

Satzung der Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG



Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1	NAME, SITZ UND BEREICH DER BETRIEBSKRANKENKASSE	3
§ 2	VERWALTUNGSRAT	4
§ 3	VORSTAND	6
§ 4	WIDERSPRUCHSAUSSCHUSS	7
§ 5	KREIS DER VERSICHERTEN PERSONEN	8
§ 6	KÜNDIGUNG DER MITGLIEDSCHAFT	10
§ 7	AUFBRINGUNG DER MITTEL	11
§ 8	BEMESSUNG DER BEITRÄGE	11
§ 8 A	BEMESSUNG DER BEITRÄGE FÜR HAUPTBERUFLICH SELBSTÄNDIG ERWERBSTÄTIGE BEI SOZIALEN HÄRTEN	11
§ 8 B	AUFGEHOBEN	11
§ 8 C	WAHLTARIF PRÄMIENZAHLUNG	11
§ 9	KASSENINDIVIDUELLER ZUSATZBEITRAGSSATZ	12
§ 9 A	AUSGLEICH NACH DEM AUFWENDUNGS-AUSGLEICHSGESETZ	12
§ 10	FÄLLIGKEIT DER BEITRÄGE	12
§ 11	HÖHE DER RÜCKLAGE	12
§ 12	LEISTUNGEN	12
§ 12 A	PRIMÄRPRÄVENTION	16
§ 12 B	SCHUTZIMPFUNGEN	17
§ 12 C	PERSÖNLICHE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSAKTE	17
§ 12 D	LEISTUNGS-AUSSCHLUSS	18
§ 13	MEDIZINISCHE VORSORGELEISTUNGEN	18
§ 13 A	WAHLTARIF HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG	18
§ 13 B	BONUSPROGRAMM FÜR GESUNDHEITSBEWUSSTES VERHALTEN	19
§ 13 C	BONUSPROGRAMM FÜR QUALITÄTSGESICHERTE MAßNAHMEN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG	20
§ 13 D	WAHLTARIF BESONDERE VERSORGUNG	21
§ 13 E	WAHLTARIF STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME	21
§ 14	WAHLTARIFE KRANKENGELD	21
§ 15	KOOPERATION MIT DER PKV	22
§ 16	AUFSICHT	22
§ 17	MITGLIEDSCHAFT ZUM LANDESVERBAND	22
§ 18	VERÖFFENTLICHUNG DER JAHRESRECHNUNGSERGEBNISSE	22
§ 19	BEKANNTMACHUNGEN	22

Artikel II

Inkrafttreten

Anlagen

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

Anlage zu § 13b der Satzung

Anlage 1 zu § 14 der Satzung¹

¹ Geändert zum 20.10.2018 mit 32. Nachtrag, genehmigt mit Bescheid vom 24.09.2018 213-59714.0-583/2004

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG.

Sie ist errichtet worden am 01.07.1923.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 34212 Melsungen.

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf folgende Betriebsstätten der Arbeitgeber:

1. B. Braun Melsungen AG in
34212 Melsungen, 12375 Berlin, 12359 Berlin,
34286 Spangenberg;
2. B. Braun Facility Services GmbH & Co. KG, Melsungen;
3. Smith & Nephew GmbH, 34253 Lohfelden und
22869 Schenefeld;
4. Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft mbH,
34212 Melsungen;
5. Sartorius Stedim Systems GmbH, Guxhagen;
6. Eurest, Betriebsstätte B. Braun Melsungen AG,
34212 Melsungen;
7. ppc project-planung & consulting GmbH, 34212 Melsungen;
8. Paul Müller Technische Produkte GmbH, 34212 Melsungen;
9. BBM Group Insurance Broker GmbH Melsungen;
10. Aesculap AG u. Co. KG, 34212 Melsungen,
34286 Spangenberg;
11. TransCare Gesundheitsservice GmbH, 34212 Melsungen;
12. DIOMEDES Health Care Consultants GmbH,
34212 Melsungen;
13. B. Braun Avitum AG, 34212 Melsungen und 49219 Glandorf;

