

Satzung der Krankenkasse



Übersicht zur Satzung

Artikel I	3
Inhalt der Satzung	3
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	3
§ 2 Verwaltungsrat	4
§ 2a Versichertenälteste / Vertrauenspersonen	6
§ 3 Vorstand	7
§ 4 Widerspruchsausschuss	8
§ 5 Kreis der versicherten Personen	9
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	13
§ 7 Aufbringung der Mittel	14
§ 8 Beitragsbemessung	15
§ 8a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	16
§ 9 Fälligkeit der Beiträge	17
§ 10 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)	18
§ 11 - nicht belegt -	19
§ 12 Höhe der Rücklage	20
§ 13 Leistungen	21
§ 13a Primärprävention	32
§ 13b Schutzimpfungen	33
§ 13c Leistungsausschluss	34
§ 13d Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen	35
§ 14 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen	36
§ 15 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	37
§ 15a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	40
§ 15b Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	44
§ 16 Wahltarife	45
§ 16a Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	46
§ 16b Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	47
§ 16c Wahltarif Krankentagegeld	48
§ 16d Wahltarif besondere Versorgung	55
§ 16e Wahltarif Selbstbehalt (sonstige Leistungen)	56
§ 17 Kooperation mit der PKV	59
§ 18 Aufsicht	60
§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband	61
§ 20 Bekanntmachungen	62
Anlage zu § 1 der Satzung	64
Anlage zu § 2 der Satzung	71
Anlage 3 zu § 10 der Satzung	74
Anlage 4 zu § 15 (1) der Satzung	76

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 *Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse*

- (1) Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen BKK Verkehrsbau Union (BKK-VBU).

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Berlin.

- (2) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf alle in der Anlage 1 zu dieser Satzung aufgeführten Betriebe der genannten Gesellschaften und deren Betriebsstätten.

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 *Verwaltungsrat*

- (1)
1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.
 4. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt jährlich zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter zum Jahrestag der konstituierenden Sitzung.

- (2) Der Verwaltungsrat besteht aus 11 Vertretern der Versicherten und 11 Vertretern der Arbeitgeber.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

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

10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.

Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

- (4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (5a) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- (6) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatzbarer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- (7) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- (8) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

Eine 2/3-Mehrheit der Gruppe der Versichertenvertreter und der Gruppe der Arbeitgebervertreter in getrennter Abstimmung bedürfen Beschlüsse über Anträge, a) den Vorstand zu wählen b) zu Änderungen des § 2 der Satzung.

- (9) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen.

Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 2a *Versichertenälteste / Vertrauenspersonen*

- (1) Für die BKK-VBU werden vom Verwaltungsrat Versichertenälteste sowie deren persönliche Stellvertreter gewählt. Ein Mitglied, das an der Wahrnehmung seiner Aufgaben vorübergehend verhindert ist, wird durch seinen persönlichen Stellvertreter vertreten.
- (2) Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeiten ehrenamtlich aus.
- (3) Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen. Hierzu gehört die Weiterleitung von Informationen der BKK-VBU an die Versicherten, die Unterstützung des Versicherten bei Leistungsanträgen und die Unterstützung der Betriebskrankenkasse bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

§ 3 Vorstand

- (1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.
- (2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3) Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung mit einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
 6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- (4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
 - (5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 4 *Widerspruchsausschuss*

- (1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Berlin.
- (2)
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich aus jeweils 3 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse zusammen.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
 8. Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt, bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (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 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 OWiG wahr.

§ 5 *Kreis der versicherten Personen*

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der BKK-VBU versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
 - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5

der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbstständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,

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

(2) Freiwillige Mitglieder

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

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen, wenn sie beim Beitritt noch nicht 50 Jahre alt sind,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
6. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs

bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

Die in Absatz (1) und (2) genannten Personen können die BKK-VBU 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 bestanden hat oder
3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der BKK-VBU versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der BKK-VBU versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die BKK-VBU besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden sind.

(3) 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*

- (1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- (2) Abweichend von Absatz (1) Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz (1) Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

§ 7 *Aufbringung der Mittel*

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

§ 8 *Beitragsbemessung*

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 entrichtende Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

§ 8a *Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz*

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

§ 9 *Fälligkeit der Beiträge*

Ab dem 01.01.2009 erfolgt nach § 23 SGB IV eine bundesweit einheitliche Festlegung der Beitragsbemessungsgrundsätze freiwilliger Mitglieder sowie der Grundsätze zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge durch den Spitzenverband Bund.

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

§ 10 *Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)*

Das Ausgleichsverfahren der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft nach dem AAG richtet sich nach den näheren Bestimmungen der Anlage zu § 10 der Satzung.

§ 11 - nicht belegt -

§ 12 *Höhe der Rücklage*

Die Rücklage beträgt 50 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 13 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK-VBU erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung einer Krankheit
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

(2) Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt.

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

(3) Haushaltshilfe

1. Die BKK-VBU gewährt auch dann Haushaltshilfe,
 - a. wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt.
 - b. wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt

nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe ist auf 14 Einsatztage je Erkrankung begrenzt und darf einen Zeitraum von 3 Wochen nicht überschreiten. Eine erneute Inanspruchnahme ist frühestens nach Ablauf von 4 Wochen, ausgehend vom letzten Einsatztag, möglich. Dabei darf die Höchstdauer von insgesamt 28 Einsatztagen im Kalenderjahr nicht überschritten werden.

- c. Die Haushaltshilfe nach § 13 (3) Nr. 1a und § 13 (3) Nr. 1b wird für maximal 2 Stunden je Einsatztag gewährt.
 2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, davon abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
 3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.
- (4) Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit
1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.
 2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
 3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.
- (5) Kostenerstattung
1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK-VBU vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Dies gilt nicht für die Kostenerstattung von Arzneimitteln im Einzelfall gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK-VBU in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

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

3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 2 Wochen zum Quartalsende schriftlich kündigen.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen (und, soweit vorhanden, durch die ärztliche Verordnung) nachzuweisen.

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

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 40,00 Euro für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 3,00 Euro und maximal 50,00 Euro für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen

Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

(6) Kostenerstattung von Arzneimitteln im Einzelfall

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. 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 4 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

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

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

3. § 13 Absatz (5) Nr. 4, 5, und 6 gelten.

(7) Versiegelung von Glatflächen bei Kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband

1. Die BKK-VBU gewährt Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 100,00 Euro zur

Versiegelung der Glattflächen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung mit Multiband.

