SATZUNG BKK

Stand Janaur 2024

SATZUNG Pflegekasse

Stand Januar 2024

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

AKZO NOBEL
BAYERN

Satzung der
BKK Akzo Nobel Bayern

Stand 1. Januar 2024

Übersicht der Satzung

		Seite
Satzung der BKK Akzo Nobel Bayern		**1**
Artikel I	**Inhalt der Satzung gemäß § 194 SGB V**	**4**
§ 1	Name der BKK gemäß § 194 Absatz 1 Nr. 1 SGB V, Sitz und Bezirk der BKK gemäß § 194 Absatz 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V	4
§ 2	Verwaltungsrat gemäß § 31 Absatz 3a in Verbindung mit § 33 Absatz 3 Satz 1 SGB IV, § 197 SGB V	5
§ 3	Vorstand gemäß § 35a SGB IV	9
§ 4	Widerspruchsausschuss gemäß § 36a Absatz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 36a Absatz 2 SGB IV	10
§ 5	Kreis der versicherten Personen gemäß §§ 5 bis 10 SGB V	13
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft nach § 175 Absatz 4 SGB V	14
§ 7	Aufbringung der Mittel gemäß § 220 SGB V	16
§ 8	Bemessung der Beiträge gemäß § 240 Absatz 1 Satz 1 SGB V	17
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 Absatz 1 SGB V	18
§ 9a	Ausgleichsverfahren nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)	19
§ 10	Fälligkeit der Beiträge gemäß § 23 SGB IV in Verbindung mit § 240 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 10 der Beitragsverfahrens-grundsätze Selbstzahler, § 256 Absatz 1 SGB V	20
§ 10a	Mahn- und Vollstreckungsgebühren	21
§ 10b	Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V	22
§ 11	Höhe der Rücklage gemäß § 261 Absatz 2 SGB V	23
§ 12	Leistungen gemäß § 11 SGB V	24
§ 12a	Primärprävention gemäß § 20 Absatz 1 und Absatz 2, Absatz 4 Nr. 1 bis Nr. 3 in Verbindung mit Absatz 5 SGB V	31
§ 12b	Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Absatz 2 SGB V	33

§ 12c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V 34

§ 12d Leistungsausschluss gemäß § 52a SGB V 35

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Absatz 2 SGB V 36

§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 53 Absatz 3 in Verbindung mit § 73b SGB V 37

§ 13b Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 53 Absatz 3 in Verbindung mit § 140a SGB V 38

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme gemäß § 53 Absatz 3 in Verbindung mit § 137f SGB V 39

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten gemäß § 65a Absatz 1 und Absatz 1a SGB V 40

§ 14a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 65a Absatz 2 SGB V 43

§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 65a Absatz 2 SGB V 44

§ 15 Wahltarife Krankengeld gemäß § 53 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V 45

§ 16 Aufsicht gemäß § 90 Absatz 1 SGB IV 46

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband gemäß § 207 Absatz 1 Satz 3 SGB V 47

§ 18 Bekanntmachungen gemäß §§ 34 Absatz 2 SGB IV, 305b SGB V 48

Artikel II Inkrafttreten 49

Anlage 1 der Kassensatzung Stand Januar 2024 50

Anlage 2 der Kassensatzung Stand Januar 2024 53

Anlage 3 der Kassensatzung Stand Januar 2024 62

Für eine bessere Lesbarkeit dieser Satzung werden für personen- bzw. funktionsbezogene Begriffe – den allgemeinen Gepflogenheiten entsprechend – maskuline Bezeichnungen verwendet. Gemeint sind stets Personen jeder Geschlechtsidentität. Der Name der Krankenkasse BKK Akzo Nobel Bayern wird in der Satzung nachfolgend mit BKK abgekürzt.

Artikel I Inhalt der Satzung gemäß § 194 SGB V

§ 1 Name der BKK gemäß § 194 Absatz 1 Nr. 1 SGB V, Sitz und Bezirk der BKK gemäß § 194 Absatz 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V

(1) Die BKK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen BKK Akzo Nobel Bayern. Sie ist errichtet worden am 14. April 1924. Die BKK hat ihren Sitz in 63906 Erlenbach am Main.

(2) Der Bezirk der BKK erstreckt sich auf die Nachfolgeunternehmen des früheren Trägerunternehmens am Standort des Industrie Centers Obernburg (ICO).

Die BKK kann darüber hinaus von Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten gewählt werden, die ihren Wohn- oder Beschäftigungsort im Freistaat Bayern haben (vgl. § 173 Absatz 2 Nr. 4 SGB V).

§ 2 Verwaltungsrat gemäß § 31 Absatz 3a in Verbindung mit § 33 Absatz 3 Satz 1 SGB IV, § 197 SGB V

(1)

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

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

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

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 1. November des Kalenderjahres.

(2) Dem Verwaltungsrat der BKK gehören als Mitglieder

7 Versichertenvertreter und
7 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

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

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,

2. den Haushaltsplan festzustellen,

3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

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

5. einen leitenden Beschäftigten der BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,

6. den Vorstand zu überwachen,

7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,

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

9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen BKK zu beschließen,

10. über die Auflösung der BKK zu beschließen,

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 beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.

12. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.

(4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(5a) Der Verwaltungsrat kann zur Erfüllung seiner Aufgaben Ausschüsse bilden.

(6) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage 3 zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage 3 ist Bestandteil der Satzung.

(7) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (§ 9a) ist der Verwaltungsrat beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder aus der Gruppe der Arbeitgeber ordnungsgemäß geladen und mehr als die Hälfte der Mitglieder dieser Gruppe anwesend sind.

(8) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz und sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(9) Der Verwaltungsrat kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Absatz 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,

5. in außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemischen Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen), die eine Präsenzsitzung, eine hybride Sitzung und eine digitale Sitzung ausschließen.

Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats – bzw. im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates – der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Absatz 3 Satz 3 SGB IV).

Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

(10) Der Verwaltungsrat kann seine Sitzungen mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung (Videokonferenz) als hybride oder als vollständig digitale Sitzungen durchführen (§ 64a SGB IV).

1. Hybride Sitzungen (§ 64a Absatz 1 SGB IV) sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen sowie bei Vorstandswahlen. Die digitale Teilnahme an hybriden Sitzungen setzt voraus, dass dem Mitglied die persönliche Anwesenheit in der Präsenzsitzung erschwert oder unmöglich ist (z. B. aufgrund von Krankheit, Urlaub, Dienstreise oder Kinderbetreuung). Die Anwesenheit der Sitzungsleitung im Sitzungssaal ist erforderlich.

2. Digitale Sitzungen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort (§ 64a Absatz 2 SGB IV) können in außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemische Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen) und in besonders eiligen Fällen stattfinden. Der Vorsitzende stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht.

3. Mitglieder, die per Videokonferenz an hybriden und digitalen Sitzungen teilnehmen, gelten als anwesend. Eine ausschließlich telefonische Zuschaltung einzelner Mitglieder ist nicht zulässig. Bei öffentlichen vollständig digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Abstimmungen und Wahlen in hybriden und digitalen Sitzungen sind möglich, der Leiter der Sitzung entscheidet, ob die Stimmabgabe per Handzeichen, durch Zuruf oder über ein ortsunabhängiges digitales System erfolgt.

Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand gemäß § 35a SGB IV

(1) Dem Vorstand der BKK gehört 1 Mitglied an.

(2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

(3) Der Vorstand verwaltet die BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

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

(4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK wird vom Vorstand eingestellt.

(5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK.

§ 4 Widerspruchsausschuss gemäß § 36a Absatz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 36a Absatz 2 SGB IV

(1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 63906 Erlenbach am Main.

(2)

1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus je einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der für den Widerspruchsausschuss vom Verwaltungsrat gewählten bzw. bestellten Personen.

2. Die Vertreter der Versicherten und die Vertreter der Arbeitgeber vertreten sich jeweils untereinander im Verhinderungsfall.

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates bestellt. Die Wahl bzw. Bestellung 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, 63 Absatz 3a und 4 sowie § 64a Absatz 1, 3 und 4 SGB IV gelten entsprechend. § 64a Absatz 2 gilt mit der Maßgabe, dass ein Mitglied den Ausnahmefall nach Absatz 2 Satz 1 feststellt und eine digitale Sitzung nach Absatz 2 Satz 1 nicht stattfindet, wenn ein Mitglied widerspricht.

5. Der Vorsitz im Widerspruchsausschuss wechselt zwischen der Gruppe der Arbeitgebervertreter und der Gruppe der Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK sein kann.

6. Der Vorstand oder vom Vorstand beauftragte Mitarbeiter der BKK nehmen an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses ohne Stimmrecht beratend teil.

7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn je ein Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber ordnungsgemäß geladen, anwesend und stimmberechtigt ist.

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

9. Der Widerspruchsausschuss kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Absatz 3 SGB IV):
   a. bei Änderungen von Beschlüssen des Widerspruchsausschusses, 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,
   b. in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Widerspruchsausschusses im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
   c. in eiligen Angelegenheiten, die in der Regel keiner Beratung bedürfen,
   d. in außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemischen Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen), die eine Präsenzsitzung, eine hybride Sitzung und eine digitale Sitzung ausschließen.

   Wenn mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Absatz 3 Satz 3 SGB IV).

10. Der Widerspruchsausschuss kann seine Sitzungen mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung (Videokonferenz) als hybride oder als vollständig digitale Sitzungen durchführen (§ 36a Absatz 4 in Verbindung mit § 64a SGB IV).
    a. Die digitale Teilnahme an hybriden Sitzungen setzt voraus, dass dem Mitglied die persönliche Anwesenheit in der Präsenzsitzung erschwert oder unmöglich ist (z. B. aufgrund von Krankheit, Urlaub, Dienstreise oder Kinderbetreuung).
    b. Digitale Sitzungen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort (§ 64a Absatz 2 SGB IV) können in außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemische Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen) und in besonders eiligen Fällen stattfinden. Ein Mitglied stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied widerspricht.
    c. Mitglieder, die per Videokonferenz an hybriden und digitalen Sitzungen teilnehmen, gelten als anwesend. Eine ausschließlich telefonische Zuschaltung einzelner Mitglieder ist nicht zulässig. Abstimmungen und Wahlen in hybriden und digitalen Sitzungen sind möglich, der Leiter der Sitzung entscheidet, ob die Stimmabgabe per Handzeichen, durch Zuruf oder über ein ortsunabhängiges digitales System erfolgt.

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

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

§ 5 Kreis der versicherten Personen gemäß §§ 5 bis 10 SGB V

(1) Zum Kreis der bei der BKK versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

(2) Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches der BKK nur dann beitreten, wenn sie zum Zeitpunkt des Beitritts das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die BKK nur unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie zu dem in § 1 Absatz 2 der Satzung genannten Bereich gehören oder

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

3. der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner bei der BKK versichert ist,

4. sie nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nr. 11 und Nr. 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der BKK versichert ist,

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

6. sie bei einem Verband der BKK beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und dieser am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft nach § 175 Absatz 4 SGB V

(1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte BKK mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach Absatz 2 Satz 1 die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach Absatz 2 Satz 1 bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach Absatz 1 Satz 1 bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(2) Erhebt die BKK nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals 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; Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Die BKK hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die BKK ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

(3) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil

a) die Voraussetzung einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Die Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung; oder, weil

b) keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse begründet werden soll. Es gelten Absatz 1 Satz 5 und Satz 6.

