Satzung der BKK advita vom 1.1.2009, 55120 Mainz in der Fassung des 25. Satzungsnachtrages

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

§ 2 Verwaltungsrat

§ 3 Vorstand

§ 4 Widerspruchsausschuss

§ 5 Kreis der versicherten Personen

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

§ 7 Aufbringung der Mittel

§ 8 Bemessung der Beiträge

§ 8a Wahltarif Prämienzahlung

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

§ 9a nicht belegt

§ 9b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

§ 10a Erhebung von Mahngebühren

§ 11 Höhe der Rücklage

§ 12 Leistungen

§ 12a nicht belegt

§ 12b Primärprävention

§ 12c Schutzimpfungen

§ 12d Leistungsausschluss

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

§ 13a Modellvorhaben

§ 13b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

§ 13d Wahltarif besondere Versorgung

§ 13e Zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V

§ 14 Ernteheft - Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

§ 15 Krankengeld für freiwillige Mitglieder

Satzung der BKK advita vom 1.1.2009, 55120 Mainz in der Fassung des 25. Satzungsnachtrages

§ 16 Kooperation mit der PKV

§ 17 Aufsicht

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

§ 19 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage 1: Bereich der BKK advita: Aufstellung der Firmen

Anlage 2: Entschädigungsregelung

Satzung der BKK advita vom 1.1.2009, 55120 Mainz in der Fassung des 25. Satzungsnachtrages

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

Sie ist am 1.1.2009 durch Vereinigung der Betriebskrankenkasse *advita*BKK und der BKK SCHOTT-ZEISS entstanden.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Mainz am Rhein.

II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der in Anlage 1 bezeichneten Firmen. Die Anlage 1 ist Bestandteil der Satzung.

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf die nachfolgend aufgeführten Regionen: Baden Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und 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 1. Januar des Kalenderjahres.

II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 8 Versichertenvertreter und 8 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

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 Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,

5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn der Vorstand längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,

6. den Vorstand zu überwachen,

7. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,

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

9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,

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

IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

Va. Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bilden.

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

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

VIII. 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.

IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen.

X. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 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 Jahresrechnung prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen.

7. eine Kassenordnung aufzustellen,

8. die Beiträge einzuziehen,

9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

IV. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

V. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebkrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird zwei Widerspruchsausschüssen übertragen. Die Widerspruchsausschüsse haben ihren Sitz in Alzey.

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

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

3. Der Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses wird von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschuss 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 Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und einem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung.

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

6. Ein Mitglied des Vorstandes oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

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

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,

1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,

2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.

4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,

5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,

7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,

8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,

10. Personen, die einer in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Berufsausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren.

12. Personen, die eine selbstständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenantrags nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren;

für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend.

13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenantrags in das Inland verlegt haben.

14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
    a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
    b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II. Freiwillige Mitglieder

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

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt.

2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,

3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX 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 Voraussetzungen nicht erfüllen; (wenn sie beim Beitritt noch nicht 45 Jahre alt sind),

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

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

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

1. sie zu dem in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören oder

2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat

3. der Ehegatte oder der Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes bei der Betriebskrankenkasse versichert ist

4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,

6. sie bei einer/ einem Betriebskrankenkasse/ Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder waren.

IV. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz

den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Abs. I Satz 4 gilt nicht.

IV. Wenn ein Wahltarif nach §§ 12a oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der § 12a Absatz VIII oder 15 Absatz VII, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif nach § 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.

§ 8a Wahltarif Prämienzahlung

I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre

nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Prävention (§§20 und 20d SGB V),
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V
- jährliche Zahnprophylaxe (§ 55 Abs. 1 Nr. 4 Satz 2 SGB V)
- Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen

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

III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 200 EUR.

IV. Mitglieder deren Beiträge vollständig von Dritten gezahlt werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen. Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für sich und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif wählt oder gewählt hat.

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

bindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft.

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a z.Zt. nicht belegt

§ 9b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

I Die Durchführung des U1- und U2 Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.

II Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK advita, die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.

III Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten

Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

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

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

III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Monats fällig, der auf die Auszahlung der Versorgungsbezüge folgt.