2. Zur Erstattung ist eine spezifizierete Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers einzureichen.

(8) Retainer

1. Die BKK·VBU beteiligt sich zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer in Anspruch genommenen kieferorthopädischen Behandlung, soweit diesbezüglich eine Leistungspflicht der BKK·VBU besteht und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde, als Alternative zu herausnehmbaren Retentionsapparaturen nach den folgenden Absätzen über die Regelversorgung hinaus an den Kosten eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers (Retainer). Ebenfalls leistet sie einen Zuschuss für anfallende Reparaturleistungen während einer gemäß § 28 Absatz 2 Satz 6 und 7 SGB V laufenden kieferorthopädischen Behandlung.
2. Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten des Retainers ist dessen Einsetzen durch einen zugelassenen oder einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Kostenbeteiligung erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, umfasst insgesamt jedoch maximal 150,00 Euro.
3. Der Zuschuss für anfallende Reparaturkosten beträgt insgesamt maximal 50,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
4. Für anfallende Reparaturleistungen nach einer erfolgreich abgeschlossenen kieferorthopädischen Behandlung gewährt die BKK·VBU keinen Zuschuss. Gleiches gilt für Reparaturleistungen nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses bei der BKK·VBU.
5. Die Kostenbeteiligung für den Retainer bzw. der Zuschuss für eine anfallende Reparaturleistung werden unter Vorlage der Originalrechnung nach erfolgreichem Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung mit der Erstattung der Eigenanteile geleistet. Die Originalrechnung muss neben der Bezeichnung des Leistungserbringers nach Nr. 2. den Namen des Versicherten, den Behandlungstag bzw. den Tag der Reparaturleistung, die detaillierte Leistungsbenennung, die Abrechnungsposition sowie die Kosten erkennen lassen.
6. Kostenbeteiligung und Zuschuss entfallen bei zusätzlicher vertraglicher Abrechnung von eingesetzten herausnehmbaren Retentionsapparaturen durch den behandelnden Leistungserbringer nach Nr. 2.

(9) Kostenübernahme künstliche Befruchtung

Zusätzlich zu dem Zuschuss nach § 27a Absatz 3 Satz 3 SGB V erhalten bei der BKK-VBU versicherte Ehegatten weitere 25 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, jedoch nicht mehr, als die ihnen tatsächlich entstandenen Kosten.

Die Kostenerstattung kann nur auf der Basis einer spezifizierten Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers erfolgen.

(10) Osteopathie

1. Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.
2. Die BKK-VBU beteiligt sich für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten an den Kosten der Leistung nach Absatz 1. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60,00 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie eine ärztliche Verordnung vorzulegen.

(11) Professionelle Zahnreinigung

1. Versicherte der BKK-VBU haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Absatz 2 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung durch einen Vertragszahnarzt, Vertragskieferorthopäden oder einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Altersgrenze gemäß § 28 Absatz 2 Satz 6, § 29 Absatz 4 SGB V i. V. m. Abschnitt B Nr. 4 Absatz 1 KFO-R gilt.
2. Der Zuschuss wird bis zu zweimal im Kalenderjahr in Höhe von jeweils maximal 30,00 Euro gewährt. Zur Erstattung des Zuschusses ist die Originalrechnung vorzulegen.

- (12) Ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer
1. Versicherte der BKK-VBU können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK-VBU mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
 2. Die BKK-VBU trifft - unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten - Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Ein Anspruch des Leistungserbringers auf Vertragsabschluss besteht nicht.
 3. Über Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen. Die BKK-VBU führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten.
 4. Soweit die vertraglichen Regelungen nicht dagegen stehen, gilt für die veranlassten Leistungen § 13 Abs. (5) entsprechend.
- (13) Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)
1. Die BKK-VBU erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
 - a. deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - b. die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf einem Privat Rezept erfolgte und
 - c. das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
 2. Die BKK-VBU erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Nr. 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100,00 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.
 3. Zur Erstattung sind der BKK-VBU die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

4. Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
 5. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.
- (14) Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie) für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörung
1. Die BKK-VBU erstattet für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie für versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (mit Entwicklungsstörung) zusätzlich zu den Kosten nach § 13 (13) Nr. 2 Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
 - a. deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - b. die Verordnung des Arzneimittels auf einem Privatrezept erfolgte und
 - c. das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
 2. Die BKK-VBU erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Nr. 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 50,00 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.
 3. Zur Erstattung sind der BKK-VBU die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.
 4. Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
 5. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.
- (15) Arzneimittel für Schwangere
1. Die BKK-VBU erstattet für schwangere Versicherte alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Folsäure und/oder Magnesium als Monopräparate oder Kombinationspräparate und für Mütter von der Geburt bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres ihres Kindes alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Jodid als Monopräparat, sofern

- a. die Verordnung des Arzneimittels auf Privatrezept erfolgte und
- b. das Arzneimittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde

in voller Höhe.

2. Zur Erstattung sind der BKK-VBU die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.
3. Von der Versorgung nach Absatz 1. sind Arzneimittel nicht umfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit Jodid, Eisen, Magnesium oder Folsäure ist ausgeschlossen.
4. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

(16) Rufbereitschaft Hebammen

1. Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die BKK-VBU 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.
2. Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 Euro einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der BKK-VBU die Originalrechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.
3. Der Anspruch auf Leistungen nach Nr. 2 besteht nicht, wenn die Schwangerschaft vor dem 1. Januar 2016 geendet hat.

(17) Nicht zugelassene Leistungserbringer – stationäre Behandlung

1. Die BKK-VBU übernimmt im Rahmen von § 11 Absatz 6 SGB V die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der Zahlung nach § 39 Absatz 4 SGB V unter folgenden Voraussetzungen:
 - a. mit dem Krankenhaus wurde eine Vereinbarung nach Nr. 4 getroffen, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet,

- b. es liegt Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V vor und sie wird vom Arzt bescheinigt,
 - c. der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - d. es handelt sich nicht um eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossene Behandlungsmethode,
 - e. der BKK-VBU wurde vor Behandlungsbeginn ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers vorgelegt,
 - f. die BKK-VBU hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
 3. Die Versicherten erhalten mit der Zustimmung eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK-VBU sowie die voraussichtliche Höhe des zu leistenden Eigenanteils.
 4. Die BKK-VBU schließt unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V mit nicht zugelassenen Krankenhäusern Vereinbarungen über die Erbringung stationärer Krankenhausbehandlung. Vertragspartner der Vereinbarungen können nur Krankenhäuser sein, deren Qualifikation mit denen der im 4. Kapitel des SGB V genannten Krankenhäusern vergleichbar ist und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.
 5. Die BKK-VBU führt ein Verzeichnis der Krankenhäuser, für die Vereinbarungen nach Nr. 4 getroffen worden sind. Das Verzeichnis, welches Bestandteil der Satzung ist, enthält insbesondere Angaben zu den Leistungsinhalten sowie zu Eigenbeteiligungen der Versicherten. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Kasse stellt ihnen auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

