

SATZUNG DER BKK MAHLE

Stand: Fassung vom 10.04.2017 inkl. 5. Nachtrag

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bezirk 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 Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen
 - § 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag
 - § 10 Fälligkeit der Beiträge
 - § 11 Höhe der Rücklage
 - § 12 Leistungen
 - § 12a Primärprävention und Gesundheitsförderung
 - § 12b Schutzimpfungen
 - § 12c Leistungsausschluss
 - § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
 - § 14 Zurzeit nicht besetzt
 - § 15 Allgemeine Anforderungen der Wahltarife (§ 53 Abs. 8 SGB V)
 - § 15a Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V)
 - § 15b Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen ambulanten Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V)
 - § 15c Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 53 Abs. 3 SGB V)
 - § 15d Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungsleistungen (§ 53 Abs. 3 SGB V)
 - § 15e Wahltarife Krankengeld
 - § 15f Wahltarif Selbstbehalt Ausland (§ 53 Abs. 1 SGB V)
 - § 16 Zurzeit nicht besetzt
 - § 17 Kooperation mit der PKV
 - § 18 Übertragung des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG
 - § 19 Aufsicht
 - § 20 Mitgliedschaft zum Landesverband
 - § 21 Bekanntmachungen
 - § 22 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse
-

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage 1 zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung für Verwaltungsratsmitglieder

Anlage 2 zu § 15e der Satzung: Wahltarife Krankentagegeld

Anlage 3 zu § 15a der Satzung: Bedingungen für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung

Anlage 4 zu § 18 der Satzung: Ausgleichsverfahren nach dem AAG

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse führt den Namen Betriebskrankenkasse MAHLE und die Kurzbezeichnung BKK MAHLE.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Stuttgart.

Sie ist am 01.01.1953 als BKK der MAHLE GmbH, dem Ursprungsunternehmen des MAHLE-Konzerns, errichtet worden.

- II. Die Betriebskrankenkasse ist eine gesetzliche Krankenkasse und rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 Abs. 1 SGB V). Ihre vertretungsberechtigten Organe haben die Eigenschaft einer Behörde. Sie führen das Dienstsiegel der Betriebskrankenkasse (§ 31 Abs. 3 SGB IV).
- III. Der Bezirk der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf folgende Betriebsteile des MAHLE-Konzerns:

MAHLE GmbH mit Sitz in Stuttgart,
MAHLE Filtersysteme GmbH mit Sitz in Stuttgart,
MAHLE Ventiltrieb GmbH mit Sitz in Stuttgart,
MAHLE Aftermarket GmbH mit Sitz in Stuttgart,
MAHLE International GmbH mit Sitz in Stuttgart,
MAHLE Industrial Thermal Systems GmbH & Co. KG mit Sitz in Stuttgart,
MAHLE Behr GmbH & Co. KG mit Sitz in Stuttgart,
MAHLE Behr Service GmbH mit Sitz in Stuttgart,
MAHLE Kleinmotoren-Komponenten GmbH & Co. KG mit Sitz in Stuttgart,
MAHLE Powertrain GmbH mit Sitz in Stuttgart,
MAHLE Industriemotoren-Komponenten GmbH mit Sitz in Stuttgart.

§ 2 Verwaltungsrat

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat (§ 31 Abs. 3 a SGB IV). Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt (§ 40 Abs. 1 SGB IV).
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter (§ 62 Abs. 1 SGB IV).

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter nach jeweils 3 Jahren, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates (§ 62 Abs. 3 SGB IV)

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 11 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an (§§ 43 Abs. 1, 44 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Der Arbeitgeber bestimmt einen Stellvertreter, der den Arbeitgeber oder den Arbeitgebervertreter im Fall der Verhinderung vertritt (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Der Arbeitgeber hat dieselbe Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen (§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).
- 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 (§ 33 Abs. 1 i.V.m. Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 b SGB V),
 2. den Haushaltsplan festzustellen (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
 3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
-

4. den Vorstand zu wählen (§ 35 a Abs. 5 Satz 1 SGB IV) und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln (§ 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),
 5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen (§ 35 a Abs. 4 Satz 4 SGB IV),
 6. den Vorstand zu überwachen (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V),
 7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
 8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
 9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V bzw. § 150 Abs. 1 Satz 1 SGB V),
 10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen (§§ 152 Abs. Satz 1, 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V).
 11. 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 beziehenden Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung (§ 63 Abs.1 SGB IV).
 - V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen (§ 197 Abs. 2 SGB V).
 - VI. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse (§197 Abs. 3 SGB V).
 - VII. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Beträgen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
-