§ 10 a Erhebung von Mahngebühren

I. Im Rahmen von § 19 Absatz 2 VwVG wird eine pauschale Mahngebühr erhoben, die den Betrag von 0,77 EUR nicht unterschreiten darf.

Diese beträgt

1,0 v.H. des Mahnbetrages bis zu einem Mahnbetrag von 50,--€
0,5 v.H. von dem Mehrbetrag mindestens aber 0,77 €
höchstens 50,-- €

II. a) Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge von Arbeitgebern,

- die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
- bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
- die sich in den letzten 6 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder die keine Beitragsnachweisung einreichen.

b) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für 1 Monat gefordert werden.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monatentfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX

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

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf einen Zeitraum von 2 Wochen je Kalenderjahr begrenzt.

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen

eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit oder einer Entbindung nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von jeweils insgesamt 1 Woche bei ärztlich bescheinigter Krankheit sowie einer Entbindung je Kalenderjahr gewährt.

2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten.

Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den 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. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen

nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

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

3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf 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. Wurde ein Wahltarif nach §12 a Abs. II gewählt (Selbstbehalt), gilt die Kündigungsfrist des § 12 a Abs. VIII entsprechend.

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. Verwaltungskosten zu kürzen.
   Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat 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 An-

spruch 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 10 v. H. mindestens 3 EUR und maximal 50 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen.
Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedsstaat 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.

V Kostenerstattung Wahlarzneimittel

Versicherte haben die Wahlmöglichkeit, ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabatt-Arzneimittel zu wählen.

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

2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um
   20 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie
   10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

3. § 12 Abs. IV Nr. 4, 5 und 6 gelten.

§ 12a nicht belegt (seit 1.1.2016)

§ 12 b Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens ”Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressreduktion/Entspannung:

Maßnahmen zur multimodalen Stressbewältigung

Maßnahmen zur Entspannung

Suchtmittelkonsum:

Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens

Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, höchstens 120 € je Maßnahme. Die maximale Erstattung je Mitglied und Jahr beträgt 1/15 der monatlichen Bezugsgröße.

§ 12 c Schutzimpfungen

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

Die BKK advita erstattet für nachfolgend aufgeführte selbst bezahlte, ärztlich empfohlene Schutzimpfungen 80 v. H. der Kosten, höchstens den Betrag, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre:

- Grippeschutzimpfung
- Hepatitis B
- HPV für Mädchen vom 15. bis zum 17. Lebensjahr.

II. Die Betriebskrankenkasse übernimmt weiterhin die Kosten für nachfolgend genannte Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts sowie wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlen werden in Höhe von 50 v.H. der Kosten, höchstens den Betrag, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre.

- FSME Zecken-Hirnhautentzündung (Frühsommer-Meningoenzephalitis)
- Gelbfieber
- Hepatitis A
- Meningokokken-Meningitis
- Typhus
- Cholera.

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

§ 12d Leistungsausschluss

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

II 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 Be-

triebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die BKK als Zuschuss für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,-- €. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,-- €.

§ 13a Modellvorhaben

I. Die BKK advita führt ein Modellvorhaben gem. § 63 SGB V zum Biofeedback durch. Grundlage des Modellvorhabens ist die Vereinbarung mit der Deutschen Gesellschaft für Biofeedback e.V. vom 12.12.2011 deren Regelungen Bestandteil der Satzung der BKK advita werden.

II. Das Modellvorhaben umfasst die Indikationen

- Kopfschmerzen (vom Spannungstyp) und
- Migräne

Das Modellvorhaben hat zum Ziel, die Biofeedback-Behandlung wissenschaftlich zu bewerten und zu klären, ob die Bedingungen des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit als Voraussetzungen für eine spätere Einführung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind.

III. Die Leistungen des Modellvorhabens können alle Versicherten der BKK advita in Anspruch nehmen, die

- das 9. Lebensjahr vollendet haben,
- einen Anspruch auf Biofeedback-Behandlung aufgrund einer vorliegenden vertragsärztlichen Heilmittel-Verordnung haben,
- infolge einer Kopfschmerz/Migräne-Erkrankung einen prognostisch kurz oder länger dauernden Behandlungsbedarf (Diagnosegruppen: Kopfschmerzen

vom Spannungstyp/Migräne) haben und
- sich schriftlich mit der Durchführung nach diesem Modellvorhaben einverstanden erklärt haben.