(18) Sportmedizinische Beratung und Untersuchung

1. Die Versicherten der BKK-VBU können auf der Basis von § 23 SGB V eine sportmedizinische Beratung und sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung(en) in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Einschätzung und Bescheinigung im Einzelfall dazu geeignet sind, kardiale oder orthopädische Krankheiten zu verhüten, frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Bei Vorliegen ärztlich bescheinigter Risiken können im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung, eine Laktatleistungsdiagnostik und eine Spiroergometrie in Anspruch genommen werden, soweit diese nach ärztlicher Einschätzung erforderlich sind. Derartige Risikofaktoren sind:
 - a) erhöhtes Körpergewicht
 - b) erhöhter Blutdruck
 - c) kardiovaskuläre Erkrankungen

- d) Atemwegserkrankungen
 - e) Skelettvorerkrankungen, z. B. Skoliose
 - f) Diabetes
 - g) Rauchen
 - h) Alkoholmissbrauch
2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von einem mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ zugelassenen Vertragsarzt, von einer sportmedizinischen Einrichtung eines Universitätsklinikums oder von einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ erbracht wird.
 3. Die BKK-VBU erstattet 90 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 80 EUR je Untersuchung. Werden die unter Nr. 1 Satz 2 aufgeführten Untersuchungen in Anspruch genommen, werden insgesamt nicht mehr als 150 EUR erstattet. Zur Erstattung sind spezifizierte Originalrechnungen und die ärztliche(n) Bescheinigung(en) nach Nr. 1 vorzulegen.
 4. Eine erneute Erstattung für die Inanspruchnahme einer sportmedizinischen Beratung und die sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ist möglich, wenn seit der letzten Inanspruchnahme der Leistung mindestens zwei Jahre vergangen sind.

§ 13a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK-VBU auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens "Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung" Leistungen zur primären Prävention nach dem

- Setting-Ansatz
- individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung

Suchtmittelkonsum:

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

Leistungen, die von der BKK-VBU selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 400,00 Euro je Kalenderjahr gewährt. Bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhöht sich dieser Zuschuss auf 90 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 500,00 Euro.

Der Zuschuss für Versicherte bis zum vollendetem 18. Lebensjahr beträgt 100 v. H., max. 400,00 Euro je Kalenderjahr, bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 62 SGB V max. 500,00 Euro.

§ 13b Schutzimpfungen

Die BKK-VBU übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20 i Absatz 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Arbeitgeber) für folgende Impfungen:

Die BKK-VBU übernimmt Schutzimpfungen, wenn diese Schutzimpfungen ärztlich empfohlen sind.

Grippeschutzimpfungen, die regional von anderen Krankenkassen in deren Bereich durchgeführt werden, werden von der BKK-VBU auch übernommen, wenn für die BKK-VBU keine vertraglichen Regelungen bestehen. Ausgeschlossen sind Mitglieder, die von der Möglichkeit der betrieblichen Schutzimpfungen keinen Gebrauch gemacht haben.

Die BKK-VBU übernimmt auch folgende Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos bei Aufenthalt in einem Risikogebiet aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind. Hierzu gehören Impfungen gegen:

- Cholera
- FSME
- Gelbfieber
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Japanische Enzephalitis
- Meningokokken-Meningitis
- Poliomyelitis
- Tollwut
- Typhus

§ 13c *Leistungsausschluss*

- (1) 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) Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der BKK-VBU 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-VBU darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der BKK-VBU insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die BKK-VBU kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 13d Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen

Die BKK-VBU unterstützt die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versichertenleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 SGB X auf die BKK-VBU übergehen. (Auf Grundlage der Bewertung durch den zuständigen Fachbereich)

§ 14 *Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen*

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die BKK-VBU als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten und Kurtaxe kalendertäglich 16,00 Euro. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 Euro.

§ 15 *Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten*

(1) Bonusprogramm „Gesund leben zahlt sich aus“

1. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie folgende Punkte innerhalb eines Jahres nachweisen:
 - a. der Versicherte nimmt ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Absatz 1 SGB V teil,
 - b. der Versicherte nimmt entsprechend der Altersgrenzen jährlich an einer gem. § 25 Absatz 2 SGB V i.V.m. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil,
 - c. mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Absatz 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch,
 - d. der Versicherte lässt sich ab Vollendung des 18. Lebensjahrs mindestens einmal im Kalenderjahr zahnärztlich untersuchen. Bei Versicherten, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, ist die Untersuchung gem. § 22 Absatz 1 SGB V einmal im Kalenderhalbjahr durchzuführen,
 - e. der Versicherte nimmt an allen Schutzimpfungen gemäß § 20i SGB V teil,
 - f. der Versicherte erbringt den Nachweis mindestens 3 weiterer Maßnahmen:
 - aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein
 - aktive Mitgliedschaft in einem zertifizierten Fitnessclub
 - Ablegen eines Sportabzeichens (Deutsches Sportabzeichen oder Schwimmbadabzeichen)
 - Teilnahme an allen vorgesehenen Schwangerschaftsuntersuchungen
 - Teilnahme an einem Präventionskurs nach § 20 SGB V
 - BMI liegt im Normbereich
 - seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher (einmalige Berücksichtigung)

2. Die Höhe des Bonus setzt sich wie folgt zusammen:
 - a. Erfüllt der Versicherte die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1a bis 1e, kann er zwischen 2 Bonusvarianten entscheiden:

Bonusvariante 1:

Einmal jährlich 70,00 Euro je Versicherten als fester Betrag.

Bonusvariante 2:

Einmal jährlich bis zu 100,00 Euro Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten für die Inanspruchnahme der im Katalog der BKK-VBU genannten Leistungen. Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr ist nicht möglich.

Die BKK-VBU führt einen Katalog (Anlage 4), in dem die jeweiligen Leistungen und Produkte aufgezählt werden, für die eine Kostenbeteiligung gewährt wird.
 - b. Einmal jährlich 30,00 Euro je Versicherten, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1f erfüllt sind.
3. Für das Mitglied und die durch ihn bei der BKK-VBU versicherten Familienangehörigen beträgt der Bonus bei der Bonusvariante 1 insgesamt 250,00 Euro pro Jahr.

Der Bonus erhöht sich auf insgesamt 280,00 Euro, wenn einer der anspruchsberechtigten Versicherten die Bonusvariante 2 unter Absatz 1 Nr. 2a wählt.
4. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im BKK-VBU Bonusblatt quittiert.
5. Zum Zeitpunkt des Einlösen des Bonus muss eine ungekündigte Versicherung bei der BKK-VBU bestehen.
6. Der Bonus kann erst nach einer Versicherungszeit von mindestens 3 Monaten geltend gemacht werden. Ist die BKK-VBU Rechtsnachfolgerin einer anderen Krankenkasse, muss zwischen der Auszahlung des Bonus nach § 65a SGB V der bisherigen Krankenkasse und dem Bonus nach Absatz 1 mindestens ein Zeitraum von 12 Monaten liegen.