§ 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.
 4. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Kalenderjahr zu Kalenderjahr.
- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören neun Versichertenvertreter und zwei Arbeitgebervertreter an. Die zwei Arbeitgebervertreter und deren Stellvertreter werden einvernehmlich von den unter § 1 Abs. II genannten Arbeitgebern genannt. Jeder Arbeitgebervertreter hat einen persönlichen Stellvertreter. Die Arbeitgebervertreter haben die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung können sie jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen. Jeder der Arbeitgebervertreter hat einen Stimmenanteil von 50 %. Sofern einer der Arbeitgebervertreter sowie dessen Stellvertreter verhindert ist, geht der Stimmenanteil auf den anwesenden Arbeitgebervertreter bzw. dessen Stellvertreter über.
- 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. die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen,
 - a. den Vorsitzenden des Vorstandes zu wählen,
 5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit unbesetzt ist,
 6. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 7. den Vorstand zu überwachen,
 8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,
 10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
 - V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind.
- 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. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehören zwei Mitglieder an. Der Vorstand führt hauptamtlich die Geschäfte.
- II. Der Vorstand wird von den unter § 1 Abs. II genannten Arbeitgebern auf deren Kosten bestellt. Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat.
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung für das abgelaufene Geschäftsjahr prüfen zu lassen. Diese Prüfung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb; sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist. Der Vorstand bestimmt den/die Prüfer für jedes Geschäftsjahr,
 6. 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,
 7. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 8. eine Kassenordnung aufzustellen,
 9. die Beiträge einzuziehen,
 10. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 11. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Zur Unterstützung des Vorstandes bestellen die Arbeitgeber auf ihre Kosten die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Personen.
 - V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder (Geschäftsordnung) in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest.

§ 4 Widersprachausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widersprachausschuss übertragen. Der Widersprachausschuss hat seinen Sitz in Melsungen.
- II.
 1. Der Widersprachausschuss setzt sich zusammen aus drei Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und einem Vertreter der Arbeitgeber mit drei Stimmen.
 2. Für die Mitglieder des Widersprachausschusses werden je Arbeitgebervertreter ein Stellvertreter und für die Gruppe der Versichertenvertreter drei Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall gewählt, die das Amt in der Reihenfolge ihrer Aufstellung und Verfügbarkeit wahrnehmen (Listenstellvertretung).
 3. Die Versichertenvertreter des Widersprachausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widersprachausschusses wird von den Arbeitgebern bestellt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widersprachausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widersprachausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz in dem Widersprachausschuss wechselt zwischen dem Arbeitgebervertreter oder seinem Stellvertreter und einem Versichertenvertreter 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 Widersprachausschusses beratend teil.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widersprachausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widersprachausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 4-5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis, der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; 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 Vorruhestandsgesetz 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 12. 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,
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 § 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,
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 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 eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrich-

ten, 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,

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 Rentenanspruchs mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1.1.1983 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 1.1.1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1.1.1985 der 1.1.1992 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 Fremdentengesetzes 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.
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

Die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen wählen:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschlossen sind,
2. Personen, deren Familienversicherung endet oder bei Kindern nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,
3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete.

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

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

2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
3. der Ehegatte oder der Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen, versicherte Behinderte 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,

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, wird die Familienversicherung von der Betriebskrankenkasse durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die 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 1 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 Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz 1 Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 8 a Bemessung der Beiträge für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige bei sozialen Härten

Weggefallen ab 01.01.2009 laut BVA Genehmigung vom 08.01.2009

§ 8 b Aufgehoben

§ 8 c Wahltarif Prämienzahlung

- I. Mitglieder, die im Beitrittsjahr länger als drei 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 31.01. des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erfolgen soll, schriftlich anzeigt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen. Mit Zustimmung der Betriebskrankenkasse kann die Teilnahme auch unterjährig beginnen.