(4) Wenn der Wahltarif nach § 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur BKK frühestens unter den Voraussetzungen des § 15 in Verbindung mit Anlage 2 der Kassensatzung, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel gemäß § 220 SGB V

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

§ 8 Bemessung der Beiträge gemäß § 240 Absatz 1 Satz 1 SGB V

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.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 Absatz 1 SGB V

Die BKK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,65 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)

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

§ 10 Fälligkeit der Beiträge gemäß § 23 SGB IV in Verbindung mit § 240 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 10 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler, § 256 Absatz 1 SGB V

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

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

(2) 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.

(3) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10a Mahn- und Vollstreckungsgebühren

(1) Pauschale Mahngebühr

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

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

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

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

(2) Kosten der Vollstreckung

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

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

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

§ 11 Höhe der Rücklage gemäß § 261 Absatz 2 SGB V

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

§ 12 Leistungen gemäß § 11 SGB V

(1) Allgemeiner Leistungsumfang gemäß § 11 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V

Die Versicherten der BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

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

(2) Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Absatz 2 Satz 5 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 ggf. hauswirtschaftliche Versorgung zeitlich unbegrenzt zur Verfügung gestellt.
2. Die Leistungen nach Ziffer 1 werden nicht gewährt, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI vorliegt oder eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.
3. Der Anspruch nach Ziffer 1 umfasst Sachleistungen bis zu einer Höhe von 307 € je Kalendermonat.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V.

(3) Haushaltshilfe gemäß § 38 Absatz 2 SGB V

1. Die BKK gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, Haushaltshilfe im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des § 38 Absatz 1 SGB V.

2. Darüber hinaus gewährt die BKK Haushaltshilfe im Rahmen des § 38 Absatz 2 SGB V für die Dauer einer Krankheit, längstens für 2 Wochen, wenn die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung wegen Krankheit nicht möglich ist und im Haushalt des Versicherten ein Kind lebt, dass bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und darüber hinaus eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

3. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

(4) Kostenerstattung gemäß § 13 Absatz 2 Satz 9 SGB V

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

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

3. Die Versicherten sind mindestens ein Kalendervierteljahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

   Sie können die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 1 Monat zum Quartalsende kündigen.

4. Die Versicherten haben 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 BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 vom Hundert, mindestens 5 €, höchstens 50 € für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in 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. Ziffer 6 gilt entsprechend.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in 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 BKK in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

(5) Kostenerstattung Wahlarzneimittel gemäß § 13 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 130 Absatz 1a SGB V bzw. § 130a Absatz 1b SGB V

1. Gemäß § 13 Absatz 2 Satz 12 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,

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

   b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 6 SGB V abzugeben wäre.

   Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

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

3. Vom Erstattungsbetrag werden 20 vom Hundert als Abschlag der für die BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zu der Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. eines der vier preisgünstigen Arzneimittel abgezogen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Absatz 1 SGB V sind in Abzug zu bringen.

4. Die nach Nr. 3 ermittelten Erstattungsbeträge sind um 5 vom Hundert, mindestens 5 €, maximal 50 € für Verwaltungskosten zu kürzen.

(6) Zusätzliche Satzungsleistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V

Die BKK übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Bereich

1. Gesundheitskonto

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

   a) Zusätzliche Vorsorgeleistungen

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

   b) Zusätzliche Leistungen im Bereich Zahnprophylaxe und zahnärztliche Behandlung

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

c) Osteopathie

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

d) Brillenzuschuss

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

Zur Erstattung oder Bezuschussung der nach den Punkten a) bis d) in Anspruch genommenen Behandlungen/Leistungen sind der BKK die spezifizierten Rechnungen des Leistungserbringers, sowie bei Punkt c) (Osteopathie) zusätzlich die vertragsärztliche Verordnung vorzulegen.

2. Zusätzliche Leistungen der Hebammenhilfe

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

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

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

3. Ergänzende Leistungen für Kindergesundheit

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

4. Zweitmeinungsverfahren

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

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

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

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

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

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

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

5. Mehrleistungen Brustkrebsvorsorge

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus gewährt die BKK im Einzelfall einen Zuschuss in Höhe der nachgewiesenen Kosten, maximal jedoch 60 € je Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch Menschen mit der Qualifizierung als Medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:

a) Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach und

b) die Untersuchung wird von einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst oder empfohlen.

6. Zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel

Für Versicherte ab dem 4. und bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden von der BKK die Kosten für die Versorgung mittels Kopforthesen (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie) übernommen, wenn dies nach der Schwere der Erkrankung erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Die Indikationsstellung und Verordnung muss durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung bzw. Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgen und den Kriterien entsprechen, die nach dem Stand der Medizin für die Verordnung dieser Therapieform angemessen sind. Hierzu zählt, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder dass ohne die Versorgung mittels Kopforthese Folgebehandlungen zu erwarten sind. Das Hilfsmittel hat den nach dem Stand der Medizin anzulegenden Qualitätsanforderungen zu entsprechen.

Sind die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt, so übernimmt die BKK zunächst 80 Prozent der Kosten der Kopforthesenversorgung. Die restlichen 20 Prozent werden übernommen, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde. Maximal übernimmt die BKK die Kosten in Höhe von 2.000 €.

Die Kostenübernahme der unter Punkt 1 - 6 vorgenannten Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V setzt voraus, dass die Leistungsinanspruchnahme während der bestehenden Versicherung bei der BKK erfolgt ist und die zahlungsbegründenden Nachweise bis spätestens zum 30. Juni des Folgejahres bei der BKK eingereicht werden.