- (2) Bonusprogramm „Babybonus“
1. Kinder erhalten einen Bonus, wenn ein Elternteil sowie das Kind zum Erreichen der Voraussetzungen und der Einlösung des Bonus bei der BKK-VBU ungekündigt versichert sind und folgende Voraussetzungen erfüllt wurden:
 - a Inanspruchnahme aller im ersten Lebensjahr vorgesehenen Schutzimpfungen,
 - b Nachweis aller durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U6,
 - c Nachweis der Mutter über Teilnahme an allen Schwangerschaftsvorsorgeterminen nach der Mutterschafts-Richtlinie.
 2. Der Bonus beträgt 190,00 Euro.
 3. Die Erfüllung der Voraussetzungen werden vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im BKK-VBU Kinderbonusheft quittiert.
 1. Durch die Bestätigung der Durchführung der unter Absatz 2 Nr. 1 aufgeführten Untersuchungen gelten diese als erfüllt und können nicht zusätzlich beim Bonusprogramm „Gesund Leben zahlt sich aus“ nach Absatz 1 eingereicht werden.
 2. Der Babybonus ist bis zur Vollendung des 14. Lebensmonats zu beantragen.

§ 15a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Großunternehmen ab 250 Arbeitnehmer (nach EU-Richtlinien)

Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen nach dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die BKK-VBU wird dazu mit ausgewählten Betrieben einen Vertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis entsprechender Bedingungen knüpft.

1. Ein Bonus wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber Folgendes nachweist:
 - Es besteht seit mindestens 2 Jahren ein Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb unter Beteiligung der BKK-VBU.
 - Es existiert eine Betriebsvereinbarung zur BGF.
 - BGF ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes.
 - Das Unternehmen hat sich öffentlich zu den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration zur BGF bekannt.
 - BGF ist ausdrücklicher Bestandteil der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen des Unternehmens.
 - Das Unternehmen stellt eigens finanzielle und/oder personelle Ressourcen für BGF-Maßnahmen zur Verfügung.
2. Der Bonus aus Punkt 1. erhöht sich, wenn der Arbeitgeber zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:
 - Das Unternehmen erstellt mindestens alle 2 Jahre einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung der BKK-VBU.
 - Das Unternehmen erhebt mindestens alle zwei Jahre gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeiterbefragung.
 - Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden:
 - Gesundheitszirkel
 - Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess
 - Mitarbeitergespräche, Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche
 - Betriebliches Vorschlagswesen
3. Der Bonus aus Punkt 1. und 2. erhöht sich weiterhin, wenn der Arbeitgeber zusätzlich folgende gesundheitsförderlichen Aktivitäten nachweist:

Im Unternehmen werden BGF-Maßnahmen angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen (mindestens 4 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):

- Ermöglichung von mitarbeiterbezogenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung i. S. d. gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kritiken der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Absatz 1 und 2 SGB V
- Angebot kostenloser Gesundheitssport-Angebote im Rahmen des Betriebssports
- Vorhalten von Gymnastik- und/oder Ruheräumen
- Gewährung zusätzlicher bezahlter Kurzpausen
- wirksame Nichtraucherschutzregelung
- Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
- Teilnahme am Audit „Familie & Beruf“
- Angebote zur betrieblichen Suchtprävention
- Gender- und lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte (z.B. für ältere Mitarbeiter, Azubis):
 - Alle Mitarbeiter erhalten die Gelegenheit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen.
 - Alle Mitarbeiter sind durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich BGF informiert.
 - Für mindestens 6 Monate konstant bleibende Steigerung der Beteiligung an gesundheitsförderlichen Aktionen, z.B. Lauftreffs.

Der Bonus ist zweckgebunden, d.h. er muss in Maßnahmen der BGF investiert werden. Jede Bonusstufe ist nur einmalig für das Gesamtunternehmen oder einzelne Unternehmensbereiche zu erzielen. Die Höhe des Bonus darf die Gesamtaufwendungen für BGF nicht übersteigen und ist begrenzt auf einen Monatsbeitrag. Das Nähere regelt der Vertrag mit dem Unternehmen.

(2) Kleine und mittelständische Unternehmen bis 250 Arbeitnehmer (nach EU Richtlinien)

Die BKK-VBU schließt mit ausgewählten Betrieben Verträge zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Verträge können die Gewährung eines Bonus vorsehen. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen nach dem Arbeitsschutzgesetz sind.

1. Ein Bonus wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Firmenkunde Folgendes mit der BKK·VBU vertraglich vereinbart:
 - Das Unternehmen erhebt gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeiterbefragung.
 - Es wird eine Arbeitsplatzanalyse und individuelle Mitarbeitergespräche durchgeführt.
 - Mitarbeiter werden informiert und bestärkt, individuelle Präventionskurse zu besuchen. Die Kurse werden von der BKK·VBU im Unternehmen angeboten, bzw. wenn das Unternehmen zu klein ist, werden Angebote in der Nähe des Versicherten aufgezeigt.
2. Der Bonus aus Punkt 1. erhöht sich, wenn der Firmenkunde zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:
 - Das Unternehmen wiederholt mindestens alle 2 Jahre die oben beschriebenen Maßnahmen.
 - Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden:
 - Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess oder
 - Mitarbeitergespräche, Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche oder
 - Betriebliches Vorschlagswesen
3. Der Bonus aus Punkt 1. und 2. erhöht sich, wenn der Firmenkunde zusätzlich folgende gesundheitsförderlichen Aktivitäten nachweist:

Im Unternehmen werden Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen (mindestens 2 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):

- Vorhalten von Gymnastik- und/oder Ruheräumen
- Gewährung zusätzlicher bezahlter Kurzpausen
- Wirksame Nichtraucherchutzregelung

- Ermöglichung von mitarbeiterbezogenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung i.S.d. gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kritiken der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Absatz 1 und 2 SGB V

- Angebot kostenloser Gesundheitssport-Angebote im Rahmen des Betriebssports

- Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
- Teilnahme an themenbezogenen Audits
- Angebote zur betrieblichen Suchtprävention
- lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte (z.B. für ältere Mitarbeiter, Azubis, etc.):
 - Alle Mitarbeiter erhalten die Gelegenheit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen.
 - Alle Mitarbeiter sind durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich BGF informiert.
 - Für mindestens 6 Monate konstant bleibende Steigerung der Beteiligung an gesundheitsförderlichen Aktionen, z.B. Lauftreffs.