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

- Prävention, Selbsthilfe und Schutzimpfungen (§§ 20, 20 i SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V, Individualprophylaxe nach § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)

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 Prämie beträgt 1/12 des im Kalenderjahr entrichteten Arbeitnehmerbeitrages. Für Mitglieder, die ihre Beiträge vollständig selbst tragen, beträgt die Prämienzahlung 1/24 des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrages. Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am Tarif teilgenommen, wird die Prämie entsprechend anteilig für den Teilnahmezeitraum berechnet. Die Prämienzahlung für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Aus-

nahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 S. 1 SGB V, höchstens jedoch 600 Euro bei einem und 900 Euro bei mehreren Wahlтарifen nicht überschreiten.

- IV. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahlтарif nach Absatz I nicht wählen.
- V. Die Mindestbindungsfrist an dem Wahlтарif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahlтарif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1, gekündigt werden.
- VI. Für den Wahlтарif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Der Wahlтарif kann innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,3 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9 a Ausgleich nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG).
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK B. Braun Melsungen AG; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 II AAG).
- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 V AAG). Insbesondere wird der BKK-Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

Die Fälligkeit der Beiträge ergibt sich aus den gesetzlichen Regelungen des § 23 SGB IV. Bei Personen, die ihre Beiträge selbst an die Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG entrichten, ist die Fälligkeit der Beiträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) geregelt. Ab Januar 2009 sind dessen „Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen“ maßgebend.

§ 11 Höhe der Rücklage

- I. Die Rücklage beträgt 80 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

- I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- 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 bis 4 SGB IX.

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

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad zwei 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 6 Monate je Krankheitsfall begrenzt.

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

III. aufgehoben

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

Die Leistung wird ab 1. Januar 2009 von der Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG als Wahltarif nach § 53 Absatz 6 SGB V angeboten.

V. Krankengeld für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz

Die Leistung wird ab 1. Januar 2009 von der Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG als Wahltarif nach § 53 Absatz 6 SGB V angeboten.

VI. Aufgehoben

VII. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme

endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung einschließlich der veranlassten Leistungen sowie im Bereich der ambulanten zahnärztlichen Versorgung erfolgt die Kostenerstattung pauschaliert nach Prozentsätzen des jeweiligen Rechnungsbetrages nach Prozentsätzen wie folgt:

- Bei ambulanter ärztlicher Versorgung einschließlich veranlasster Leistungen werden 35 % des Rechnungsbetrages erstattet.
- Bei ambulanter zahnärztlicher Versorgung werden 40 % des Rechnungsbetrages erstattet

Der Versicherte hat das Recht, eine individuelle Einzelabrechnung zu wählen.

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 EUR, Verwaltungskosten zu kürzen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 3,00 EUR 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 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die

Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine, für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VIII. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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.

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 30 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangene 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.

Gemäß § 12 Absatz 7 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,

- als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
- das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK 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. Der Erstattungsbetrag gemäß Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieses Absatzes errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der Preise, die in einem Rabattvertrag für den Wirkstoff des Arzneimittels vereinbart worden sind. Davon werden 30 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangene Vertragsrabatte abgezogen. Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 und Nr. 2 in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieser Ziffer errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der preisgünstigsten Arzneimittel, die den Wirkstoff des Arzneimittels enthalten, das Versicherte gewählt haben. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

IX. Zusätzliche Leistungen

Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer

Die Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG übernimmt abweichend von § 108 SGB V auch Kosten für stationäre Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern sofern die Voraussetzungen für die stationäre Behandlungsnotwendigkeit gemäß § 39 SGB V erfüllt sind, die Behandlungsmethode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist und die Maßnahme unter Berücksichtigung medizinischer Qualitätsaspekte und des Wirtschaftlichkeitsgebotes im Einzelfall sinnvoll ist. Die Kostenübernahme ist begrenzt auf die Kosten, die bei der Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus übernommen worden wären. Die Erforderlichkeit der Behandlung ist durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Der Kostenvoranschlag des Leistungserbringers ist der Be-

etriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG vor Behandlungsbeginn vorzulegen.

X. Mehrleistung für Flash-Glukose-Messung¹

- (I) Die BKK übernimmt auf Antrag die Kosten der Versorgung mit Sensoren und ein Lesegerät für ein Flash-Glukose-Messsystem zur Messung der Zuckerwerte im Zwischenzellraum.
- (II) Voraussetzung ist, dass eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie 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 bestätigt wird:
- a. Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - b. Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation, oder
 - c. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“.