§ 12a Primärprävention gemäß § 20 Absatz 1 und Absatz 2, Absatz 4 Nr. 1 bis Nr. 3 in Verbindung mit Absatz 5 SGB V

(1) Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V) Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V), sowie nach dem individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V) mit folgenden Handlungsfeldern:

1. Bewegungsgewohnheiten:
   a) Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
   b) Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
2. Ernährung:
   a) Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
   b) Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
3. Stressmanagement:
   a) Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement
   b) Förderung von Entspannung und Erholung
4. Suchtmittelkonsum
   a) Förderung des Nichtrauchens
   b) gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

(2) Die Förderung durch die BKK ist auf maximal zwei Kurse pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt. Die Versicherten haben einen Eigenanteil für die Kosten für Unterkunft und Freizeitaktivitäten zu tragen.

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

Für Leistungen von Fremdanbietern im Gesundheitsförderprogramm wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an

mindestens 80 vom Hundert der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von maximal 130 € je Maßnahme gewährt.

Die BKK beteiligt sich an den Kosten der BKK-Aktivwoche und Well-Aktiv. Die Maßnahmen werden durch die Gesundheitsservice Management GSM GmbH mit Sitz in Leverkusen durchgeführt. Die BKK zahlt zur BKK-Aktivwoche für das Präventivprogramm im Rahmen der gesetzlichen Leistungen für Erwachsene einen Zuschuss maximal in Höhe von 200 € bzw. maximal in Höhe von 150 € für Kinder ab 6 Jahren. Der Zuschuss zur Aktiv-Woche wird jährlich einmal gezahlt. Die Inanspruchnahme der Aktiv-Woche gilt als eine Maßnahme.

Die BKK zahlt zur Well-Aktiv Maßnahme für das Präventionsprogramm im Rahmen der gesetzlichen Leistungen für Erwachsene einen Zuschuss für die Well-Aktiv Maßnahme mit einem Kurs maximal in Höhe von 125 € und für die die Well-Aktiv Maßnahme mit zwei Kursen maximal in Höhe von 200 €. Der Zuschuss zur Well-Aktiv Maßnahme wird jährlich einmal gezahlt. Die Inanspruchnahme der Well-Aktiv Maßnahme mit einem Kurs gilt als eine Maßnahme. Für Well-Aktiv Maßnahmen mit 2 Kursen ist ein weiterer Finanzierungszuschuss für Präventionsmaßnahmen ausgeschlossen.

Ausgewählte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung kann die BKK zu 100 vom Hundert übernehmen.

§ 12b Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Absatz 2 SGB V

(1) Die BKK gewährt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V Zuschüsse zu weiteren Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, soweit nicht andere Kostenträger (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) vorrangig zuständig sind.

(2) Der Zuschuss beträgt 90 % der nachgewiesenen Kosten (Kosten der Impfstoffe sowie Arztkosten). Der Zuschuss wird nach Vorlage der spezifizierten Originalrechnung gewährt. Die Vorlage der Originalrechnung entfällt bei Beantragung der Leistung über die Online-Geschäftsstelle der BKK.

(3) Die BKK führt ein Verzeichnis über nach dieser Vorschrift erstattungsfähige Impfungen und der spezifischen Prophylaxe.

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

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

(2) Sofern eine Leistung im Einzelfall nach Absatz (1) im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die BKK einen Zuschuss von einmal jährlich je Versicherten in Höhe von 90 % der tatsächlich angefallenen und nachgewiesenen Kosten, höchstens 60 €.

(3) Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z.B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.

§ 12d Leistungsausschluss gemäß § 52a SGB V

(1) Die BKK 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.

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Absatz 2 SGB V

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

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

§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 53 Absatz 3 in Verbindung mit § 73b SGB V

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

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

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

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

§ 13b Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 53 Absatz 3 in Verbindung mit § 140a SGB V

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

Soweit die BKK Verträge über eine hausarztbasierte integrierte Versorgung nach § 140a SGB V von Kindern und Jugendlichen mit einer Gemeinschaft von Kinder- und Jugendärzten abgeschlossen hat, gelten die Regelungen des § 13b Abschnitt (1) und (2) entsprechend.

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

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme gemäß § 53 Absatz 3 in Verbindung mit § 137f SGB V

Die BKK bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zugelassenen Fassung.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten gemäß § 65a Absatz 1 und Absatz 1a SGB V

(1) Vorsorgebonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a Absatz 1 SGB V

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

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

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

2. Für den Erwachsenenbonus teilnahmeberechtigte Versicherte erhalten für das Antragsjahr einen Bonus bei Nachweis der Voraussetzungen wie folgt:

   a) Für die Inanspruchnahme der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit den hierzu gem. § 92 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien (Gesundheitsuntersuchungen) einen Bonus von 15 €.

   b) Für die Inanspruchnahme einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit den hierzu gem. § 92 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien (Krebsfrüherkennungs-RL) einen Bonus von je 15 €.

   c) Für die Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung J 2 einen Bonus von 15 €.

   d) Für die Inanspruchnahme einer Schutzimpfung nach § 20i SGB V oder § 12c der Kassensatzung einen Bonus von je 10 €. Impfungen mit mehreren Wirkstoffen (Kombinations- oder Mehrfachimpfungen) gelten als eine Impfmaßnahme. Sind für einen vollständigen Impfschutz mehrere Impfdosen erforderlich, wird der Bonus nur für die letzte der für den vollständigen Impfschutz notwendigen Impfung gewährt.