- VIII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind (§ 64 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).
- IX. 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 (§ 64 Abs. 2 SGB IV).
- X. Der Verwaltungsrat kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Abs. 3 SGB IV):
1. Bei Änderungen der Satzung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
 2. bei Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrats, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,
 3. in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrats im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
 4. in eiligen Angelegenheiten, die in der Regel keiner Beratung bedürfen
Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).
-

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an (§ 35 a Abs. 4 Satz 1 SGB IV).
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt (§ 35 a Abs. 5 Satz 1 SGB IV).
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV),
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB IV),
 3. den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten (§ 70 Abs. 1 SGB IV),
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.
 6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
-

10. die Leistungen festzustellen und zu gewähren.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt (§ 147 Abs. 2 Satz 6 Abs. 3 Satz 3 SGB V).
- V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse (§ 35 a Abs. 1 Satz 3 SGB IV).

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen (§ 36 a SGB IV). Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Pragstr. 26-46, 70376 Stuttgart.
- II. 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 3 Vertretern der Versicherten, die/die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen (§ 36 a Abs. 2 Satz 2 SGB IV) und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit 3 Stimmen.
2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird vom Arbeitgeber bestellt. 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. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses wählen den Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses und dessen Stellvertreter; § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB IV gilt entsprechend. Der Vorsitz wechselt zwischen den Gruppen von Sitzung zu Sitzung. 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 Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- 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 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
 2. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die 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 (§ 5 Abs. 3 SGB V),
 3. 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 (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157
-

Abs. 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 (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),

4. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Abs. 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 (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V),

5. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),

6. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),

7. 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 (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),

8. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX beschäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V),

9. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V),

10. 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 (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V),

11. Personen, die eine 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 Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V),

12. 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 Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraumes Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V),

13. 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 Rentenanspruchs 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 (§ 5 Abs. 1 Nr. 11a SGB V).

14. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI erfüllen und diese Rente beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V oder die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V (§ 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V)

15. 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 Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben (§ 5 Abs. 1 Nr. 12 SGB V).

16. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

- a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
- b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V).

II. Freiwillige Versicherung

Der Versicherung in der Betriebskrankenkasse können unter den im SGB V und in der Kassensatzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf 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 (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
 2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen (§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
 3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
 4. 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 50 Jahre alt sind (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),

5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),

6. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 SGB V).

Der Beitritt ist der Betriebskrankenkasse innerhalb von drei Monaten schriftlich anzuzeigen (§§ 9 Abs. 2, 188 Abs. 3 SGB V).

III. Die in Abs. I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den im SGB V und in der Kassensatzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie in dem in § 1 Abs. III der Satzung genannten Betrieb arbeiten (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),¹

2. bei ihr vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V),

3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V),

4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 4 SGB V),

¹ Diese Alternative gilt für BKK ohne Satzungsregelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V

5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr als Rentner versichert sind (§ 173 Abs. 5 SGB V),
6. sie bei der Betriebskrankenkasse oder bei einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist (§ 174 Abs. 2 und 3 SGB V).

IV. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse (§ 10 Abs. 5 SGB V).

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt (§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V).
 - II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Abs. 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Abs. 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 Abs. 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 (§ 175 Abs. 4 Satz 5 bis 7 SGB V).

- III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind (§ 175 Abs. 4 Satz 8 SGB V). Abs. I Satz 1 und 4 gelten nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV. Wenn ein Wahltarif nach § 15a (Selbstbehalt), 15b (Prämienzahlung für Nichtinanspruchnahme von Leistungen) oder § 15e (Krankengeld) gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 15a Abs. VI, 15b Abs. V bzw. 15g Abs. XVI aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß Abs. I Satz 1 gekündigt werden. Abs. II gilt mit Ausnahme für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15g (Krankengeld) gewählt haben (§53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht; als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242 (§ 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

§ 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 Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen

Für die Ermäßigung und den Erlass von Beitragsschulden gelten die „Einheitlichen Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung (§ 256a Abs. 4 SGB V).

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V.

Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt monatlich 0,7 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig (§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV). 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 (§ 23 Abs. 1 Satz 3 SGB IV).
 - 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 Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Satz 2 SGB V).
- IV. Die Erstattung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen, Arbeitseinkommen oder aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 231 SGB V erfolgt nur auf Antrag. Der Erstattungsantrag kann jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahres oder nach Beendigung der Vorrangversicherung gestellt werden (§ 231 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (§ 261 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des persönlichen Budgets nach §17 Abs. 2 -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 (§ 11 Abs. 2 SGB V).

II. Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

1. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI mit mindestens Pflegegrad 2 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.
2. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt.
3. Es gelten die Zuzahlungsregelungen nach § 37 Abs. 5 i. V mit § 61 Satz 3 SGB V

III. Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn und so lange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist, im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 8 Wochen gewährt.
 2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch
-

die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

3. Darüber hinaus kann in begründeten Ausnahmefällen unter Berücksichtigung der familiären Verhältnisse längstens für einen Zeitraum von 8 Wochen Haushaltshilfe zur Verfügung gestellt werden, wenn und so lange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein nicht möglich ist. Im Übrigen gelten die Regelungen nach Nr. 2.
4. 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 (§ 47 Abs. 1 SGB V).
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 (§ 13 SGB V)

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistungen 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 Leistungsbereich 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 Betriebskrankenkasse 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 in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, 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 5,0 v.H., mindestens 2,50 EUR und maximal 50,00 EUR, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen.
 7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.6.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Abl EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle 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 5,0 v. H., mindestens 2,50 EUR und maximal 50,00 EUR, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

8. Abweichend von Ziffer 6 können in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.6.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Abl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VI. [Kostenerstattung Wahlarzneimittel \(§ 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V i. V. m. § 129 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB V\)](#)

1. Gemäß § 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V in Verbindung mit § 129 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen, als dasjenige, für das die Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

Der Versicherte tritt bei Abgabe des gewählten Arzneimittels in der Apotheke in Vorleistung. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zutragen 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 ist um 27,5 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um 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.

Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

3. Abs. V Nr. 4 und 5 gelten.

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

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

1. Osteopathie

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Voraussetzung für den Anspruch ist die qualitätsgesicherte Behandlung durch einen Leistungserbringer, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Die Kostenübernahme ist beschränkt auf maximal sechs Sitzungen pro Versicherten und Kalenderjahr. Die Erstattung der Kosten erfolgt in Höhe von 80 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro je Sitzung. Für die Erstattung sind die Rechnungen und die ärztliche Bescheinigung im Original vorzulegen.

2. Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante psychotherapeutische Behandlung

a) Versicherte können medizinisch notwendige Leistungen der ambulanten Psychotherapie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) gemäß den Psychotherapie-Richtlinien auch bei nicht zugelassenen Psychotherapeuten in Anspruch nehmen, sofern diese über vergleichbare Qualifikationen wie die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassenen Leistungserbringer verfügen.

Die Kostenübernahme ist vor Inanspruchnahme der Leistung unter Vorlage einer fachärztlichen Verordnung, der Qualifizierungsnachweise des Therapeuten und eines Kostenvoranschlags bei der BKK zu beantragen.

b) Der Leistungsumfang der ambulanten außervertraglichen psychotherapeutischen Behandlung ergibt sich aus den Psychotherapie-Richtlinien.

c) Die Vergütung erfolgt maximal in Höhe der maßgebenden Kassensätze. Die Abrechnung nimmt der Psychotherapeut direkt mit der BKK vor. Andernfalls erstattet die BKK die Auslagen des Versicherten gegen Vorlage der Rechnung.

3. Künstliche Befruchtung

a) Die Betriebskrankenkasse übernimmt für Ihre Versicherten, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung entsprechend den Regelungen des § 27a SGB V haben, zusätzlich zu den gesetzlich geregelten Ansprüchen in Höhe von 50 % der Behandlungskosten für die ersten drei Versuche weitere 25 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme. Weiterhin übernimmt die Betriebskrankenkasse für einen 4. Versuch 75 % der Kosten soweit der 3. Versuch gem. § 27a SGB V genehmigt und durchgeführt wurde.

b) Die übrigen Anspruchsvoraussetzungen des § 27a SGB V müssen für die zusätzlichen Leistungen nach dieser Norm vollständig erfüllt werden. Die Kostenerstattung erfolgt auf Grund eines vor Behandlungsbeginn genehmigten ärztlichen Behandlungsplanes nach Vorlage der Rechnungsoriginale.