Die Teilnahme ist freiwillig.

Es gelten die in der Vereinbarung mit der Deutschen Gesellschaft für Biofeedback e.V. festgelegten Regelungen, die Bestandteil der Satzung sind. Beginn und Ende der Teilnahme am Modellvorhaben richten sich nach der durch die vertragsärztliche Verordnung definierten Behandlungsserie. Die BKK advita informiert die Versicherten über den Inhalt und die Ziele des Modellvorhabens sowie über die jeweils teilnehmenden Ärzte im Internet (www.bkk-advita.de).

Das Modellvorhaben wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Das Ergebnis der Auswertung wird gemäß § 65 SGB V veröffentlicht.

Das Modellvorhaben beginnt am 01.01.2012 und endet am 31.12.2016.

§ 13b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

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

II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträge.

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

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

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

II Versicherten, die an den strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme eine Prämie in Höhe von 20 EUR je Kalenderjahr.

Satzung der BKK advita vom 1.1.2009, 55120 Mainz in der Fassung des 25. Satzungsnachtrages

§ 13d 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. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

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

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

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

§ 13 e Zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V

Die BKK advita gewährt ihren Versicherten nach § 11 Abs. 6 SGB V Leistungen. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den folgenden Regelungen:

Nr. I Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, und Anthroposophie)

Satzung der BKK advita vom 1.1.2009, 55120 Mainz in der Fassung des 25. Satzungsnachtrages

Abs. I

Die BKK advita erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen– Homöopathie und Anthroposophie
sofern

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

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

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

Die BKK advita erstattet auch Kosten für

- Mineralsalze nach Dr. Schüßler

unter den in Buchstabe b) und c) dieses Absatzes genannten Voraussetzungen

Absatz II

Die BKK advita erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten je Arzneimittel nach Absatz I in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch höchstens bis zu einem Betrag von 50 EUR pro Kalenderjahr und Versicherten.

Absatz III

Zur Erstattung der Kosten sind der BKK advita die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

Absatz IV

Für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie und Anthroposophie aus anderen Indikationsfeldern oder solchen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder nach § 34 Abs. I Satz 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen

sind, werden keine Kosten erstattet.

Nr. II Osteopathie

Abs. I

Versicherte können auf Grund einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde, sofern

- die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt und

- der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, nach entsprechendem Auftrag der BKK, die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme bestätigt hat.

Abs. II

Die BKK übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten in Höhe von jeweils 75 % des Rechnungsbetrages, max. jedoch höchstens 40 EUR pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

Nr. III Naturheilkundliche Zahnbehandlung

Abs. I

Die BKK beteiligt sich an den Kosten einer jährlichen naturheilkundlichen, zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bei einem entsprechend tätigen Zahnarzt mit einem Betrag Höhe von 75 EUR jährlich im ersten Jahr. Für die Folgejahre beträgt der Zuschuss der BKK 50 EUR im Jahr. Der Umfang der Kontrolluntersuchung wird begrenzt auf:

- Allgemeine Anamnese

- Prüfung einer Materialverträglichkeit
- Austestung der Speichelprobe

Abs. II

Die BKK gewährt familienversicherten Kindern ab dem 18. Lebensjahr weiterhin einen Zuschuss bei Durchführung einer professionellen Zahnreinigung (PZR) bei einem naturheilkundlichen Zahnarzt.

Der Zuschuss ist auf einen Betrag von 50 EUR je Jahr begrenzt.

Abs. III

a) Die BKK gewährt, unter Berücksichtigung der KIG-RL, familienversicherten Kindern bis zum 18. Lebensjahr kieferorthopädische Behandlung bei einem naturheilkundlich tätigen Zahnarzt/Kieferorthopäden.