Die zwischen Ärztin/ Arzt und Patienten festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung konnten bisher auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation nicht erreicht werden. Vor Behandlungsbeginn ist mit dem behandelnden Arzt ein individuelles Therapieziel, bezogen auf den Einsatz von Flash-Glukose-Messsystemen, festzulegen und der weitere Behandlungsverlauf zu dokumentieren.

Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind vor der Anwendung sicherzustellen. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein.

- (III) Die BKK hat der Versorgung vor Versorgungsbeginn zugestimmt. Die BKK übernimmt die Kosten für das Auslesegerät einmalig in Höhe von bis zu 59,90 Euro und die Kosten für Sensoren bis zu einem Höchstbetrag von 59,90 Euro je Sensor alle zwei Wochen, maximal jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten abzüglich einer Eigenbeteiligung zu dem Lesegerät sowie zu der jeweiligen Quartalsversorgung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 33 Abs. 8 SGB V i. V. m. § 61 SGB V.

§ 12 a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20 a 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 prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten

¹ Eingefügt zum 20.10.2018 mit 32. Nachtrag, genehmigt mit Bescheid vom 24.09.2018 213-59714.0-583/2004

- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:

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

Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung

Suchtmittelkonsum

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

Sowohl für Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, als auch für Leistungen von Fremdanbietern ist eine Kostenbeteiligung in Höhe von mindestens 25 € je Maßnahme durch die Versicherten zu leisten. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 75 v. H. der entstandenen Kosten gewährt. Die Gesamterstattung für Leistungen von Fremdanbietern ist auf maximal 150 € im Kalenderjahr begrenzt.

Eine Erstattung ist nur gegen Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten möglich.

§ 12 b Schutzimpfungen

Die Kosten für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder gemäß § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz empfohlen werden, werden von der Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG übernommen, sofern die Schutzimpfungen nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden oder nicht in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.

Die Kosten für Gripeschutzimpfungen, die regional von anderen Kassen in deren Bereichen durchgeführt werden, werden von der Betriebskrankenkasse auch übernommen, wenn für die Betriebskrankenkasse keine vertraglichen Regelungen bestehen.

Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für ärztlich empfohlene Schutzimpfungen in Höhe von 100 v. H., maximal in Höhe der Sachleistung, soweit diese nicht vom Arbeitgeber getragen werden und nicht wegen eines beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes erfolgen.

Die Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG übernimmt für Mädchen und junge Frauen ab dem 12. Lebensjahr bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres die Kosten der Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs.

§ 12 c Persönliche elektronische Gesundheitsakte

Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Diese Dienstleistung ermöglicht die durch die Versicherte selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten. Sie wird durch einen mit der BKK kooperierenden Dritten erbracht, der auf Grund

eines Vertrages mit der BKK zu Gunsten der Versicherten tätig wird. Dieser Vertrag regelt in seiner jeweils aktuell geltenden Fassung die Einzelheiten. Die Kasse stellt den an der Teilnahme interessierten Versicherten ein Verzeichnis der kooperierenden Anbieter und der nach den Verträgen jeweils geltenden Einzelheiten zur Verfügung. Zur Nutzung der Gesundheitsakte müssen die Versicherten daneben mit dem kooperierenden Dritten einen Vertrag abschließen. Die BKK übernimmt die Gebühren für die Nutzung einer Gesundheitsakte direkt gegenüber dem kooperierenden Dritten, wenn und solange deren Nutzer bei ihr versichert ist, was regelmäßig anhand der vom Nutzer bei Vertragsabschluss angegebenen Versicherungendaten überprüft wird. Die Einzelheiten sind durch den Vertrag mit dem kooperierenden Dritten sowie dessen Verträge mit den Nutzern zu regeln. Weder die BKK noch der kooperierende Dritte erhalten Einsicht in die in der Gesundheitsakte gespeicherten persönlichen Gesundheitsdaten.