4. Zusätzliche Leistungen für Schwangere

a) Die BKK MAHLE übernimmt für schwangere Versicherte alle nichtverschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den

Wirkstoffen Eisen, Magnesium und/oder Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate.

b) Erstattet werden die pro Arzneimittel tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten, sofern das Arzneimittel von einem Vertragsarzt außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordnet und von einer zugelassenen deutschen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegeben wird. Die Erstattung beträgt höchstens 100 Euro und erfolgt einmalig pro Schwangerschaft nach Vorlage der spezifizierten Originalrechnung der Apotheke und der ärztlichen Verordnung.

c) Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage des § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit den in Absatz 1 genannten Wirkstoffen ist nicht möglich.

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

4.1. Die BKK MAHLE übernimmt die Kosten für folgende zusätzliche Maßnahmen, sofern diese keine Leistungen nach den Mutterschafts-Richtlinien sind:

- Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge,
 - Geburtsvorbereitung durch eine/n gemäß § 134a Absatz 2 SGB V zugelassene/n Hebamme/Entbindungspfleger für eine Begleitperson (Ehemann, Lebenspartnerin oder Partner) der Schwangeren, sofern die Begleitperson bei der BKK MAHLE versichert ist,
 - Säuglingspflegekurse für werdende Eltern durch eine/n gemäß § 134a Absatz 2 SGB V zugelassene/n Hebamme/Entbindungspfleger,
 - Entspannungs- und Bewegungskurse für Schwangere, junge Eltern mit Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensmonat im Rahmen der Primärprävention
 - Nackentransparenzmessung inklusive Laborleistungen
 - Toxoplasmose Test zur Feststellung des Immunschutzes in der Frühschwangerschaft.
 - Frühgeburtenscreening als zusätzliche Vorsorgemaßnahme, um das Risiko einer Frühgeburt zu vermeiden.
-

Die Erstattung der Kosten beträgt je Schwangerschaft höchstens 300 Euro. Zur Erstattung sind Originalrechnungen vorzulegen.

4.2. Hebammenrufbereitschaft

Die BKK MAHLE beteiligt sich an den Kosten zu Leistungen einer 24-stündigen Rufbereitschaft einer/s freiberuflichen Hebamme/Entbindungspfleger, sofern eine außerklinische Geburt oder eine Beleggeburt in 1:1 Betreuung durch die Hebamme/den Entbindungspfleger gemäß des Vertrages über Hebammenhilfe nach § 134a Abs. 1 SGB V von der Versicherten vereinbart ist.

Voraussetzung ist, dass die Hebamme/der Entbindungspfleger gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringer/in zugelassen bzw. berechtigt ist.

Die Erstattungshöhe für die Rufbereitschaft beträgt höchstens 250 Euro je Kalenderjahr. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die Vereinbarung zwischen der Versicherten und der Hebamme/dem Entbindungspfleger nach Satz 1 vorzulegen.

5. Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel (§ 34 SGB V)

5.1 Homöopathie, Anthroposophie und Phytotherapie

Die BKK MAHLE erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Anthroposophie und Phytotherapie, sofern sie von einem Vertragsarzt auf einem Privatrezept verordnet werden und die Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, und das Arzneimittel mit einer in der Bundesrepublik Deutschland gültigen Zulassung in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Anthroposophie und Phytotherapie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Satz 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, werden keine Kosten erstattet.

Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Satz 2 bis 5 SGB V bleiben unberührt. Die Erstattungshöhe beträgt höchstens 100 Euro je Kalenderjahr. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie ärztliche Verordnungen vorzulegen.

5.2 Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Kinder ab dem 12. – Vollendung des 17. Lebensjahres.

Die BKK MAHLE erstattet die Kosten bis zu 100 € je Kalenderjahr für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für Kinder ab dem 12. Lebensjahr bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres nach der Anlage III AM-RL (Arzneimittelrichtlinie), sofern das Arzneimittel von einem Vertragsarzt außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordnet wird und die Kinder am Vertrag § 140a ff. in Verbindung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V Gesundheitsprogramm für Kinder und Jugendliche –BKK Starke Kids-eingeschrieben sind.

Zur Erstattung sind die Originalrechnungen sowie ärztliche Verordnungen vorzulegen.