Die Abrechnung der vereinbarten Gesamtkosten erfolgt zu Lasten der BKK. Der Zuschuss nach Abs. I erhöht sich in diesen Fällen auf 125 €.

b) Die BKK gewährt familienversicherten Kindern ab dem 18. Lebensjahr kieferorthopädische Behandlung bei einem naturheilkundlich tätigen Zahnarzt/Kieferorthopäden. Dem Versicherten verbleibt zunächst ein Eigenanteil von 700 €. Nach erfolgreich beendeter Maßnahme erfolgt eine Erstattung des Eigenanteils in Höhe von 500 €. Eine jährliche PZR ist Leistungsbestandteil der Behandlung und der Vergütung.

Nr. IV Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Abs. I Hebammenbereitschaft

Über die im SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus, erstattet die BKK advita für die von Hebammen durchgeführte 24-stündige Rufbereitschaft einer nach § 134a Abs. 2 SGB V zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten freiberuflichen Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft die Kosten in Höhe von 100 %, max. jedoch 300,- Euro.

Zur Erstattung ist die Originalrechnung bei der BKK advita einzureichen.

Satzung der BKK advita vom 1.1.2009, 55120 Mainz in der Fassung des 25. Satzungsnachtrages

Abs. II Künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V)

Die BKK gewährt über die Regelungen des § 27a SGB V hinaus für die ersten 3 Versuche einen zusätzlichen Kostenzuschuss von jeweils 300 EUR.
Darüber hinaus gewährt die BKK einen weiteren Zuschuss von 300 EUR für einen 4. Versuch.

Voraussetzung ist, dass beide Ehepartner bei der BKK advita versichert sind.

Abs. III Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel

Die BKK erstattet die für den Zeitraum der Schwangerschaft erforderlichen, nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Folsäure bis zu einem Höchstbetrag von 30 Euro je Schwangerschaft.

Von der Erstattung ausgenommen sind Kosten solcher Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder nach § 34 Abs.1 Sätze 1 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit dem in Satz 1 genannten Wirkstoff erfolgt nicht.

Der gesetzliche Anspruch nach § 34 Abs. 1 Sätze 1 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt. Der Bezug der Medikamente mit dem Wirkstoff Folsäure erfolgt über Apotheken, bzw. über den nach deutschem Recht zugelassenen Versandhandel.

Zur Erstattung ist die Originalrechnung bei der BKK advita einzureichen.

Abs. IV Geburtsvorbereitung für werdende Väter/(Ehe-) Partner

a) Zur Vorbereitung auf die Geburt haben die Versicherten der BKK advita einen ergänzenden Anspruch auf einen Zuschuss für einen Geburtsvorbereitungskurs für den bei der BKK advita versicherten werdenden Vater/(Ehe-)Partner.

b) Die Höhe des Zuschusses beträgt 100% der entstandenen Kurskosten bis maximal 80 EURO. Die Teilnahmebestätigung ist ergänzend zu den Regelungen des Abs. 4 für die Erstattung einzureichen.

Nr. V Professionelle Zahnreinigung

Abs. I

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können anstelle des Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (§14 der Satzung) einen Zuschuss für in Anspruch genommene professionelle Zahnreinigung wählen.

Abs. II

Die BKK advita erstattet ihren Versicherten, die keinen Bonus nach § 14 der Satzung beanspruchen, einmal jährlich die Kosten für eine beim/bei einer zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnarzt/Zahnärztin in Anspruch genommene professionelle Zahnreinigung in Höhe von 90 v. H. der nachgewiesenen Kosten; maximal 40 EUR. Zur Erstattung sind die detaillierten Rechnungen der Zahnärzte im Original vorzulegen.

§ 14 Ernteheft - Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

I. Grundsätzliches Verfahren

Die BKK advita bietet Ihren Mitgliedern ab dem 15. Lebensjahr verschiedene Bonuslösungen für gesundheitsbewusstes Verhalten an. Das Mitglied kann zwischen dem Erntegutschein nach Abs. VII a) oder dem Erntesparbuch nach Abs. VII b) dieser Regelung wählen. Die Erklärung erfolgt zum Zeitpunkt der Beantragung in schriftlicher Form. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist die Erfüllung der Voraussetzungen für den Grundbonus nach Abs. II. Dabei müssen sämtliche Voraussetzungen innerhalb eines Kalenderjahres erfüllt werden.