3. Für den Kinder- und Jugendbonus teilnahmeberechtigte Versicherte erhalten für das Antragsjahr einen Bonus bei Nachweis der Voraussetzungen wie folgt:

   a) Für die Inanspruchnahme einer nach § 26 Absatz 1 SGB V vorgesehenen Kindervorsorgeuntersuchung (U1 bis U9) sowie der ergänzend hierzu selektivvertraglich angebotenen Kinderuntersuchungen („BKK-Starke Kids“) einen Bonus je Maßnahme von 15 €.

   b) Für die Inanspruchnahme einer nach § 26 Absatz 1 SGB V vorgesehenen Jugendgesundheitsuntersuchung J 1 oder J 2 einen Bonus von je 15 €.

c) Für die Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Untersuchung nach § 26 Absatz 1 Satz 5 SGB V einen Bonus von einmal jährlich 10 €.

d) Für die Inanspruchnahme einer Schutzimpfung nach § 20i SGB V oder § 12c der Kassensatzung einen Bonus von je 10 €. Impfungen mit mehreren Wirkstoffen (Kombinations- oder Mehrfachimpfungen) gelten als eine Impfmaßnahme. Sind für einen vollständigen Impfschutz mehrere Impfdosen erforderlich, wird der Bonus nur für die letzte der für den vollständigen Impfschutz notwendigen Impfung gewährt.

(2) Präventionsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a Absatz 1a SGB V

1. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Präventionsbonus bei Nachweis der Voraussetzung wie folgt:

   a) Für den Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einer qualitätsgesicherten Leistung zur Primärprävention gem. § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionskurs) wird ein Bonus von einmalig jährlich 10 € gewährt.

   b) Für den Teilnahmenachweis regelmäßiger Bewegungsangebote im Rahmen einer aktiven Mitgliedschaft in einem eingetragenen Sportverein oder alternativ einer aktiven Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Sport/Fitness-Studio oder alternativ den Erwerb des Deutschen Sportabzeichens des Deutschen Olympischen Sportbundes, des Deutschen Wanderabzeichens oder eines Schwimmabzeichens des Deutschen Schwimmverbandes wird ein Bonus von einmalig jährlich 10 € gewährt.

   c) Für die Inanspruchnahme einer gem. §§ 22 Absatz 1 oder 28 Absatz 2 in Verbindung mit 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V angebotenen zahnärztlichen Untersuchung zur Verhütung von Zahnerkrankungen wird einmalig jährlich ein Bonus in Höhe von 10 € gewährt.

(3) Anspruch und Nachweis für die Bonusgewährung nach den Absätzen (1) und (2)

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

2. Beginnt die Versicherung im laufenden Kalenderjahr besteht für das Kalenderjahr Anspruch auf den vollen Bonusbetrag.

3. Die Inanspruchnahme der zu bonifizierenden Maßnahme ist durch Bestätigung im Bonusheft, in der Regel durch den Arzt/Zahnarzt oder den Anbieter, der die Maßnahme durchgeführt hat, nachzuweisen.

4. Ein Anspruch auf den Bonus besteht nur, wenn die Leistung spätestens am 30. Juni des folgenden Kalenderjahres beantragt wird. Als Antragstellung gilt der Tag, an dem das ausgefüllte Bonusheft bei der BKK eingereicht wird.

§ 14a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 65a Absatz 2 SGB V

Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind.

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

§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 65a Absatz 2 SGB V

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

1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte~~,~~

2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag~~,~~

3. Suchtprävention im Betrieb oder

4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

vollständig teilnehmen.

Die BKK schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14a Absatz 2 ab.

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

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

(1) Die BKK bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),

- unständig Beschäftigten (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes, sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Absatz 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.

(2) Der Tarif wird gemäß § 53 Absatz 6 SGB V gemeinsam mit anderen BKKen gebildet.

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

§ 16 Aufsicht gemäß § 90 Absatz 1 SGB IV

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

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband gemäß § 207 Absatz 1 Satz 3 SGB V

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

§ 18 Bekanntmachungen gemäß §§ 34 Absatz 2 SGB IV, 305b SGB V

Die Bekanntmachungen der BKK erfolgen durch Aushang in den Räumen der BKK und im Betrieb, außerdem - mit ihrem wesentlichen Inhalt - durch Bekanntgabe im „Bayerischen Staatsanzeiger“ und auf der eigenen Internetseite unter www.bkk-akzo.de.

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

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

Die BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetseite unter www.bkk-akzo.de zum 30.November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise.

Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.

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

Für Änderungen und Neufassungen der Satzung von BKKen gemäß §§ 194 Absatz 1, 197 Absatz 1 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit § 34 Absatz 2 SGB IV gilt Artikel II - Inkrafttreten - in der Fassung der folgenden Formulierung:

Artikel II Inkrafttreten

(1) Der Verwaltungsrat der BKK Akzo Nobel Bayern hat diese Satzung am 12. Dezember 2023 beschlossen. Bestimmungen in Angelegenheiten der Arbeitgeberversicherung im Sinne des Aufwendungsausgleichsgesetzes (vgl. § 9a nebst Anlage 1) haben die Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat am 12. Dezember 2023 beschlossen.

(2) Die Satzung tritt – vorbehaltlich der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde – am 1. Januar 2024 in Kraft.

(3) Gleichzeitig treten die Satzung vom 24. Juli 2015 sowie die dazugehörigen Nachträge

Nr. 1 vom 28. Juli 2016
Nr. 2 vom 14. Dezember 2016
Nr. 3 vom 26. Juli 2017
Nr. 4 vom 12. Dezember 2017
Nr. 5 vom 18. Dezember 2018
Nr. 6 vom 16. Dezember 2019
Nr. 7 vom 16. Dezember 2020
Nr. 8 vom 21. Juli 2021
Nr. 9 vom 14. Dezember 2021
Nr. 10 vom 28. Juli 2022
Nr. 11 vom 13. Dezember 2022

außer Kraft.

63906 Erlenbach am Main, 12. Dezember 2023

_____

Georg Ballmann
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Siegel/Stempel

Die Satzung ist genehmigt mit Bescheid OVA Nordbayern am 11.01.2024.