5.2 Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Kinder ab dem 12. – Vollendung des 17. Lebensjahres

Die BKK MAHLE erstattet die Kosten bis zu 100 € je Kalenderjahr für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für Kinder ab dem 12. Lebensjahr bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres nach der Anlage III AM-RL (Arzneimittelrichtlinie), sofern das Arzneimittel von einem Vertragsarzt außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordnet wird und die Kinder am Vertrag § 140a ff. in Verbindung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V Gesundheitsprogramm für Kinder und Jugendliche –BKK Starke Kids-eingeschrieben sind. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen sowie ärztliche Verordnungen vorzulegen.

6. Mehrleistung für Häusliche Krankenpflege

(1) Die BKK MAHLE bietet zur besseren Vernetzung des ambulanten und stationären Versorgungsbereiches über die in § 37 Abs.1 und 2 SGB V genannten Fälle hinaus Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung als zusätzliche Satzungsleistung (§ 11 Abs. 6 SGB V) für die Versicherten an, die ab dem Inkrafttreten dieser Satzung aus der häuslichen Versorgung oder der stationären Behandlung gemäß § 39 SGB V oder § 40 SGB V erstmals in eine stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI in Verbindung mit § 37 Abs. 2 Satz 7 SGB V wechseln.

Voraussetzungen sind, dass Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 4 vorliegt, die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach § 43 SGB XI gegeben sind, und

der Versicherte täglich der speziellen Krankenbeobachtung nach § 37 Abs. 2 SGB V i. V. m. HKPF-Richtlinie Nr. 24 bedarf; dies gilt insbesondere für tracheotomierte und/oder invasiv beatmete Versicherte, bei denen diese Leistungen der Behandlungspflege der Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen dienen.

(2) Die Regelung des Absatzes 1 gilt nur für Versicherte, für die der Anspruch auf Leistungen der speziellen Krankenbeobachtung gemäß § 37 Abs. 2 SGB V i. V. m. HKPF-Richtlinie Nr. 24 nach Beginn des Versicherungsverhältnisses bei der BKK MAHLE eingetreten ist.

(3) Der Anspruch auf die zusätzlichen Satzungsleistungen besteht, solange die Voraussetzungen nach Absatz 1 vorliegen, längstens bis zum Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzungen weggefallen sind. In der Höhe wird der Anspruch bis auf maximal 3.000,00 Euro je Kalendermonat begrenzt.

(4) Pflegebedürftig im Sinne von Absatz 1 sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

(5) Die Hilfe im Sinne von Absatz 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen Unterstützung oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Satzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung,
 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu- Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
-

4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

7. Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung

Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden.

Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.

Die BKK erstattet die Kosten bis maximal 60 € pro Untersuchung nach Satz 1 beziehungsweise maximal 120 € pro Behandlung nach Satz 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind spezifizierte Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen.

Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

8. Flash Glukose Messsystem

a) Die BKK MAHLE übernimmt die Kosten der Versorgung ihrer Versicherten mit einem Lesegerät für ein Flash Glukose Messsystem und den zugehörigen Sensoren für eine Messung der Glukosewerte im Unterhautgewebe mit dem Ziel einer besseren Kontrolle des Glukoseverlaufes zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder Hyperglykämie (Überzuckerung).

b) Voraussetzung ist, dass eine intensivierete konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie bei Diabetes mellitus erfolgt und die Notwendigkeit der

Versorgung mit einem Flash Glukose Messsystem von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen durch eine Verordnung bestätigt wird:

- Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
- Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation, oder
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie“

c) Weitere Voraussetzungen sind, dass die BKK MAHLE die Versicherten in geeigneter Art und Weise über die Möglichkeiten zum Bezug der Leistung informiert und der Versorgung vor Versorgungsbeginn zugestimmt hat und dass die Versicherten in der sicheren Anwendung des Flash Glukose Messsystems geschult werden.

d) Die Kosten für das Lesegerät und die Kosten für die Sensoren werden von der BKK MAHLE übernommen, abzüglich der Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 i.V.m. mit § 61 SGB V.

9. Ärztliche Zweitmeinung

Über den gesetzlichen Anspruch auf ärztl. Zweitmeinung nach §27b SGB V hinaus können Versicherte, die eine ärztliche Therapieempfehlung oder Empfehlung zur Durchführung einer Operation erhalten haben, eine ärztliche Zweitmeinung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Indikationen, die in den GBA-Richtlinien nach § 27b Abs. 2 SGB V aufgeführt sind, sind von der Satzungsregelung ausgeschlossen.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Betriebskrankenkasse mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung geschlossen hat, welche die ärztliche Zweitmeinung einschließt.