Das Unternehmen erhält einen zweckgebundenen Bonus, wenn es einen Vertrag mit der BKK-VBU geschlossen hat. Der Bonus muss in Maßnahmen der BGF investiert werden.

Jede Bonusstufe ist nur einmalig für das Gesamtunternehmen oder einzelne Unternehmensbereiche zu erzielen. Die Höhe des gesamten Bonus darf die Aufwendungen für BGF nicht übersteigen und ist begrenzt auf einen Monatsbeitrag innerhalb eines Jahres.

§ 15b Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Jahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Abs. 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers in einem der folgenden Handlungsfelder teilnehmen:
1. Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
 2. Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
 3. Suchtprävention im Betrieb
 4. Stressbewältigung und Ressourcenstärkung.
- (2) Dem Versicherten wird ein Bonus in Höhe von 50,00 Euro ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Jahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die Teilnahme an einer Maßnahme nach Absatz (1) nachgewiesen wurde. Zum Zeitpunkt des EinlöSENS des Bonus muss eine ungekündigte Versicherung bei der BKK-VBU bestehen.

§ 15c *Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V*

- (1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK·VBU ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- (2) Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der BKK·VBU für die Versicherten tätig wird.
- (3) Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Abs. (2). Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK·VBU.
- (4) Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 16 *Wahltarife*

§ 16a *Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme*

(1) Die BKK VBU führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

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

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

§ 16b *Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung*

- (1) Die BKK-VBU 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 der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über:
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 16c *Wahltarif Krankentagegeld*

Allgemeines

- (1) Die BKK-VBU bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen. Mitglieder, die am Tag der Teilnahmeerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente (oder die Regelaltersgrenze) erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
- in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 - unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens zwölf Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

Anspruch

- (2) Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK-VBU bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i. V. m. der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- (3) Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld
1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifgruppe KGS), (Karenzzeit),

2. bei Mitgliedern, die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifgruppe *KGK*), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz 13 festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld; in diesem Falle kann die Wahl rückgängig gemacht werden. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit. Für Mitglieder, die nach Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Absatz 13), besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif sich nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt.
- (4) Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK-VBU nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK-VBU kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- (5) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.
- (6) Der Anspruch auf Krankentagegeld endet:
 1. mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 2. mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
 3. mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
 4. mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz 14 oder 15
 5. mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK-VBU,

6. mit dem Erreichen des Renteneintrittsalters für eine Regelaltersrente (oder dem Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 235 SGB VI, wenn das Mitglied nicht
 - in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert war oder
 - unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.

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

Höhe

- (7) Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Versicherten
 1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 1.929,00 Euro 45,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifgruppe KGS 1 und KGK 1),
 2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 2.786,00 Euro 65,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifgruppe KGS 2 und KGK 2),
 3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 3.643,00 Euro 85,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifgruppe KGS 3 und KGK 3).

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der BKK-VBU. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt eine Umgruppierung nach Absatz 17.

- (8) Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK-VBU sein Arbeitsentgelt/ Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z. B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der BKK-VBU unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/ Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen

im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

- (9) Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 4 durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

Dauer

- (10) Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit (aufgrund derselben Erkrankung) für längstens 52 Wochen innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem 3-Jahres-Zeitraum spätestens mit Ablauf der 52. Woche. Sofern im letzten 3-Jahres-Zeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahres-Zeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen 16 oder 17 unbeachtlich.

Ruhen

- (11) Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.

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

Wahl/Beginn/Laufzeit

- (13) Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK-VBU folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der BKK-VBU gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

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

Kündigung

- (14) Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der BKK-VBU. Abweichend von § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der BKK-VBU vorbehaltlich Absatz 15 frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- (15) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

- (16) Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, jedoch nicht innerhalb des ersten Jahres der Laufzeit des Tarifs und auch dann nicht, wenn zum Zeitpunkt der Wahl Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist – vorbehaltlich Absatz 17 – höchstens einmal innerhalb der 3-jährigen Laufzeit möglich. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK-VBU folgenden Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende Tarifgruppe keine Wartezeit. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz 17 werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.
- (17) Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen nach Absatz 8 die in Absatz 7 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der BKK-VBU über das Unterschreiten folgt; erfolgt die Feststellung während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit, gilt die neue Tarifgruppe ab Beginn des Kalendermonats, der auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 3 besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

- (18) Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz 3 und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz 7 ergeben sich die Tarifgruppen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifgruppen

Tarifgruppe	Euro
KGS 1	68,85 €
KGS 2	99,45 €
KGS 3	130,05 €
KGK 1	100,80 €
KGK 2	145,60 €
KGK 3	190,40 €

- (19) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife in einem Monatsbeitrag an die BKK-VBU zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich ausschließlich per Lastschriftinzugsverfahren. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen.

Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen 16 oder 17 ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.

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

- (20) Die Prämie ist auch für die Dauer des Bezuges von Krankengeld (nach §§ 44 ff. SGBV als auch nach diesem Wahltarif) und sonstigen Entgeltersatzleistungen zu zahlen.
- (21) Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
- (22) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.
- (23) Die BKK-VBU darf fällige Prämien gemäß § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 16d *Wahltarif besondere Versorgung*

- (1) Die BKK-VBU bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über:
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 16e *Wahltarif Selbstbehalt (sonstige Leistungen)*

Allgemeines

- (1) Die BKK-VBU bietet ihren Mitgliedern, die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen diesen Wahltarif mit Prämienzahlung bei Leistungsverzicht nach § 53 Abs. 1 SGB V an.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen.

Gegenstand

- (2) Wählen die Mitglieder diesen Tarif, übernehmen sie für einzelne Leistungen pro Tarifjahr einen Teil der von der BKK-VBU zu tragenden Kosten in Höhe von 400,00 Euro (Selbstbehalt). Hierbei werden folgende Leistungen für das Mitglied dem Selbstbehalt von 400,00 Euro unterstellt, soweit es sich nicht um Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft im Sinne des SGB V handelt:
- Fahrkosten nach § 60 Abs. 3 Nr. 1, 2 und 4 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
 - Vorsorgekuren nach §§ 23 Abs. 2, 24 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
 - Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
 - Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (§ 13 Abs. 3 der Satzung)
 - Heilmittel nach § 32 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
 - Hilfsmittel nach § 33 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
 - Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V (§ 13a der Satzung)
 - Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
 - Bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung nach § 31 Abs. 5 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
 - Medizinprodukte nach § 3 Abs. 1 und 2 MPG; § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
 - Festzuschuss bei Zahnersatz nach § 55 SGB V (§ 13 Abs. 1 der Satzung)
- (3) Soweit vom Mitglied oben genannte Leistungen in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der der BKK-VBU tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

Höhe/Zahlung

- (4) Innerhalb der Laufzeit dieses Wahltarifs erstattet die BKK-VBU dem Mitglied einen Teil seiner gesetzlich gezahlten Beiträge als Prämie. Die Höhe der auszahlenden Prämie beträgt 200,00 Euro pro Tarifjahr.