II. Bonusjahr

Das Bonusjahr ist das Kalenderjahr. Ein Anspruch auf einen Bonus besteht nur, wenn die Mitgliedschaft zum Zeitpunkt des Antrages auf Auszahlung ungekündigt ist. Die Übertragung des Bonus in das Folgejahr ist nicht möglich. Die Nachweise sind bis spä-

testens zum 30.06. des Folgejahres zur Erstattung der Bonusleistung einzureichen. Bei verspätetem Einreichen der Nachweise verfallen die Ansprüche.

III. Grundbonus

Mitglieder, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie und ihr mitversicherter Ehegatte oder der eingetragene Partner nach dem Lebenspartnergesetz (LPartG), soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, jeweils 3 Punkte aus den nachfolgend aufgeführten Maßnahmen nachweisen.

1. Der Versicherte nimmt alle 2 Jahre Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß § 25 Abs. 1 SGB V in Anspruch.

2. Der Versicherte nimmt jährlich an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 2 SGB V (entsprechend der G-BA-Richtlinien) teil.

3. Der Versicherte nimmt ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einem ärztlichen Hautkrebsscreening teil.

4. Der Versicherte nimmt regelmäßig Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 55 Abs. 1 SGB V in Anspruch.

5. Der Versicherte hat die von der BKK nach § 20 d SGB V in der Satzung aufgeführten Schutzimpfungen - nach den Schutzimpfungs-RL - vollständig nachgewiesen.

6. Der Versicherte nimmt mindestens einmal jährlich an einer Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 a SGB V teil.

7. Der Versicherte nimmt an einem Betriebs-Check-Up bei ihrem Betriebsarzt teil.

8. Die Versicherte nimmt an allen Vorsorgeuntersuchungen zur Schwangerenvorsorge nach § 24 d SGB V teil.

9. Der Versicherte führt ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres jährlich einen Schnelltest auf occultes Blut im Stuhl durch.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der BKK Bonus Karte quittiert. Für die Ausstellung einer Teilnahmebestätigung der Leistungserbringer übernimmt die BKK advita keine Kosten.

IV. Bei der Wahl des Erntegutscheins wird der Grundbonus in Höhe von 30,00 EUR an das Mitglied ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen nach Abs. III durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden. Bei Wahl des Erntesparbuches wird der Grundbonus in voller Höhe für Erstattungen von Leistungen nach Anlage 1 verwendet.

V. Erntegutschein oder Erntesparbuch

Mitglieder, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf den Erntegutschein oder das Erntesparbuch der BKK advita, wenn sie und ihr mitversicherter Ehegatte oder der eingetragene Partner nach LPartG, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, jeweils bis zu 8 weitere Punkte vollständig nachweisen und die Voraussetzungen des Grundbonus nach Abs. III erfüllt haben.

1. Der Versicherte ist ein aktives Mitglied in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio und hat mindestens 24 Trainingseinheiten im Kalenderjahr abgelegt

2. Der Versicherte hat das Sportabzeichen nach den Bedingungen des Deutschen Olympischen Sportbundes oder eines Landessportverbandes abgelegt.

3. Der Versicherte hat das Schwimmabzeichen nach den Bedingungen des Deutschen Schwimmverbandes erworben.

4. Der Versicherte hat das Wanderabzeichen des Verbandes Deutscher Gebirgs- und Wandervereine erworben.

5. Der Versicherte weist die Teilnahme an einem qualifizierten Gemeinschaftssport (Radtouren über den ADFC oder qualifizierte Lauftreffs) durch Vorlage einer Teilnahmebescheinigung oder Urkunde nach, dabei muss im Mittelpunkt der sportlichen Aktivität eine körperliche Ausdauerleistung stehen.

6. Der Versicherte ist aktives Mitglied in einem eingetragenen Sportverein.

7. Der Versicherte nimmt regelmäßig am Training einer Betriebs- bzw. Hochschulsportgruppe teil.

8. Der Versicherte ist in einer Selbsthilfegruppe organisiert und nimmt regelmäßig daran teil.

9. Der Versicherte weist einen BMI, welcher gemäß der WHO, im Normbereich liegt nach.

10. Der Versicherte weist mittels ärztlicher Bescheinigung nach, dass er seit mindestens 6 Monaten rauchfrei ist.

11. Der Versicherte weist einmal im Jahr eine Grippeschutzimpfung nach.

12. Der Versicherte hat aktiv an einer Gesundheitsveranstaltung der BKK advita (im Sinne des aktuellen Präventionsleitfadens) teilgenommen.