Die Betriebskrankenkasse trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V Vereinbarungen über die Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit

Leistungserbringern geschlossen, welche in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten und welche über eine Qualifikation verfügen, wie sie für die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassen Leistungserbringer gilt.

§ 12a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit und Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils aktuellen Fassung – Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Lebenswelt/Setting-Ansatz und individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

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

Suchtmittelkonsum:

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

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt. Die Wiederholung gleicher Maßnahmen im Folgejahr ist ausgeschlossen.

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 85 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 75,00 € je Maßnahme gewährt.

Leistungen werden erbracht als

1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V
2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V und
3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b SGB V.

Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 4 Nummer 1 SGB V nur erbringen, wenn diese nach § 20 Absatz 2 Satz 2 SGB V von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgaben beauftragten Dritten in Ihrem Namen zertifiziert ist. Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 SGB V, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 SGB V oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebenen Empfehlung.

Die Krankenkassen kann im Rahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben eine Leistung zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention nach § 20b Absatz 1 Satz 3, § 20 Absatz 5 Satz 1 SGB V entsprechend nur erbringen, wenn diese nach § 20 Absatz 2 Satz 2 SGB V von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist.

§ 12b Schutzimpfungen

- I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber):
 - FSME
 - Influenza
 - HPV für Frauen im Alter von 18 bis 26 Jahren bei entsprechender medizinischer Indikation

- II. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, in Höhe von 100 v. H., wenn diese von der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.

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

§ 12c Leistungsausschluss

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

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V)

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 16,00 €.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 25,00 €.

§ 14 zurzeit nicht besetzt

§ 15 Allgemeine Anforderungen der Wahltarife (§ 53 Abs. 8 SGB V)

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 für einen oder mehrere Tarife bis zu 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge, jedoch nicht mehr als 600 EUR betragen.

Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V werden bei der Berechnung der Prämienzahlung nicht berücksichtigt.

§ 15a Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V)

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V für Erwachsene und Kinder/Jugendliche auf der Grundlage von Verträgen mit den in § 73b Abs. 4 SGB V genannten Vertragspartnern an. Die Teilnahme an
-

diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen der Betriebskrankenkasse, ist nicht möglich.

- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalte und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte (§73b Abs. 6 SGB V).
- III. Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse, nur einen am Vertrag teilnehmenden Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Leistungen mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Verpflichtungen ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Die weiteren Bedingungen für die Teilnahme der Versicherten an den verschiedenen Angeboten einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß Abs. I richten sich nach den Bestimmungen der Anlage 3 zu dieser Satzung. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

Verstößt der Versicherte gegen seine sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Pflichten, kann er insbesondere im Wiederholungsfall aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Sofern ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird, kann – mit Ausnahme von Vertretung oder Abwesenheit vom Praxisort – bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden. Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse, nur einen am Vertrag teilnehmenden Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Leistungen mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Verpflichtungen ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur

bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Die weiteren Bedingungen für die Teilnahme der Versicherten an den verschiedenen Angeboten einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß Abs. I richten sich nach den Bestimmungen der Anlage 3 zu dieser Satzung.

Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

Verstößt der Versicherte gegen seine sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Pflichten, kann er insbesondere im Wiederholungsfall aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Sofern ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird, kann – mit Ausnahme von Vertretung oder Abwesenheit vom Praxisort – bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden.

- IV. 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 sowie
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- V. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Abgabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 74 Abs. 3 S. 3 – 5 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.
-

- VI. Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach Abs. I teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Abs. 3 SGB V nach ihrer Einschreibung eine Prämie in Höhe von 40 EUR.

§ 15b Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V)

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalte und Ziele der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.
- III. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an der besonderen ärztlichen Versorgung, indem sie sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an die sich aus der Teilnahme ergebenden Verpflichtungen ein Jahr gebunden, er darf bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Abs. I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen.

Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung kann der Versicherte mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende des ersten Jahres

kündigen. Danach ist die Kündigung mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Bei Änderungen der durch den Vertrag zusätzlich zur Regelversorgung gewährten Leistungen besteht für den Versicherten ein außerordentliches Recht zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen gemäß Abs. II an den Versicherten.

Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

§ 15c Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 53 Abs. 3 SGB V)

- I. Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
 - a. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
 - b. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 - c. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
 - d. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
 - e. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
 - f. 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.