§ 12 d Leistungsausschluss

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- II. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen 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

- I. Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,- €.
- II. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,- €.

§ 13 a 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 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 b Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

- I. Das Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten ist ein zweistufiges Bonusmodell. Das Bonusprogramm besteht aus dem Basisbonus (Stufe 1) und darauf aufbauend aus dem Zusatzbonus (Stufe 2). Jeder Versicherte hat Anspruch auf ein eigenes Bonuskonto, welches nicht auf andere Versicherte übertragbar ist. Die in Anspruch genommenen Leistungen sind durch den Versicherten mittels einer Bonuskarte, bzw. eines Bonusheftes nachzuweisen. Die Inanspruchnahme ist durch den Arzt oder Leistungserbringer zu bestätigen.

Der maximal zu erreichende Bonus im jeweiligen Kalenderjahr beträgt 200 € in Form einer Wertgutschrift auf dem Bonuskonto oder alternativ 45 € als Direktauszahlung. Der jeweilige Versicherte entscheidet jährlich in der Teilnahmeerklärung darüber, ob er den Bonus in Form einer Wertgutschrift auf dem Bonuskonto oder alternativ die Direktauszahlung wählt. Kann die Wertgutschrift auf dem Bonuskonto bzw. die Direktauszahlung nicht im laufenden Jahringelöst werden, so ist diese spätestens bis zum 31. März des Folgejahres einzulösen. Nach dem 31. März des Folgejahres verfällt der Bonus. Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr ist nicht möglich.

Wählt der Versicherte die Wertgutschrift auf dem Bonuskonto, kann er das erreichte Guthaben gegen Vorlage von Rechnungen für die folgenden sieben Bereiche Alternative Heilmethoden, Private Zahnarztleistungen, Sport und Prävention, Leistungen für Schwangere, Brillengläser/Kontaktlinsen, Private Arztleistungen oder Heil-/Hilfsmittel zur Erstattung von Gesundheitsausgaben nach seinen individuellen Bedürfnissen einsetzen. Die hier einsetzbaren Gesundheitsausgaben richten sich nach der Anlage zu § 13 b der Satzung, die Bestandteil der Satzung ist.

- II. Der Basisbonus beträgt kalenderjährlich 100 € in Form einer Wertgutschrift auf dem Bonuskonto oder alternativ 25 € als Direktauszahlung. Um den Basisbonus zu erhalten, muss der jeweilige Versicherte mindestens zwei der folgenden Voraussetzungen nachweisen:
1. Der Versicherte nimmt regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß § 25 SGB V in Anspruch.
 2. Mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
 3. Der Versicherte nimmt die jährliche Zahnvorsorgeuntersuchung in Anspruch. Mitversicherte Kinder nehmen die Zahnvorsorgeuntersuchung nach § 22 Abs. 1 SGB V halbjährlich in Anspruch.
 4. Der Versicherte hat die von der Betriebskrankenkasse nach § 20d SGB V gewährten Schutzimpfungen in Anspruch genommen.
- III. Nach Erreichen des Basisbonus hat der jeweilige Versicherte die Möglichkeit, einen Zusatzbonus zu erhalten. Hierfür stehen dem jeweiligen Versi-

cherten folgende Bereiche den dort jeweils genannten Maßnahmen zur Verfügung:

Gesundheitsvorsorge

- jährliche BKK Darmkrebsvorsorge-Aktion
- Mutterschaftsvorsorge während der Schwangerschaft
- STARKE KIDS zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen (soweit Verträge vorhanden)

Qualitätsgesicherte Prävention

- Gesundheitskurs nach dem Präventionsleitfaden
- BKK-Aktivwoche
- BKK Well-Aktiv
- Rückbildungsgymnastik

Sport und besondere sportliche Aktivitäten*

- Schwimm-/Sportabzeichen, regelmäßiger Lauftreff, Volks-/Stadtläufe bis 21,0975 km,
- Wanderabzeichen, zum Beispiel Deutscher Wanderpass
- Radtouren bis 100 km, zum Beispiel über ADFC, BDR oder organisierte Wanderungen, zum Beispiel über den Deutschen Wanderverband (DWV), angeschlossene Wandervereine oder den Deutschen Alpenverein (DAV)

* Voraussetzung ist, dass die Veranstaltungen unter qualifizierter Leitung durchgeführt werden. Den Nachweis für die Teilnahme erbringt man durch den Stempel des autorisierten Übungsleiters, bei Volks-/Stadtläufen durch den Veranstalter.