13. Der Versicherte nimmt mindestens einmal jährlich eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Abs. 1 SGB V im Handlungsfeld „Reduktion von Sucht- und Genussmittel“ teil.

14. Der Versicherte nimmt mindestens einmal jährlich eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Abs. 1 SGB V im Handlungsfeld „Stressreduktion und Entspannung“ teil.

15. Der Versicherte nimmt mindestens einmal jährlich eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Abs. 1 SGB V im Handlungsfeld „Gesunde Ernährung“ teil.

16. Der Versicherte nimmt mindestens einmal jährlich eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Abs. 1 SGB V im Handlungsfeld „Bewegung“ teil.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem jeweiligen Anbieter der Leistung oder Übungsleiter ebenfalls auf der BKK Bonus Karte quittiert.

VI. Für jeden erfüllten Punkt – höchstens 8 Punkte - wird der Grundbonus um jeweils 20,00 EUR erhöht. Dabei gilt, dass von den unter Ziffer 13. – 16. aufgeführten Maßnahmen höchstens zwei der Aktivitäten berücksichtigt werden können.
Dem Mitglied stehen daher maximal weitere 160 Euro zur Verfügung.

VII. Der Bonus anhand der erreichten weiteren Anzahl der Voraussetzungen wird dem Mitglied je nach Wahl

a) als Erntegutschien in Form von Gutscheinen (max. 160 EURO) zum Einkauf ökologisch orientierter Lebensmittel bei den Vertragspartnern der Grünkauf System GmbH in München oder einen der neun Vertragspartner der Betriebskrankenkasse (Zauberwurzel –Naturkost & Naturwaren in Alfeld; SuperBiomarkt AG in Münster; Bio Markt in Jena; Natürlich Mainz in Mainz und Ingelheim; Naturalis in Alzey; Naturkost-Naturwaren in Wetzlar; Talhofvertriebs GmbH in Heidenheim; Hutzelhof GmbH in Edelsfeld, Reformhaus Kaliss in Schorndorf und Aalen, die Ökokiste Schwarzach in Schwarzach; Bioladen Wörrstadt in Wörrstadt und Vita Nova Reformhaus in Mainz) zur Verfügung gestellt.

oder

b) gemeinsam mit dem Grundbonus als Erntesparbuch (max. 190 EURO) für die Erstattung von privat finanzierten IGeL-Leistungen/Besondere Leistungen gemäß Anlage 1 zu § 14 der Satzung der BKK advita zur Verfügung gestellt.

Der jeweilige Bonus wird nur einmal vergütet.

VIII. Für die Erstattung aus dem Erntesparbuch ist der BKK advita eine spezifizierte Rechnung im Original inklusive einem Quittungsvermerk oder einem separaten Überweisungsnachweis vorzulegen. Gegebenenfalls anfallende Kosten für die Ausstellung einer detaillierten Rechnung werden von der BKK advita nicht übernommen. Eine Über-

tragung der nicht in Anspruch genommenen Beträge in das nächste Bonusjahr ist nicht zulässig.

IX. Bonushefte, die bis zur Genehmigung des 20. Satzungsnachtrages bei der BKK advita eingereicht werden, sind nach dem bisherigen Bonusmodell 150 Euro zu berücksichtigen. Optional kann das Mitglied jedoch die neue Variante wählen.

X. Junior- Ernteheft

Mitglieder, deren mitversicherte Kinder sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf den Grundbonus, wenn sie die Punkte 1-3 nachweisen.

1. Die mitversicherten Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch

   oder

   sie nehmen, altersabhängig, die erweiterten Vorsorgeuntersuchung U10 oder U11, bzw. die Jugendgesundheitsuntersuchungen J1 oder J2 (sofern diese von der BKK advita im Rahmen von Verträgen übernommen werden) in Anspruch.

