

§ 12 e Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V

I Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20k Absatz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen kalenderjährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten. Leistungen, die digitale Gesundheitskompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z.B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

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

§ 13 a entfällt

§ 13 b entfällt

§ 13 c Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

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

II Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen.

III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über

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

§ 13 d Entfällt

§ 13 e Wahltarif besondere Versorgung

I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140 a SGB V an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen.

III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrags
- 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 Vertrags vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

IV Versicherte, die an einer besonderen Versorgung nach Absatz I teilnehmen, ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 Satz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme folgende Zuzahlungen:

- nach §§ 39 und 40 SGB V, soweit eine stationäre Einrichtung im Sinne der §§108/109 SGB V oder § 111 SGB V Vertragspartner der besonderen Versorgung ist und die stationäre Behandlung Bestandteil der besonderen Versorgung ist
- in Höhe von 50 v. H. der Zuzahlungen. Die Gesamtsumme der Zuzahlungsermäßigung darf im Kalenderjahr 140 EUR nicht übersteigen.

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach den Sätzen 1 und 2 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich, unter Beifügung der jeweiligen Quittungen, zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I Babybonus

Versicherte der Betriebskrankenkasse erhalten einen Bonus, wenn sie die folgenden Voraussetzungen vollständig nachweisen und während der Schwangerschaft und bei Beantragung des Bonus bei der ZF BKK versichert sind:

1. Vollständige Inanspruchnahme aller notwendigen Untersuchungen (inklusive Test) und Beratungen im Rahmen der Feststellung der Schwangerschaft entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr. 2).
2. Vollständige Inanspruchnahme der regelmäßigen ärztlichen gynäkologischen Kontrolluntersuchungen bzw. der Kontrolluntersuchungen durch eine zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigte Hebamme entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr. 4).
3. Durchführung von drei Ultraschall-Screenings entsprechend der Mutterschaft-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr. 5).
4. Vollständige Beratung der Schwangeren hinsichtlich Ernährung, HIV-Test, Zahngesundheit für Mutter und Kind entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr. 1).
5. Durchführung eines Glukosebelastungstests im Rahmen eines Screenings im Zeitraum zwischen der 24. + 0 und der 27. + 6 Schwangerschaftswoche entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr. 8).

Der Bonus beträgt 50 EUR.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird mit dem Mutterpass nachgewiesen.

II Gesundheitsbonus

1. Vorsorgebonus Kinder und Jugendliche Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Vorsorgebonus (nach § 65a Absatz 1 SGB V), wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, mindestens einen der folgenden Maßnahmen in Anspruch nehmen und entsprechend nachweisen:

   a) Teilnahme Kinderuntersuchungen

      Vollständige Inanspruchnahme aller vorgesehenen Kinderuntersuchungen (U1 bis U11) für den Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres.

   b) Teilnahme Jugenduntersuchungen
      Vollständige Inanspruchnahme aller vorgesehenen Jugenduntersuchungen (J1, J2) für den Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres.

c) Individueller Impfschutz In- und Ausland
Durchführung von Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i SGB V i. V. m. § 12c der Satzung der Betriebskrankenkasse und Durchführung von empfohlenen Auslands- Schutzimpfungen. Die Bonifizierung erfolgt für das Teilnahmejahr einmal je Immunisierung (bei mehrstufiger Schutzimpfung). Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten mit einem Kombinationsimpfstoff gelten als eine Impfung.

d) Zahnvorsorge
Inanspruchnahme der zahnärztlichen Kinder- Früherkennungsuntersuchungen vom 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (eine Untersuchung pro Kalenderjahr).
Vollständige Inanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchungen ab Vollendung des 6. Lebensjahres nach § 22 Abs. 1 SGB V.

e) Professionelle Zahnreinigung
Einmalige Inanspruchnahme im Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres.