- (5) Die Zahlung erfolgt spätestens 6 Monate nach Ablauf eines Tarifjahres in Höhe der sich unter Berücksichtigung der Absätze (3), (4) und (7) ergebenden Prämie.
- (6) Zur Deckung des vom Mitglied zu tragenden Selbstbehaltes erteilt das Mitglied der BKK-VBU eine Bankeinzugsermächtigung. Die Berechtigung zum Bankeinzug ist auf den Differenzbetrag zwischen Prämie und Selbstbehalt (max. 200,00 Euro) begrenzt.
- (7) Die Prämienzahlung für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600,00 Euro bei einem und 900,00 Euro bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten. Angerechnet werden alle Prämienzahlungen die von der BKK-VBU innerhalb eines Tarifjahres dieses Wahltarifs, aus anderen Wahltarifen an das Mitglied gezahlt werden.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- (8) Der Beitritt zu diesem Tarif ist gegenüber der BKK-VBU schriftlich zu erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK-VBU folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der BKK-VBU gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Laufzeit des Tarifs beträgt 3 Jahre. Der Beitritt zum Wahltarif wird dem Mitglied seitens der BKK-VBU schriftlich bestätigt.

Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden.

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3-jährige Laufzeit aus, die sich an das Ende der vorherigen Laufzeit anschließt.

Das erste Tarifjahr innerhalb des Tarifs beginnt mit dem Datum des Wahltarifbeginns und dauert 12 Monate. Alle folgenden Tarifjahre beginnen und enden jeweils zu diesem Zeitpunkt.

Freiwilligen Versicherten wird die Wahl des Selbstbehalttarifes versagt, wenn die Voraussetzungen des § 16 Abs. 3a SGB V (der Versicherte ist mit Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand) erfüllt sind. Das gleiche gilt bei Versicherten, die mit der BKK-VBU eine Ratenzahlung vereinbart haben.

Ruhen

- (9) Die Ausschüttung der Prämie aus diesem Tarif an das Mitglied ruht, wenn freiwillig Versicherte während der Tariflaufzeit die Voraussetzungen des § 16 Abs. 3a SGB V (der Versicherte ist mit Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand) erfüllt sind und für Versicherte, die mit der BKK-VBU während der Tariflaufzeit eine Ratenzahlung vereinbaren. Die Prämienausschüttung lebt erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.

Kündigung/Beendigung

- (10) Die Kündigung des Tarifs muss in Form einer schriftlichen Erklärung spätestens 3 Monate vor dem Ende der 3-jährigen Laufzeit bei der BKK-VBU eingegangen sein. Abweichend von § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der BKK-VBU vorbehaltlich Absatz (12) frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Laufzeit gekündigt werden. § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V in Verbindung mit § 6 Absatz (2) der Satzung der BKK-VBU gilt entsprechend.
- (11) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses wirksam. In gleicher Weise kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen erfolgen
- (12) Dieser Wahltarif endet darüber hinaus
1. wenn das Mitglied nach Ablauf der 3-jährigen Laufzeit seine Mitgliedschaft bei der BKK-VBU nach § 175 Abs. 4 SGB V kündigt,
 2. wenn nach der Wahl des Selbstbehalttarifes die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten übernommen werden, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden,
 3. durch Tod.

§ 17 *Kooperation mit der PKV*

Die BKK-VBU kann ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln.

§ 18 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK-VBU führt das Bundesversicherungsamt.



§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die BKK-VBU gehört dem Landesverband Mitte der Betriebskrankenkassen als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 20 Bekanntmachungen

- (1) Die Bekanntmachungen der BKK·VBU erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.meine-krankenkasse.de, nachrichtlich durch zweiwöchigen Aushang in den Räumen der BKK·VBU und in der Mitgliederzeitschrift.

Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

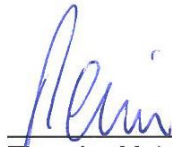
- (2) Die BKK·VBU veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie im Internet unter www.meine-krankenkasse.de zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für den Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden die Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK·VBU veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den ServiceCentern der BKK·VBU aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen und Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

Die Verwaltungsräte haben diese Satzung am 20.06.2016 (BKK-VBU) und am 24.06.2016 (Vereinigte BKK) beschlossen. Die Satzung tritt am 01.01.2017 in Kraft.

Berlin, den 20.06.2016



Theodor Meine
Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Arbeitgebervertreter BKK-VBU)



Anja Christen
altern. Vorsitzende des Verwaltungsrates
(Versichertenvertreterin BKK-VBU)



Frankfurt, den 24.06.2016



Alexis Lamaye
Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Arbeitgebervertreter Vereinigte BKK)



Harmut Franz
altern. Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Versichertenvertreter Vereinigte BKK)



Anlage zu § 1 der Satzung

Unternehmen und Betriebsstätten nach § 1 Abs. (2)

1. Verkehrsbau Union GmbH, Berlin
mit Niederlassungen in Berlin, Blankenburg, Brandenburg, Chemnitz, Coswig, Dresden, Hamburg, Korbußen, Leipzig, Lindow, Magdeburg, Michendorf, Oberthau, Rötha, Rostock, Schmölln, Schönerlinde, Suhl, Trebbin, Wittstock, Ziesar
2. EUROVIA Verkehrsbau Union GmbH, Berlin
3. Bauunternehmung E. Heitkamp GmbH, Herne
mit Niederlassungen in Herne, Berlin, Chemnitz, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Erfurt, Frankfurt/Main, Frankfurt/Oder, Hagen, Halle, Hamburg, Hannover, Köln, Leipzig, Lübeck, Magdeburg, München, Potsdam, Rostock, Stuttgart
4. E. Heitkamp Baugesellschaft mbH & Co. KG, Herne
5. Allgemeiner Bau-Versicherungsdienst Versicherungs-Vermittlungen GmbH, Herne
6. Heitkamp – Systembau GmbH, Herne
7. Heitkamp Berg- und Bautechnik GmbH, Herne
8. Heitkamp Umwelttechnik GmbH, Bochum
9. Heitkamp Erd- und Straßenbau, Herne
10. Dresdner Druck- und Verlagshaus GmbH & Co. KG, sowie alle Betriebsstellen der Dresdner Druck- und Verlagshaus GmbH & Co. KG
11. Dow Olefinverbund GmbH in Schkopau, Leuna, Böhlen
12. Sulzer Weise Service GmbH in Bruchsal Niederlassung Schkopau,
13. Industriemontagen Merseburg GmbH in Merseburg mit den Festbaustellen in Schwedt, Wolfen, Schkopau, Leuna, Böhlen, Schwarzheide und der Betriebsstätte in Frankleben
14. Leipziger Verlags- und Druckereigesellschaft mbH & Co. KG und ihre Außenstellen in Altenburg, Berlin, Bonn, Borna, Delitzsch, Döbeln, Dresden, Eilenburg, Erfurt, Geithain, Grimma, Naumburg, Oschatz, Torgau, Wurzen
15. Isolierungen Leipzig GmbH mit den Betriebsstätten in Leipzig, Berlin, Cottbus, Dresden, Halle, Rostock, Flensburg, Lübeck, Eckernförde, Elms-