2. Die mitversicherten Kinder sind aktives Mitglied in einem qualitätsgesicherten Sportverein oder in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder haben das Sportabzeichen im Kalenderjahr abgelegt.

3. Die mitversicherten Kinder, die das 6. Lebensjahr vollendet haben, nehmen die Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen vollständig in Anspruch (§ 22 SGB V, § 55 Abs. 1 SGB V).

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der BKK-Bonus-Karte quittiert.

XI. Der Grundbonus wird dem Mitglied in Höhe von 30,00 EUR gutgeschrieben, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen des Abs. X Ziffer 1 – 3 durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden.

XII. Der Grundbonus wird erhöht, wenn das mitversicherte Kind aus den Punkten 1-3 je einen weiteren Punkt nachweist.

1. Das mitversicherte Kind weist die Teilnahme am Eltern-Kind-Turnen (ab dem 6. Lebensjahr) nach oder nimmt regelmäßig am Hochschulsport teil.

2. Das mitversicherte Kind hat die von der BKK nach § 20 d SGB V gewährten Schutzimpfungen vollständig in Anspruch genommen.

3. Das mitversicherte Kind weist jährlich (ab dem 6. Lebensjahr und im Sinne des aktuellen Präventionsleitfadens) eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Absatz 1 SGB V nach.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf der BKK-Bonus-Karte quittiert.

XIII. Das Junior-Ernteheft wird bei Erfüllung von weiteren Voraussetzungen aus Abs. XII Ziffer 1 – 3 um jeweils 10 Euro aufgestockt. Der Bonus je mitversichertes Kind beträgt maximal 60,00 EUR.

XIV. Sämtliche Voraussetzungen müssen innerhalb eines Kalenderjahres erfüllt werden. Absatz II zum Bonusjahr gilt entsprechend.

§ 15 Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

Absatz I

Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an, den in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitgliedern bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 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.

Anspruch

Absatz II

Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, 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.

Absatz III

Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel *S43),*

2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel *K15)*

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

Absatz IV

Für den Anspruch auf Krankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

Absatz 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 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

Absatz VI

Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,

- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XV oder XVI
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,
- mit dem Erreichen des 63. Lebensjahres.

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

Höhe

Absatz VII

Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Versicherten 28 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit. Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse.

Absatz VIII

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

Zahlung

Absatz IX

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

Dauer

Absatz X

Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 365 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). 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:

Absatz XI

Abweichend von Absatz X besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

Absatz XII

Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V**.** § 50 Abs. 1 und 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, die nach Art und Umfang her dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar sind, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens zwei Monatsbeträgen im

Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

Absatz XIII

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

Wahl/Beginn/Laufzeit

Absatz XIV

Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt – vorbehaltlich § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V - mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Kündigung

Absatz XV

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

Satzung der BKK advita vom 1.1.2009, 55120 Mainz in der Fassung des 25. Satzungsnachtrages

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

Prämien

Absatz XVII

Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VII ergeben sich die Tarif(gruppen)kennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen/Tarifgruppen

Tarif	**EUR**
S 43	***23,80 €***
K 15	***62,16 €***

Absatz XVIII

Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.

Satzung der BKK advita vom 1.1.2009, 55120 Mainz in der Fassung des 25. Satzungsnachtrages

Absatz XIX

Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 5. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs. Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.

Absatz XX

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

Absatz XXI

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

Anlage 3: *wird gestrichen*

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Mitte an.

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse, im Internet unter www.bkk-advita.de sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist zwei Wochen.

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

§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

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

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse erfolgt darüberhinaus durch Bekanntgabe in der Mitgliederzeitschrift. Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zum 30. Juni des Folgejahres eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

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

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

Artikel II

Inkrafttreten

Satzung der BKK advita vom 1.1.2009, 55120 Mainz in der Fassung des 25. Satzungsnachtrages

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 29.09.2008 beschlossen. Sie ist in Kraft seit dem 01.01.2009.
2. . Der Verwaltungsrat hat den 25. Satzungsnachtrag am 20.07.2016 beschlossen. Die Änderung des 25. Satzungsnachtrages tritt nach dem Tag der öffentlichen Bekanntmachung (03.08.2016) in Kraft.