2. Vorsorgebonus Erwachsene

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Vorsorgebonus (nach § 65a Absatz 1 SGB V), wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, mindestens einen der folgenden Maßnahmen in Anspruch nehmen und entsprechend nachweisen:

a) Ärztliche Gesundheitsuntersuchungen gemäß § 25 Abs. 1 SGB V Teilnahmeberechtigt sind Versicherte entsprechend der Altersgrenze nach § 25 Abs. 1 SGB V i. V. m. den Richtlinien über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten in der jeweils gültigen Fassung.

b) Gesetzliche Krebsfrüherkennung
Teilnahmeberechtigt sind Versicherte entsprechend der Altersgrenze nach § 25 Abs. 2 SGB V und gemäß § 25 a Abs. 1 SGBV den Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen in der jeweils gültigen Fassung.

c) Individueller Impfschutz In- und Ausland
Durchführung von Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i SGB V i. V. m. § 12c der Satzung der Betriebskrankenkasse und Durchführung von empfohlenen Auslands-Schutzimpfungen. Die Bonifizierung erfolgt für das Teilnahmejahr einmal je Immunisierung (bei mehrstufiger Schutzimpfung). Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten mit einem Kombinationsimpfstoff gelten als eine Impfung.

d) Zahnvorsorge
Vollständige Inanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchungen nach § 22 SGB V.

e) Professionelle Zahnreinigung

Einmalige Inanspruchnahme im Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres.

3. Aktivbonus Kinder und Jugendliche

Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Gesundheitsbonus (nach § 65a Abs. 1a SGB V), wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, mindestens einen der folgenden Maßnahmen in Anspruch nehmen und entsprechend nachweisen:

a) aktives Mitglied in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio
b) aktives Mitglied in einem Sportverein
c) Sportveranstaltungen und vergleichbare Aktivitäten unter qualifizierter Anleitung
d) Sportabzeichen (z. B. DOSB, DLRG) und vergleichbare Auszeichnungen mit regelmäßiger qualitätsgesicherter Vorbereitung
e) qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Abs. 5 SGB V
f) Rückbildungsgymnastik
g) Baby-Schwimmkurs (Altersgruppe bis 2 Jahre)
h) Eltern-Kind-Turnen (Altersgruppe bis 6 Jahre)

4. Aktivbonus Erwachsene

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Gesundheitsbonus (nach § 65a Abs. 1a SGB V), wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, mindestens einen der folgenden Maßnahmen in Anspruch nehmen und entsprechend nachweisen:

a) aktives Mitglied in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio
b) aktives Mitglied in einem Sportverein
c) aktives Mitglied einer außerhalb der Arbeitszeit stattfindenden Betriebs- oder Hochschulsportgruppe. Es darf sich nicht um Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung handeln
d) Sportveranstaltungen und vergleichbare Aktivitäten unter qualifizierter Anleitung
e) Sportabzeichen (z. B. DOSB, DLRG) und vergleichbare Auszeichnungen mit regelmäßiger qualitätsgesicherter Vorbereitung
f) qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Abs. 5 SGB V
g) Rückbildungsgymnastik

Der Gesundheitsbonus, bestehend aus Vorsorge- und / oder Aktivbonus wird nach dem Erfüllen der Voraussetzungen gewährt und ist entsprechend nachzuweisen. Der Bonus beträgt für jede nachgewiesene Maßnahme 10 €. Der Bonus wird in Form einer Geldprämie erstattet.

Der Bonus kann jederzeit während des jeweiligen Kalenderjahres, jedoch spätestens bis zum 31.12. des Folgejahres eingelöst werden.

Erhöhter Bonus für Fitness-Tracker

Haben Teilnehmer in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren ab dem 1. Januar 2024 die Voraussetzungen für den Gesundheitsbonus erfüllt, erhalten sie einmalig einen zweckgebundenen Zuschuss für die Erstattung eines Fitness-Trackers von bis zu 50 EUR. Der Anspruch entsteht erneut nach weiteren drei Kalenderjahren.

III Teilnahmevoraussetzungen

Die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz II oder III werden vom Arzt, Zahnarzt, dem Anbieter der Leistung bzw. einem qualifizierten Übungsleiter quittiert. Kosten, die dem Versicherten dadurch entstehen, können nicht erstattet werden.

Das Mitglied und alle mitversicherten Familienangehörigen sind jeweils für sich anspruchsberechtigt.

Die Teilnahme ist freiwillig und erfolgt durch eine elektronische übermittelte Erklärung des Mitgliedes. Die elektronische Erklärung ist über die Online-Geschäftsstelle der Betriebskrankenkasse im Rahmen der Online-Registrierung vorzunehmen. Sofern dies nicht möglich ist, kann der Versicherte im Einvernehmen mit der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme auch auf eine anderweitige geeignete Weise erklären.

Die Teilnahme am Bonusprogramm für das jeweilige Kalenderjahr beginnt mit der Online-Registrierung/Teilnahmebekundung und ist rückwirkend ab 01.01. des Jahres, frühestens mit dem Beginn der Versicherung bei der ZF BKK möglich.