Anlage 1 der Kassensatzung Stand Januar 2024

Ausgleichsverfahren nach dem Gesetz
über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)

Anlage zu § 9a der Satzung

(1) Anwendbare Vorschriften

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

(2) Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

1. Die BKK erstattet den nach § 1 Absatz 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 70 von Hundert des für den in § 3 Absatz 1 und 2 und den in § 9 Absatz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.

2. Die BKK erstattet den nach § 1 Absatz 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 100 vom Hundert des nach § 1 Absatz 2 Nr. 1 AAG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld.

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

(3) Aufbringung der Mittel

1) Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.

2) Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

3) Die BKK verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen. Sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Absatz 3 AAG).

(4) Umlagebeitragssätze Umlagesätze

Die Umlagesätze betragen:
in der U1 2,4 vom Hundert
in der U2 0,33 vom Hundert

(5) Widerspruchsausschuss

1. § 4 der Satzung der BKK gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder der Arbeitgebervertreter mitwirken.

2. Der Widerspruchsauschuss nimmt zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.

(6) Organe, Zusammensetzung

1. Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der BKK obliegt dem Vorstand, der diese gerichtlich und außergerichtlich vertritt.

2. In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

3. Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.

4. Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

(7) Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes

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

(8) Jahresrechnung

Für die Aufstellung, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses (Jahresrechnung) gilt § 77 Absatz 1 SGB IV in Verbindung mit § 9 Absatz 1 Nr. 4 und Absatz 4 AAG entsprechend. Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließen die Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.

(9) Prüfung der Geschäfts-, Betriebs- und Rechnungsführung

Die §§ 2 und 3 der Satzung gelten entsprechend.

Anlage 2 der Kassensatzung Stand Januar 2024

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

Anlage zu § 15 der Satzung

Teilnahme

1. Die BKK bietet den in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (Zur *Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt)*. Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie

   a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder

   b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche oder elektronische Willenserklärung gegenüber der BKK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen oder elektronischen Wahlerklärung bei der BKK folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

3. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue dreijährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche oder elektronische Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der BKK.

5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als zehn vom Hundert bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die BKK unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit /Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.

7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK nachzuweisen und die BKK über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.

8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

für den Personenkreis der Selbständigen im Sinne von § 53 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten im Sinne von § 53 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 10 € = Prämie monatlich 10 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 20 € = Prämie monatlich 20 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 30 € = Prämie monatlich 30 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 40 € = Prämie monatlich 40 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 50 € = Prämie monatlich 50 €

für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten im Sinne von § 53 Absatz 6 SGB V:

Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 10 € = Prämie monatlich 5 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 20 € = Prämie monatlich 10 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 30 € = Prämie monatlich 15 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 40 € = Prämie monatlich 20 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 50 € = Prämie monatlich 25 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 60 € = Prämie monatlich 30 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 70 € = Prämie monatlich 35 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 80 € = Prämie monatlich 40 €
Wahltarifkrankengeld kalendertäglich 90 € = Prämie monatlich 45 €

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.

12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.

13. Die BKK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft im Sinne des § 53 Absatz 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.

16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:

    1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43.Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),

    2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

    wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst (MD) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet

— mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif,

— wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird,

— die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,

— solange und soweit in der nach § 53 Absatz 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird,

— solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre,

— wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,

— wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Absatz 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden,

— mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreises,

— mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK.

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

22. Die §§ 16 Absatz 1-3 und 4, 18 Absatz 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

24. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder in diesem Tarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

    1. die in § 53 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Absatz 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/ Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

    2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

27. Die BKK kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.

28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbstständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der BKK unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Nettoarbeitseinkommen/Nettoarbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.

Anlage 3 der Kassensatzung Stand Januar 2024

Entschädigungsregelung für Verwaltungsratsmitglieder
gemäß § 41SGB IV in Verbindung mit § 2 Absatz 6 der Satzung

Anlage zu § 2 der Satzung

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane haben auf der Grundlage des § 41 SGB IV bei der Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit neben dem Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoarbeitsverdienstes Anspruch auf folgende Entschädigung:

(1) Tagegeld

1. Tagegeld gemäß Bundesreisekostengesetz (BRKG).

2. Wird von Amts wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 vom Hundert für das Mittag- und das Abendessen um je 40 vom Hundert des vollen Tagesgeldes gekürzt.

3. Abweichend von der Regelung des Absatz 1 Nr. 2. können bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten des Sozialversicherungsträgers generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 vom Hundert der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a des EStG nicht übersteigen.

(2) Übernachtungsgeld

1. Übernachtungsgeld gemäß Bundesreisekostengesetz (BRKG).

2. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.

3. In den in § 7 Absatz 2 BRKG genannten Fällen wird kein Übernachtungsgeld gezahlt.

(3) Unterkunfts- und Verpflegungskosten für Kraftfahrer

Soweit die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in ihrer Eigenschaft als Organmitglieder einen Personenkraftwagen benutzen und hierbei einen berufsmäßigen Kraftfahrer in Anspruch nehmen oder wegen körperlicher Behinderung nicht selbst fahren können, wird für den Fahrer Tage- und Übernachtungsgeld nach Maßgabe der Absätze 1 und 2 gezahlt.

(4) Fahrtkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrtkosten erstattet.

1. Kilometergeld

   Die Nutzungskosten eines Kraftwagens werden durch eine Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 2 BRKG abgegolten.

2. Bahnkarten

   a) Fahrscheine bis zur Höhe der Kosten der 1. Klasse

   b) Aufpreise und Zuschläge für Züge

   c) Reservierungsentgelte

   d) Bettkarten oder Liegeplatzzuschläge.