Satzung der BKK advita vom 1.1.2009, 55120 Mainz in der Fassung des 25. Satzungsnachtrages

Anlage I zu § 1 der Satzung der BKK advita

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der Firmen

- CARL ZEISS in Oberkochen, Aalen, Nattheim, Bopfingen mit Sitz in Heidenheim, in Göttingen mit Sitz in Göttingen und ihre Zweigniederlassungen mit Sitz in Frankfurt/Main, Hamburg, Köln, München, Stuttgart und Berlin
- IMT-Industrielle Meßtechnik GmbH, Riegelsberg
- Carl Zeiss Jena GmbH und den Betriebsteil Kristallzucht in Eisenberg mit Sitz in Jena
- die Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaft (BQG) mit Sitz in Jena
- SCHOTT GLASWERKE in Mainz, Wiesbaden, Landshut mit Sitz in Mainz
- SCHOTT ENGINEERING GmbH mit Sitz in Mainz
- SCHOTT-ZEISS ASSEKURANZ-KONTOR GmbH, Mainz u. Oberkochen mit Sitz in Mainz
- BRS-Betriebsrestaurant u. Service GmbH mit Sitz in Mainz
- IOT-Entwicklungsgesellschaft für Integrierte Optik-Technologie mbH mit Sitz in Waghäusel
- SCHOTT-ZWIESEL-GLASWERKE AG mit Sitz in Zwiesel
- die JENAer GLASWERK GmbH mit Sitz in Jena
- die Docter-Optik Schleiz GmbH mit Sitz in Schleiz
- SICO Jena GmbH, Quarzschmelze mit Sitz in Jena
- die VITRON Spezialglas GmbH mit Sitz in Jena
- die Friedel-Gebäudereinigungsgesellschaft mbH mit Sitz in Jena
- die Schott-Zeiss AusbildungsgmbH mit Sitz in Jena
- die JENPACK Wellpappen GmbH mit Sitz in Jena
- die Glashütte Gehlberg GmbH mit Sitz in Jena
- DEUTSCHE SPEZIALGLAS AG in Grünenplan und Eschershausen mit Sitz in Grünenplan
- M. HENSOLDT & SÖHNE WETZLAR OPTISCHE WERKE AG mit Sitz in Wetzlar
- die Pfleiderer Teisnach GmbH & Co KG mit Sitz in Teisnach
- KSB Aktiengesellschaft mit ihren Betriebsstätten in Bochum, Bremen, Frankenthal, Halle, Homburg, Klingenmünster, Pegnitz, die Verkaufsniederlassungen in Berlin, Bielefeld, Bremen, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Essen, Frankenthal, Frankfurt/Main, Halle, Hamburg, Hannover, Kassel, Koblenz, Köln, München, Neubrandenburg, Nürnberg, Saarbrücken, Siegen, Singen, Stuttgart,
- die Armaturen GmbH und Co.KG Frankenthal mit zusätzlicher Betriebsstätte in Pegnitz,
- die KSB Service GmbH Frankenthal mit zusätzlicher Betriebsstätte in Bochum,
- die KSB Service GmbH Schwedt mit zusätzlichen Betriebsstätten in Premnitz, Schwarzheide, Boxberg, Zeitz und Rostock
- sowie die KSB Fluid Systems GmbH Frankenthal mit zusätzlicher Betriebsstätte in Halle.

Satzung der BKK advita vom 1.1.2009, 55120 Mainz in der Fassung des 25. Satzungsnachtrages

Anlage II zu § 2 der Satzung der BKK advita

Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der Betriebskrankenkasse 2009 und ihre Ausschüsse gem. § 41 SGB IV Entschädigung für die Teilnahme an Organsitzungen.

Soweit die Organmitglieder ihre baren Auslagen nicht nach der Reisekostenordnung Ihrer Arbeitgeber erstattet erhalten, werden für die Teilnahme an Organsitzungen Folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der baren Auslagen

Für die Erstattung der baren Auslagen gelten die Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) in der jeweils gültigen Fassung.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern der Organe wird der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt, und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als Ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, werden erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gem. § 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 der Organe erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechungen einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 39,-- €.

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

Bei einer Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag, jedoch insgesamt nur ein volles 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 Pflegekassenorganen stattfinden.