Beitragsrückstände und andere bestehende Außenstände des Versicherten bei der ZF BKK können mit dem auszuzahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden.

§ 14 a Bonus für qualitätsgesicherte 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 Betriebskrankenkasse 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.

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

1. Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
2. Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
3. Suchtprävention im Betrieb oder
4. Zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

regelmäßig teilnehmen.

Der Bonus beträgt 10 EUR je Maßnahme und wird dem Versicherten bis zum 30.06. ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die regelmäßige Teilnahme (mind. 80 % der Kurseinheiten) an einer Maßnahme nachgewiesen wurde. Es werden maximal vier Maßnahmen je Kalenderjahr bonifiziert.

§ 14 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten in spezifischen beruflichen Lebensphasen

(1) Versicherte, die sich in einer betrieblichen Ausbildung in einer spezifischen beruflichen Lebensphase befinden und an einer Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers teilnehmen, haben Anspruch auf einen Bonus in Höhe von 100 €, wenn diese Maßnahme die folgenden Voraussetzungen erfüllt:

1. es handelt sich um ein qualitätsgesichertes und zertifiziertes Angebot nach § 20 Abs. 5 SGB V,
2. die Maßnahme erfolgt auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen der Betriebskrankenkasse und dem jeweiligen Arbeitgeber,
3. die Maßnahme beinhaltet theoretische und praktische Inhalte aus allen folgenden 4 Handlungsfeldern: Gesundheitsgerechtes Bewegungs-, Ernährungs- und Stressbewältigungsverhalten und Vermeidung bzw. Reduzierung von Suchtmitteln,
4. die Maßnahme fördert gesundheitsbewusstes Verhalten in spezifischen beruflichen Lebensphasen und
5. die Maßnahme gibt Impulse die theoretisch und praktisch vermittelten Inhalte nach Nr. 3 dieser Regelung in Eigenverantwortung lebenslang anzuwenden und umzusetzen, da damit die individuelle Gesundheitskompetenz ausgebaut wird.

Als Bonus erhält der Versicherte auf Antrag 100 € ausgezahlt, wenn die Maßnahme durch die vollständige Teilnahme nachgewiesen wird. Der Bonus kann nur einmal gewährt werden.

§ 15 Wahltarife Krankengeld gemäß § 53 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V

Allgemeines

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

Mitglieder, können diese Tarife nur wählen, wenn sie

- 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
- unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens zwölf Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder
- mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

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

Mitglieder, die am Tag der Teilnahmeerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente (oder die Regelaltersgrenze) erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie

- 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
- unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens zwölf Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder

mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

Anspruch

II Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Betriebskrankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Absatz 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Absatz 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich.

Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit den Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des G-BA und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Soweit nachfolgend nichts anderweitig geregelt ist, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

III Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs, dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S)
2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel K), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld.

Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XIV festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Die gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich in diesem Zeitraum ereignet hat; in diesem Fall kann die Wahl rückgängig gemacht werden. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Für Mitglieder, die nach Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Absatz XIV), besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn sich der Tarif nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt.

IV Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen

Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst (MD) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

V Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Absatz 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

VI Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Absatz 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XV oder XVI
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,
- mit dem Erreichen des Renteneintrittsalters für eine Regelaltersrente (oder dem Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 235 SGB VI), wenn das Mitglied nicht
    1. 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 war oder
    2. unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens zwölf Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war,

Über des Anspruchsende hinaus gezahlte Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

Höhe

VII Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V genannten Versicherten 80 v. H. des der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aufgerundet auf volle Euro-Beträge.

Die in § 46 Satz 4 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V).

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt eine Umgruppierung nach Absatz XVIII.

VIII Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z. B. Einkommensteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

IX Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz IV durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit dreißig Tagen anzusetzen.

Dauer

X Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit (aufgrund derselben Erkrankung) für längstens 546 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer).

Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem 3-Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 546. Tages. Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, be-

steht ab Beginn eines neues 3-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde.

Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen XVII oder XVIII unbeachtlich.

XI entfällt

Ruhen

XII Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Absatz 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, der nach Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.

XIII Die §§ 16, 18 Absatz 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 63, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl / Beginn / Laufzeit

XIV Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der Wahlerklärung in schriftlicher oder elektronischer Form bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn, maximal jedoch drei Monate kann gewählt werden.

Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem

Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich oder in elektronischer Form widerrufen werden.