- horn, Quickborn, Lüneburg, Wiesbaden, Köln, Veltheim, Grünstadt, Wittlich, Bingen, Karlsruhe, Aichtal, Mahlberg, Murr, Donaueschingen, Grafenrheinfeld, Altenstadt, Helmstadt, Regenstauf, Hamburg, Bremen, Hamm und Bochum
16. die Betriebe der Nexans Deutschland GmbH in Hannover, Mönchengladbach, Neunburg, Nürnberg, mit den dazugehörigen Vertriebsbüros in Berlin, Hamburg, Hannover, Osnabrück, Essen, Frankfurt, Nürnberg, München, Oberzella
 17. die Dienststellen und Betriebe der Verwaltung der Stadt Herne, Herne
 18. den Betrieb der Deutsche Gamma GmbH, Krefeld
 19. der Betrieb der Gesellschaft für Elektrometallurgie mbH, Nürnberg
 20. Elektrowerk Weisweiler GmbH, Eschweiler
 21. den Betrieb der Heinr. Aug. Schoeller Söhne GmbH & Co. KG, Düren
 22. den Betrieb der Firma Grenzebach BSH GmbH, Bad Hersfeld
 23. den Betrieb der Balcke, Dürr GmbH; Ratingen, Standorte/ Werke: Beckum, Wenden, Stuttgart, Zeitz
 24. den Betrieb der Standard-Metallwerke GmbH, Werl
 25. den Betrieb der Firma Aker Wirth GmbH, Erkelenz
 26. den Betrieb der Firma hde Metallwerk GmbH, Menden
 27. die Betriebe der Firma W. Döllken & Co. GmbH, Gladbeck
 28. Firma Döllken Kunststoffverarbeitung GmbH, Gladbeck
 29. Döllken-Profiltechnik GmbH, Dunningen
 30. den Betrieb der Firma Döllken-Weimar GmbH, Weimar
 31. den Betrieb der BOGESTRA AG in Bochum: Straßenbahn- und Stadtbahnbetrieb, Werkstätten Bauhof und Hauptverwaltung, Omnibus- Betrieb und Werkstätten
 32. den Betrieb der BOGESTRA AG in Gelsenkirchen: Straßenbahn- und Stadtbahnbetrieb und Werkstatt, Omnibusbetrieb und Werkstatt
 33. den Betrieb der BOGESTRA AG in Witten: Omnibus-Betrieb und Werkstatt
 34. den Betrieb der O-I GLASSPACK GmbH & Co KG, Düsseldorf

35. den Betrieb der Hauptverwaltung Gerresheimer Glas GmbH, 40470 Düsseldorf
36. Girmes International GmbH, Nettetal
37. TAG Composites & Carpets GmbH, Krefeld
38. den Betrieb der Duisburger Verkehrsgesellschaft AG, Duisburg
39. Nexans Deutschland GmbH, Hannover
40. Keymile GmbH, Hannover
41. AFL Telecommunications GmbH, Mönchengladbach
42. Alcatel Telecom Beteiligungsgesellschaft mbH, Stuttgart
43. Nexans Autoelectric GmbH, Floß
44. Auto-Kabel Rheindahlen GmbH & Co. KG, Mönchengladbach
45. BRUGG Rohrsysteme GmbH, Wunstorf
46. Büttner Gesellschaft für Trocknungs- und Umwelttechnik mbH, Krefeld
47. Deutsche Babcock Anlagen GmbH, Oberhausen
48. Dimension-Polyant GmbH, Krefeld, Kempen, Straelen
49. GfE Gießerei- und Stahlwerksbedarf GmbH, Düsseldorf
50. GfE Metalle und Materialien GmbH, Nürnberg
51. GfE Umwelttechnik GmbH, Nürnberg
52. H. Kufferath GmbH Prüf- und Vorrichtungstechnik, Mühlheim- Ruhr
53. Herner Sparkasse, Herne
54. KME metal GmbH, Osnabrück
55. Casino Rheydt am Kabelwerk Gaststättenbetrieb GmbH & Co KG, Mönchengladbach
56. Mathys Orthopädie GmbH, Mörsdorf
57. LACROIX + KRESS GmbH, Arolsen
58. Lange & Co. Versicherungsvermittlungs-GmbH, Krefeld

59. Mobil Electric GmbH, Floß
60. Radio Frequency Systems GmbH, Hannover
61. Stadtwerke Herne AG, Herne
62. Turbo-Lufttechnik GmbH, Bad Hersfeld, Bad Hersfeld
63. United Silk Mills GmbH, Krefeld, Willich
64. Verseidag-Indutex GmbH, Krefeld
65. Clear Edge Germany GmbH, Krefeld
66. Voss-Biermann, Lawaczeck GmbH & Co. KG, Krefeld
67. WABAG Wassertechnische Anlagen GmbH, Kulmbach
68. Alcatel-Lucent Deutschland AG, Stuttgart Standorte/ Werke, sämtliche Betriebsstätten in der Bundesrepublik Deutschland, darunter insbesondere Berlin, Bonn, Darmstadt, Düsseldorf, Hannover, München, Neu Isenburg, Nürnberg
69. Alcatel-Lucent Holding GmbH, Stuttgart
70. Alcatel-SEL Finanz Beteiligungs- und Anlagegesellschaft mbH, Stuttgart
71. HP AL Enterprise Services (Germany) GmbH, Stuttgart
72. Thales Air Systems & Electron Devices GmbH, Stuttgart
73. Nokia GmbH, Bochum Standorte/ Werke sämtliche Betriebsstätten in der Bundesrepublik Deutschland, darunter insbesondere Bochum, Düsseldorf, Ulm
74. Harman Becker Automotive Systems (Straubing Division) GmbH, Straubing
75. Aksys GmbH, Krumbach
76. p s i Esslingen GmbH, Esslingen
77. Würth Elektronik FLATcomp Systems GmbH & Co.KG, Pforzheim
78. GRAETZ Strahlungsmesstechnik GmbH, Altena
79. JCI-Regelungstechnik GmbH, Essen
 - 1.Werk Essen
 2. Geschäftsstellen Aachen, Berlin, Dresden, Erfurt, Friedrichsdorf, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Köln, Mannheim, München, Neu Isenburg, Nürnberg, Stuttgart