3. Kosten für Fahrten vom und zum Bahnhof bzw. Flugplatz sowie sonstige Kosten

   a) öffentlicher Nahverkehr

   b) Zubringer zum Flugplatz

   c) Taxi

   d) Gepäckkosten - Gepäckaufbewahrung

   e) Post- und Telekommunikationskosten

   f) Parkplatz- und Garagenkosten

   g) sonstige Kosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind.

(5) Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane mit Familien- oder Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gem. § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleiG) erstattet werden. Die Voraussetzungen für die Erstattung und die Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils gültigen Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen nach § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 BGleiG.

(6) Pauschbeträge für Auslagen außerhalb von Sitzungen

1. Den Vorsitzenden der Organe können Auslagen außerhalb von Sitzungen, mit Ausnahme von Reisekosten, auch durch einen Pauschbetrag in Höhe von 27 € monatlich abgegolten werden.

2. Für die stellvertretenden Vorsitzenden gilt Absatz 6 Nr. 1. entsprechend.

3. Anderen Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane werden die notwendigen und angemessenen Auslagen in Höhe der tatsächlichen Kosten erstattet.

4. Die Pauschbeträge für Auslagen dürfen nicht mit den Pauschbeträgen für Zeitaufwand (Absatz 7) vermischt werden.

(7) Pauschbeträge für Zeitaufwand

1. Für Sitzungen werden an jedes Mitglied der Selbstverwaltungsorgane unabhängig von der Sitzungsdauer 79 € je Sitzungstag erstattet. Virtuelle oder hybride Beratungen, denen eine schriftliche Abstimmung folgt, sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten.

2. Für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen bei den einzelnen Versicherungsträgern werden an den Vorsitzenden des Verwaltungsrates monatlich 158 € erstattet.
Für die stellvertretenden Vorsitzenden der Organe gilt Absatz 6 Nr. 2. entsprechend.

3. Anderen Organmitgliedern kann ein Pauschbetrag für Zeitaufwand für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ausnahmsweise dann gewährt werden, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Organmitglieds aufgrund eines besonderen Auftrags vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Interessen. In Betracht kommt für diese Fälle die Gewährung eines Pauschbetrages für Sitzungen oder eines Bruchteils hiervon.

AKZO NOBEL BAYERN

BKK

Satzung der BKK Pflegekasse Akzo Nobel Bayern

Stand 1. Januar 2024

Übersicht der Pflegesatzung

		Seite
Satzung der BKK Pflegekasse Akzo Nobel Bayern		**1**
Artikel I	**Inhalt der Pflegesatzung gemäß § 47 SGB XI**	**3**
§ 1	Name der Pflegekasse gemäß § 47 Absatz 1 Nr. 1 SGB XI, Sitz und Bezirk der Pflegekasse gemäß § 47 Absatz 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB XI	3
§ 2	Aufgaben der Pflegekasse gemäß SGB XI	4
§ 3	Verwaltungsrat gemäß § 31 Absatz 3a in Verbindung mit § 33 Absatz 3 Satz 1 SGB IV	5
§ 4	Vorstand gemäß § 35a SGB IV	8
§ 5	Widerspruchsausschuss gemäß § 36a Absatz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 36a Absatz 2 SGB IV	9
§ 6	Kreis der versicherten Personen gemäß §§ 20 bis 26a SGB V	10
§ 7	Ende der Mitgliedschaft freiwillig Versicherter gemäß § 26 und § 26a SGB XI	12
§ 8	Beiträge gemäß § 55 SGB XI	13
§ 8a	Beitragssatz gemäß § 55 SGB XI	14
§ 9	Leistungen gemäß SGB XI	15
§ 9a	Auskunft über Leistungsdaten	16
§ 9b	Leistungsausschluss gemäß § 33a SGB XI	17
§ 10	Bekanntmachungen gemäß §§ 34 Absatz 2 SGB IV	18
Artikel II	**Inkrafttreten**	**19**

Für eine bessere Lesbarkeit dieser Satzung werden für personen- bzw. funktionsbezogene Begriffe – den allgemeinen Gepflogenheiten entsprechend – maskuline Bezeichnungen verwendet. Gemeint sind stets Personen jeder Geschlechtsidentität. Der Name der Pflegekasse, BKK Pflegekasse Akzo Nobel Bayern, wird in der Satzung nachfolgend mit Pflegekasse abgekürzt. Der Name der Krankenkasse BKK Akzo Nobel Bayern wird in der Satzung nachfolgend mit BKK abgekürzt.

Artikel I Inhalt der Pflegesatzung gemäß § 47 SGB XI

§ 1 Name der Pflegekasse gemäß § 47 Absatz 1 Nr. 1 SGB XI, Sitz und Bezirk der Pflegekasse gemäß § 47 Absatz 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB XI

(1) Die Pflegekasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen BKK Pflegekasse Akzo Nobel Bayern. Die Pflegekasse hat ihren Sitz in 63906 Erlenbach am Main.

(2) Der Bezirk der Pflegekasse erstreckt sich auf den in § 1 Absatz 2 der Satzung der BKK Akzo Nobel Bayern, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Bereich.

§ 2 Aufgaben der Pflegekasse gemäß SGB XI

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

§ 3 Verwaltungsrat gemäß § 31 Absatz 3a in Verbindung mit § 33 Absatz 3 Satz 1 SGB IV

(1)

1. Das Selbstverwaltungsorgan der Pflegekasse ist der Verwaltungsrat der BKK.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Vorsitz im Verwaltungsrat der Pflegekasse richtet sich nach dem Vorsitz im Verwaltungsrat der BKK.

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

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

(3) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(4) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(4a) Der Verwaltungsrat kann zur Erfüllung seiner Aufgaben Ausschüsse bilden.

(5) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage 3 zu § 2 der Satzung der BKK Akzo Nobel Bayern, in der jeweils geltenden Fassung, durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen.

(6) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.