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.

Kündigung

XV Die Kündigung des Tarifs muss durch Erklärung in schriftlicher oder elektronischer Form spätestens zwei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XVI frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. § 6 Absatz 4 Satz 2 der Satzung bleibt unberührt.

XVI Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die Kündigung in schriftlicher oder elektronischer Form wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

XVII Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch Erklärung in schriftlicher oder elektronischer Form möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt ab dem Beginn des 3. Kalendermonats nach Eingang der Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden 3. Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt.

Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende / leistungseinschränkende Tarifgruppe keine Wartezeit im Sinne des Absatzes III. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz XVIII werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.

XVIII Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen nach Absatz VIII die in Absatz VII genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; erfolgt die Feststellung während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit, gilt die neue Tarifgruppe ab Beginn des Kalendermonats, der auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III oder XVII besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

XIX Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen/Tarifgruppen

Tarif S[1] in v. H	1,60
Tarif K[2] in v. H.	1,20

der beitragspflichtigen Einnahmen nach dem SGB V, die zur Berechnung der Beiträge für die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse zugrunde gelegt werden. Bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V gilt hier jeweils der erste Monat der Mitgliedschaft für deren Dauer.

[1]Tarif S = Tarif für Selbständige (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) und unständige Beschäftigte (§44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V)

[2]Tarif K = Tarif für Künstler und Publizisten (§ 46 S. 4 SGB V)

XX Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt gemäß Absatz XXI. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen XVII oder XVIII ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.

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

XXI Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens

- bei monatlicher Zahlung am 15. des Folgemonats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs,
- bei jährlicher Zahlung am 15. Tag eines jeden Jahres der Laufzeit des Tarifes für das Kalenderjahr

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

XXIII Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachung

Die Bekanntmachungen der ZF BKK erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.zfbkk.de und nachrichtlich durch einen einwöchigen Aushang in den Geschäftsstellen. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaut eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die ZF 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.

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der ZF BKK erfolgt darüber hinaus

- durch Aushang in den Räumen der ZF BKK und außerdem durch Bekanntgabe
- im Geschäftsbericht der ZF BKK und
- in der Mitgliederzeitschrift der ZF BKK.

Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der ZF BKK beträgt die Aushangfrist 4 Wochen.

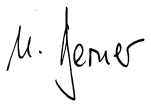
Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu machen.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 25. September 2009 beschlossen.
2. Die Satzung tritt rückwirkend zum 1. August 2009 in Kraft. Gleichzeitig treten die Satzung vom 01.01.2009 und die dazu ergangenen Nachträge 1 und 2 außer Kraft.

Friedrichshafen, den 25. September 2009



_____

Uwe Berner

Vorsitzender

des Verwaltungsrates

ZF BKK

Die vom Verwaltungsrat am 25. September 2009 beschlossene Satzung wird mit Ausnahme - Artikel I § 12 c Satz 3 bis 6 und insoweit zu Artikel II gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V und § 41 Absatz 4 des Sozialtgesetzbuches jeweils in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 11. Dezember 2009 Bundesversicherungsamt II 3 – 59767.0-1581/2009

Anlage zu § 2 und § 2 a der Satzung der ZF BKK

Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder des Verwaltungsrates und der Versichertenältesten der ZF BKK

I Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrates.

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1 Erstattung von Barauslagen

1.1 Tage- / Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Darüber hinaus gehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie unvermeidbar sind.

Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind vorab zu kürzen.

1.2 Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahr-kosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwenigen Nebenkosten (z.B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.

Dabei können erstattet werden:

a) Die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse / 2. Klasse sowie die Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte.

b) Bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy-(Touristen-)klasse.

c) Bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes

jeweils geltenden Sätze. Für die regelmäßige Nutzung eines Fahrrads wird Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 3 BRKG i. V. mit Ziffer 5.3 BRKGVwV geleistet.

d) Die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

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

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

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung, einschließlich Vorbesprechung, einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 79 EUR.

3.1 Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen:

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 350 EUR.

Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 350 EUR.

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

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies gilt auch

dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

Unter „Sitzung“ ist nur die Sitzung eines Gremiums des Versicherungsträgers zu verstehen. Gruppenvorbesprechungen, andere Besprechungen, Verhandlungen und Gespräche sowie Tagungen und Kongresse fallen nicht unter den Begriff „Sitzung“.

II Versichertenälteste

1. Die Tätigkeit der Versichertenältesten ist ehrenamtlich, eine Vergütung für die zu leistende Arbeit wird nicht gezahlt.