Versicherte, die an einem in Abs. 1 aufgeführten strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Abs. 3 SGB V eine einmalige Prämienzahlung in Höhe von 20 EUR.

§ 15d Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungungen (§ 53 Abs. 3 SGB V)

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung besondere Versorgungungen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit
-

Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

- II. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die besondere Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

- III. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Abgabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 74 Abs. 3 S. 3 – 5 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

§ 15e Wahltarife Krankengeld

Die BKK MAHLE bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V), einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und
- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten Künstlern und

Publizisten (§ 46 Satz 2 SGB V) einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. Bis zum 42. Tag an.

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

Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage 2, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 15f Wahltarif Selbstbehalt Ausland (§ 53 Abs. 1 SGB V)

1. Mitglieder der BKK MAHLE können ab Beginn der Mitgliedschaft dem Wahltarif Selbstbehalt im Ausland beitreten.
 2. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nicht wählen.
 3. Der Wahltarif muss durch das Mitglied schriftlich zum Ersten eines Kalendermonats beantragt werden. Mit der Teilnahme am Wahltarif beginnt die gesetzliche Mindestbindungsfrist von drei Jahren.
 4. Der Wahltarif umfasst einen Verzicht auf Kostenerstattung privat in Anspruch genommener Leistungen im Ausland. Als Selbstbehalt übernimmt das Mitglied je Kalenderjahr 25 € der im Ausland entstandenen Kosten, die sonst durch die BKK zu erstatten wären.
 5. Eine Leistungsabrechnung über die Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) ist durch den Wahltarif nicht ausgeschlossen.
 6. Die Prämie für den Selbstbehalt umfasst eine durch die Betriebskrankenkasse vermittelte und vom Mitglied abzuschließende private Auslandsreisekrankenversicherung durch den Kooperationspartner der BKK MAHLE. Hierbei kann auch die Einbeziehung familienversicherter Angehöriger nach § 10 SGB V in die Auslandskrankenversicherung vereinbart werden.
 7. Der Wahltarif kann erstmals drei Monate vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, wird der Wahltarif fortgeführt. Die Kündigung ist danach jeweils bis zum 30.09. eines Kalenderjahres auf das Jahresende möglich.
-

8. Ändern sich die Tarifbedingungen des Wahltarifes, besteht ein Sonderkündigungsrecht bis zum Ablauf des auf das In-Kraft-Treten der neuen Tarifbestimmungen folgenden Monats. Die Kündigung des Wahltarifes wird wirksam mit der Geltung der neuen Tarifbedingungen.
9. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

§ 16 zurzeit nicht besetzt

§ 17 Kooperation mit der PKV (§ 194 Abs. 1a SGB V)

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 18 Übertragung des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG

- I. Die Durchführung des U1-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG), die Durchführung des U2-Verfahrens richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage dieser Satzung.
 - II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen U1 werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).
 - III. Bezüglich des U1-Verfahrens im Sinne des AAG wird dem BKK Landesverband
-

Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 19 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Ministerium für soziales und Integration Baden-Württemberg.

§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 21 Bekanntmachungen

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

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 2 Wochen.

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

§ 22 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise (§ 305b SGB V).

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

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

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

Artikel II

Inkrafttreten

- I. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 10.04.2017 beschlossen.
- II. Die Satzung tritt am 01.05.2017 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 04.11.2004 und die dazu ergangenen Nachträge außer Kraft.

- Die Änderungen der §1 und 12 der Satzung treten mit Wirkung zum 01.07.2017, §15f mit Wirkung zum 01.01.2018 in Kraft (1. Nachtrag).
- Die Änderung des §1 der Satzung tritt mit Wirkung zum 01.01.2018 in Kraft (2. Nachtrag).
- Die Neuaufnahme des §12 Abs. VII Nr. 9 tritt mit Wirkung zum 01.01.2018 in Kraft (3. Nachtrag).
- Die Änderungen des §12 II Nr. 1 sowie §12 V Nr. 6 treten mit Wirkung zum 01.08.2018 in Kraft (4. Nachtrag).
- Die Änderung des § 9 tritt mit Wirkung zum 01.01.2019 in Kraft (5. Nachtrag)

Stuttgart, den 03.12.2018

Dienstsiegel

Der Vorsitzende
des Verwaltungsrates
-Bücher-

Der stellv. Vorsitzende
des Verwaltungsrates
-Rehberg-