(7) 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.

(8) Der Verwaltungsrat kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Absatz 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,

5. in außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemischen Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen), die eine Präsenzsitzung, eine hybride Sitzung und eine digitale Sitzung ausschließen. Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats – bzw. im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates – der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Absatz 3 Satz 3 SGB IV).

Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

(9) Der Verwaltungsrat kann seine Sitzungen mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung (Videokonferenz) als hybride oder als vollständig digitale Sitzungen durchführen (§ 64a SGB IV).

1. Hybride Sitzungen (§ 64a Absatz 1 SGB IV) sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen sowie bei Vorstandswahlen. Die digitale Teilnahme an hybriden Sitzungen setzt voraus, dass dem Mitglied die persönliche Anwesenheit in der Präsenzsitzung erschwert oder unmöglich ist (z. B. aufgrund von Krankheit, Urlaub, Dienstreise oder Kinderbetreuung). Die Anwesenheit der Sitzungsleitung im Sitzungssaal ist erforderlich.

2. Digitale Sitzungen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort (§ 64a Absatz 2 SGB IV) können in außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemische Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen) und in besonders eiligen Fällen stattfinden. Der Vorsitzende stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht.

3. Mitglieder, die per Videokonferenz an hybriden und digitalen Sitzungen teilnehmen, gelten als anwesend. Eine ausschließlich telefonische Zuschaltung einzelner Mitglieder ist nicht zulässig. Bei öffentlichen vollständig digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Abstimmungen und Wahlen in hybriden und digitalen Sitzungen sind möglich, der Leiter der Sitzung entscheidet, ob die Stimmabgabe per Handzeichen, durch Zuruf oder über ein ortsunabhängiges digitales System erfolgt.

Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 4 Vorstand gemäß § 35a SGB IV

(1) Der Vorstand der Pflegekasse ist der Vorstand der BKK.

(2) Der Vorstand verwaltet die Pflegekasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Pflegekasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

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

(3) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Pflegekasse.

(4) Das Personal der Pflegekasse ist das mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Pflegekasse beauftragte Personal der BKK; es unterstützt den Vorstand bei der Verwaltung der Pflegekasse.

§ 5 Widerspruchsausschuss gemäß § 36a Absatz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 36a Absatz 2 SGB IV

(1) Der Widerspruchsausschuss der Pflegekasse ist der Widerspruchsausschuss der BKK und nimmt die Aufgaben nach § 85 Absatz 2 SGG – Entscheidung über Widersprüche und Erlass von Widerspruchsbescheiden - wahr.

(2) Es gelten die den Widerspruchsausschuss der BKK betreffenden Satzungsbestimmungen aus § 4 der Satzung der BKK, in der jeweils geltenden Fassung, sinngemäß.

§ 6 Kreis der versicherten Personen gemäß §§ 20 bis 26a SGB V

(1) Versicherungspflicht

1. Mitglieder der Pflegekasse sind die Pflicht- und freiwilligen Mitglieder der BKK, sofern sie nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind.

2. Mitglieder sind außerdem die in § 21 SGB XI genannten Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, wenn sie

   a) nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die dessen entsprechende Anwendung vorsehen, Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben,

   b) Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,

   c) ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,

   d) laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem SGB VIII beziehen,

   e) krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,

   f) in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind,

   und die Mitgliedschaft nach § 48 Absatz 2 und Absatz 3 SGB XI gewählt haben oder die BKK mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist.

(2) Familienversicherung

Versichert sind der Ehegatte, der eingetragene Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern, sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, gemäß § 25 SGB XI. Kinder, deren Behinderung vor dem 1. Januar 1995 eingetreten ist, sind unter den Voraussetzungen des Artikels 40 PflegeVG versichert.

(3) Weiterversicherung

Personen, die aus der Versicherungspflicht oder aus der Familienversicherung ausgeschieden sind oder deren Familienversicherung nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 25 Absatz 3 SGB XI vorliegen, sowie Personen, die wegen Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus

der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich auf Grundlage von § 26 SGB XI weiterversichern.

(4) Beitrittsrecht

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

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

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

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

§ 8 Beiträge gemäß § 55 SGB XI

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

§ 8a Beitragssatz gemäß § 55 SGB XI

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.

§ 9 Leistungen gemäß SGB XI

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

§ 9a Auskunft über Leistungsdaten

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

§ 9b Leistungsausschluss gemäß § 33a SGB XI

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

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

§ 10 Bekanntmachungen gemäß §§ 34 Absatz 2 SGB IV

Die Bekanntmachungen der Pflegekasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der BKK und im Betrieb, außerdem - mit ihrem wesentlichen Inhalt - durch Bekanntgabe im „Bayerischen Staatsanzeiger“ und auf der eigenen Internetseite unter www.bkk-akzo.de.

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

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

Artikel II Inkrafttreten

(1) Der Verwaltungsrat der BKK Akzo Nobel Bayern hat diese Satzung am 12. Dezember 2023 beschlossen.

(2) Die Satzung tritt – vorbehaltlich der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde – am 1. Januar 2024 in Kraft.

(3) Gleichzeitig treten die Satzung vom 24. Juli 2015 sowie die dazugehörigen Nachträge

Nr. 1 vom 28. Juli 2016
Nr. 2 vom 16. Dezember 2020

außer Kraft.

63906 Erlenbach am Main, 12. Dezember 2023

_____

Georg Ballmann
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Siegel/Stempel

Die Satzung ist genehmigt mit Bescheid OVA Nordbayern am 11.01.2024.

BKK Akzo Nobel Bayern
Glanzstoffstraße 1
63906 Erlenbach

BKK Akzo Nobel Bayern
Pfaffengasse 16
63739 Aschaffenburg

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

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

AKZO NOBEL
BAYERN