2. Die im Rahmen der Tätigkeit entstehenden Kosten für Telefon, Porto und ähnliche Posten werden mit einer jährlichen Pauschale in Höhe von 35 EUR abgegolten. In Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

3. Fahrkosten, Tage- und Übernachtungsgeld werden im Rahmen der Ziffern I 1.1 gezahlt, soweit sie im Zusammenhang mit einer von der Betriebskrankenkasse veranlassten Schulungsveranstaltung entstehen.

III Verfahren

Die Entschädigung nach Nr. 1 ist innerhalb einer Ausschlussfrist von 6 Monaten schriftlich zu beantragen. Die Frist beginnt mit dem Tag nach Beendigung der Inanspruchnahme.

Anlage zu § 9 b der Satzung der ZF BKK

Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§ 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 ZF BKK Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

1 Am Ausgleichsverfahren U1 der ZF BKK nehmen die Arbeit-geber teil, die in der Regel ausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen (§ 1 Abs. 1 AAG). Die Grundlage für die Errechnung der Gesamtzahl der beschäftigten Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen richtet sich nach den Vorschriften des AAG (§ 3 Abs. 1 AAG). Abweichend von Satz 1 sind die in den § 11 und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen nicht am Ausgleichsverfahren beteiligt.

2 Am Ausgleichsverfahren U2 der ZF BKK nehmen alle Arbeitgeber - mit Ausnahme der in den § 11 Abs. 2 und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen - unabhängig von der Zahl ihrer Beschäftigten teil.

§ 3 Meldungen und praktisches Verfahren

1 Die Arbeitgeber haben alle für das Feststellungsverfahren erforderlichen Angaben, insbesondere die Gesamtanzahl der in den Ausgleich einbezogenen Arbeitnehmer sowie alle Änderungen, die die Umlagepflicht oder die Höhe der Umlage berühren, an die ZF BKK zu melden (§ 3 Abs. 2 i.V.m. § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 5 AAG). Die ZF BKK prüft gemäß § 3 Abs. 1 AAG, welche Arbeitgeber am Umlageverfahren U1 teilnehmen und kann den entsprechenden Bescheid erlassen.

2 Erstattungsanträge können direkt vom Arbeitgeber bei der ZF BKK gestellt werden. Die Prüfung erfolgt durch Einsicht in den Datenbestand der ZF BKK.

§ 4 Erstattungsanspruch bei Aufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1)

1 Die ZF BKK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für Aufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1) grundsätzlich 60 v.H. (allgemeiner Erstattungssatz) des nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 AAG an Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgelts.

2 Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz

1. auf 50 v.H. ermäßigt (ermäßigter Erstattungssatz) oder

2. auf 80 v.H. erhöht (erhöhter Erstattungssatz)

3 Der Antrag nach Abs. 2 ist

1. bis zum Ende des Folgemonats, in dem erstmalig Umlagebeträge abzuführen sind,

2. bei Beginn eines neuen Kalenderjahres jeweils bis zum 31. Januar des neuen Kalenderjahres

schriftlich bei der ZF BKK zu stellen. Für die Einhaltung der Frist ist der Zugang des Antrags bei der ZF BKK entscheidend (Ausschlussfrist). Anträge, die der ZF BKK nach Ablauf der Frist zugehen, bleiben unberücksichtigt. Gehen der ZF BKK innerhalb der Frist mehrere Anträge zu, so ist für die Festsetzung des Erstattungssatzes der Antrag maßgebend, der bei der ZF BKK zuletzt eingegangen ist (Posteingang bei der ZF BKK). Macht der Arbeitgeber bei erneuter Antragsmöglichkeit von seinem Wahlrecht innerhalb der in Satz 1 Nr. 2 genannten Frist keinen Gebrauch, gilt der zuletzt beantragte Erstattungssatz. Der Arbeitgeber ist an seinen Antrag für das Kalenderjahr gebunden.