Leistungssport zählt nicht! Für Leistungssport (dazu zählen auch Marathonläufe oder Volks-/Stadtläufe >21,0975 km) gibt es keinen Bonus. Auch private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.

Gesundheitsstatus

- Body-Maß-Indes (BMI) im Normbereich (ärztlich bestätigt)
- Altersgerechter Waist-to-Height Ratio (WHtR) im Normbereich (ärztlich bestätigt)

Pro erfülltem Bereich hat der Versicherte einen Anspruch in Höhe von 25 € in Form einer Wertgutschrift auf dem Bonuskonto oder alternativ auf Direktauszahlung in Höhe von 5 €. Der maximal zu erreichende Zusatzbonus beträgt kalenderjährlich 100 € in Form einer Wertgutschrift auf dem Bonuskonto oder alternativ 20 € als Direktauszahlung.

§ 13 c Bonusprogramm für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Betriebskrankenkasse kann durch Vertrag mit Arbeitgebern Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) aktiv fördern. Dabei sind Bonusgewährungen für den Arbeitgeber sowie für die teilnehmenden Mitglieder möglich, wenn der Betriebskrankenkasse die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anhand geeigneter Unterlagen nachgewiesen wird. Nicht förderungsfähig sind Maßnahmen, die Gegenstand der Verpflichtung aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus für den Arbeitgeber darf dessen Aufwendungen für die BGF nicht überschreiten und die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen. Die Betriebskrankenkasse kann dazu mit den von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebs-teile einen Bonusvertrag abschließen, der den Inhalt und die Höhe des Bonusystems im Einzelnen regelt. Das Bonusprogramm für Arbeitgeber wird begrenzt auf eine Summe von 100.000 Euro pro Jahr.

§ 13 d Wahltarif besondere Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a 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 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- II. Die BKK B. Braun Melsungen AG führt im Rahmen von § 137 f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme durch, deren Inhalte und Ausgestaltung sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung ergeben. Die Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen ist für die Versicherten freiwillig.
- III. Die BKK B. Braun Melsungen AG führt ein Verzeichnis über die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V. Der Versicherte das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Das Verzeichnis kann im Internet unter www.bkk-bbraun.de und in den Geschäftsräumen der BKK B. Braun Melsungen AG eingesehen werden. Die BKK Braun Melsungen AG stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 14 Wahltarife Krankengeld¹

- I. Die Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG bietet
 - hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
 - unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt haben
und
 - nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

¹ Geändert zum 20.10.2018 mit 32. Nachtrag, genehmigt mit Bescheid vom 24.09.2018 AZ 213-59714.0-583/2004

- II. Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- III. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage 1, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 15 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 18 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 nach § 305b SGB V. Ferner hat der Versicherte das Recht, die Ergebnisse der Rechnungslegung in der Geschäftsstelle der Betriebskrankenkasse einzusehen.

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und in den unter § 1 Abs. II genannten Betriebsstätten, außerdem durch Veröffentlichung in der örtlichen Tageszeitung Hessisch-Niedersächsische Allgemeine (HNA).

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

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

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat den 32. Satzungsnachtrag am 30.07.2018 beschlossen.
2. Der 32. Satzungsnachtrag tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft. Die Bekanntmachung erfolgt am 19.10.2018.

Melsungen, 20.10.2018

Siegel

Die Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

gez.
Peter Hohmann

Vorsitzender
des Verwaltungsrates
der BKK B. Braun Melsungen AG

Versichertenvertreter

gez.
Prof. Dr. Heinz-Walter Große

alternierender Vorsitzender
des Verwaltungsrates
der BKK B. Braun Melsungen AG

Arbeitgebervertreter