4 Wird ein Umlagesatz oder werden mehrere Umlagesätze i.S.d. § 9 für die Aufwendungen aus Anlass der Krankheit durch Beschlussfassung des Verwaltungsrates geändert, so kann der Arbeitgeber abweichend von Abs. 3 den Antrag nach Abs. 2 bis zum letzten Kalendertag des Folgemonats, in dem die geänderten Umlagesätze in Kraft treten gegenüber der ZF BKK stellen. Für den Fall, dass ein rückwirkendes Inkrafttreten der Änderungen beschlossen wird, kann der Antrag nach Abs. 2 bis zum letzten Kalendertag des Folgemonats, in dem die Beschlussfassung durch den Verwaltungsrat erfolgt, gestellt werden. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für den Fall der Änderung von Erstattungssätzen i.S.d. § 5 Abs. 1 und 2. Die Sätze 1 bis 8 des Abs. 3 finden unter Beachtung der abweichenden Regelung des Abs. 4 Satz 1 und 2 entsprechende Anwendung.

§ 4 a Entfällt

§ 5 Erstattungsanspruch bei Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2)

Die ZF BKK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2) 100 v.H.

1. des nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 AAG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld sowie

2. des nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 AAG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts.

§ 6 Erstattung der Arbeitgeberbeitragsanteile

1 Für Aufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1) sind die von dem Arbeitgeber zu tragenden Beiträge i.S.d. § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG mit den in § 4 Abs. 1 und 2 genannten Erstattungssätzen abgegolten.

2 Für Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2) werden dem Arbeitgeber zusätzlich zu der Erstattung nach § 5 Nr. 2 die von diesen zu tragenden Beiträgen nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG in vollem Umfang erstattet.

§ 7 Begrenzung der Erstattung

1. Für die Erstattungen nach § 4 und § 6 Abs. 1 wird nur das fortgezahlte Arbeitsentgelt bis zur Höhe der in der Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

2. Für die Berechnung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nach § 5 ist das Bruttoarbeitsentgelt maßgebend.

3. Für die Berechnung der Erstattung nach § 6 Abs. 2 ist das Bruttoarbeitsentgelt maßgebend.

§ 8 Mitwirkungspflichten, Fälligkeit der Erstattungsleistung

1 Der Arbeitgeber hat der ZF BKK alle für die Prüfung des Bestehens der Erstattungsvoraussetzungen erforderlichen Angaben und Unterlagen zu übermitteln.

2. Der Erstattungsbetrag ist fällig, sobald der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt nach § 3 Abs. 1 und 2 und § 9 Absatz 1 EFZG, nach § 18 MuSchG oder den Zuschuss nach § 20 MuSchG gezahlt hat, frühestens jedoch nach Eingang des Erstattungsantrags bei der ZF BKK. Die Erstattung erfolgt grundsätzlich nur für zurückliegende Zeiträume.

3 Die ZF BKK kann die Erstattung im Einzelfall versagen, solange der Arbeitgeber seiner Mitwirkungspflicht nach Absatz 1 oder § 4 Abs. 1 nicht oder nicht vollständig gegenüber der ZF BKK nachkommt.

§ 9 Aufbringung der Umlage, Höhe, Nachweis und Fälligkeit

1. Die Mittel zur Durchführung der U1-/U2-Verfahren werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern jeweils durch gesonderte Umlagen aufgebracht (§ 7 Abs. 1 AAG).

2. Der Umlagesatz i.S.d. § 7 Abs. 2 Satz 1 AAG beträgt

   1. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1)

      a) nach § 4 Abs. 1 2,3 v.H. (allgemeiner Umlagesatz)

      b) nach § 4 Abs. 2 Nr. 1 1,7 v.H. (ermäßigter Umlagesatz)

      c) nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 3,9 v.H. (erhöhter Umlagesatz)

   2. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2) 0,35 v.H. des umlagepflichtigen Entgelts.

§ 10 Widerspruchsausschuss

§ 4 der Satzung der ZF BKK gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder der Arbeitgebervertreter mitwirken.

§ 11 Organe, Zusammensetzung

1 Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der ZF BKK obliegt dem Vorstand entsprechend der in der Geschäftsordnung des Vorstandes festgelegten Geschäftsverteilung. Der Vorstand vertritt die Ausgleichskasse gerichtlich und außergerichtlich.

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.

§ 12 Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes

Für die Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes gilt § 70 Abs. 1 SGB IV entsprechend (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 AAG).

§ 13 Jahresrechnung

Für die Aufstellung, Prüfung und Abnahme des Jahresabschlusses (Jahresrechnung) gilt § 77 Abs. 1 SGB IV i.V.m. § 9 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 4 AAG entsprechend. Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließen die Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.

§ 14 Prüfung der Geschäfts-, Betriebs- und Rechnungsführung

Die §§ 2 und 3 der Satzung gelten entsprechend.