80. Johnson Controls Integrated Facility Management GmbH & Co. KG, Essen
81. Johnson Controls Integrated Facility Management Verwaltungs GmbH, Essen
82. MediaTec Gesellschaft für Kommunikationstechnik GmbH, Pforzheim
83. Claus + Sigrist GmbH, Pforzheim
84. Ursula Brunswick, Straubenhardt
85. Jochen Hofmann, Esslingen
86. Rays of Joy GmbH, Pforzheim
87. T & S Telekommunikations GmbH, Berlin
88. ebm-Papst Landshut GmbH, Landshut
89. Thales Defence & Security Systems GmbH, Stuttgart
90. Sanmina-SCI-Germany GmbH, Gunzenhausen
91. SSC Service und Support Kirchhoff GmbH, Dortmund
92. NextiraOne Deutschland GmbH, Teltow
93. RFMD Germany GmbH, Nürnberg
94. ETO Sensoric KG, Nürnberg
95. EBE Elektro-Bau-Elemente GmbH, Nürnberg
96. Dunkermotoren GmbH, Bonndorf
97. Thales Transportation Systems GmbH, Stuttgart; Standorte/Werke: Berlin und Arnstadt
98. MEDA Pharma GmbH & Co KG; Bad Homburg v. d. Höhe
99. Mannesmann DEMAG Krauss-Maffei AG, München und Duisburg
100. SMS Demag AG, Mönchengladbach, Würzburg/Veitshöchheim
101. Technip Germany GmbH, Düsseldorf, Frankfurt, München, Stuttgart
102. AUNDE Achter & Ebels GmbH, Mönchengladbach
103. CompAir Drucklufttechnik GmbH, Simmern, Essen und Stuttgart

104. Demag Ergotech GmbH, Nürnberg/Schwaig, Jünkerath und Wiehe
105. DK Recycling und Roheisen GmbH, Duisburg
106. Gardner Denver Wittig GmbH, Schopfheim, Köln und Hannover
107. HTAG Häfen und Transport AG, Duisburg, Gustavsburg, Mannheim, Karlsruhe, Berlin
108. K. Jos. Otten GmbH & Co. KG, Mönchengladbach
109. Komatsu Mining Germany GmbH, Bierbach, Düsseldorf und Leipzig
110. MAB Anlagenbau Germany GmbH, München
111. Manntech Fassadenbefahrssysteme GmbH, Olching
112. Mannesmann Demag Gottwald GmbH, Düsseldorf
113. Terex Demag GmbH, Zweibrücken
114. Mannesmann Dematic GmbH Mobilkrane, Wallerscheid
115. Technica GmbH, Würzburg/Veitshöchheim
116. Technische Anlagen- und Rohrleitungsbau GmbH, Augsburg und Tannheim
117. Siemens Krauss-Maffei Lokomotiven GmbH, München
118. GLS Gesellschaft für logistischen Service mbH, München
119. Krauss-Maffei Kunststofftechnik GmbH, München, Treuchtlingen, Gütersloh, Weilheim/Teck, Siegburg
120. Mannesmann Plastics Machinery AG, München
121. Krauss-Maffei Wegmann GmbH & Co. KG, München, Feldkirchen/NB, Hammelburg, Stadtallendorf, Kilsheim, Dornstadt, Fürstenau, Munster, Baumholder, Augustdorf
122. KraussMaffei AG, München
123. KraussMaffei Financial Services GmbH, München
124. KraussMaffei Technologies GmbH, München
125. Krauss-Maffei Dienstleistung GmbH, München

126. Siemens Linear Motor Systems GmbH & Co. KG, München
127. Westfalia Separator AG, Oelde, Niederahr, Stuttgart
128. Westfalia Landtechnik GmbH, Oelde, Herdecke
129. Mineraloilsystems GmbH, Oelde, Hamburg
130. Westfalia Landtechnik Deutschland GmbH, Oelde
131. Westfalia Separator Food Tec GmbH, Oelde
132. Westfalia Separator Industry GmbH, Oelde
133. Westfalia Separator Deutschland GmbH, Oelde
134. Westfalia Separator Umwelttechnik GmbH, Oelde
135. Advanced Centrifugal Equipment GmbH, Ennigerloh
136. Westfalia Separator Engineering GmbH, Oelde
137. Rheinkalk GmbH & Co. KG, Wülfrath, Wuppertal-Dornap, Hönnetal, Salzhemmendorf
138. ENTRELEC-FANAL GmbH, Wuppertal
139. Holcim (Deutschland) AG
140. Steinbeis Papier GmbH
141. Basell Polyolefine GmbH Wesseling (Standorte Frankfurt/M., Hürth-Knapsack, Münchsmünster)
142. Basell Deutschland GmbH Wesseling
143. TRV Thermische Rückstandsverwertung GmbH & Co. KG in Wesseling
144. Universum Inkasso GmbH, 60386 Frankfurt/ Main
145. Universum Business GmbH, 60386 Frankfurt/ Main
146. Universum Finance GmbH, 60386 Frankfurt/ Main
147. Happy Size Company, Versandhandels GmbH, 60386 Frankfurt/ Main

Anlage zu § 2 der Satzung

- (1) Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrats

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrats werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der Barauslagen nach dem Bundesreisekostengesetz (BRKG) in der jeweils gültigen Fassung

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Darüberhinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie unvermeidbar sind. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind vorab nach dem BRKG zu kürzen.

1.2 Fahrtkosten

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

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse/2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economyclass (Touristenklasse),
- c) für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 BRKG jeweils geltenden Sätze,
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

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

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

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 75,00 Euro.

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

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

5. Pauschbeträge für Ausschussvorsitzende und ihre Stellvertreter

Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.

(2) Besondere Entschädigungen für den/die Vorsitzende/n und den/die stellvertretende/n Vorsitzende/n des Verwaltungsrats

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Der/ die Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende erhält für die Wahrnehmung seiner/ ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 450,00 Euro.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

2. Auslagenersatz

Die dem/r Vorsitzenden und dem/r stellvertretenden Vorsitzenden für seine/ ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen, mit Ausnahme von Reisekosten, werden durch einen monatlichen Pauschbetrag ohne Nachweis der tatsächlichen Kosten abgegolten.

Der monatliche Pauschbetrag darf die regelmäßig entstehenden Ausgaben nicht übersteigen. Der Pauschbetrag beträgt für den/ die Vorsitzende/n und stellvertretende/n Vorsitzende/n 65,00 Euro.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

(3) Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrats, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach (1) Ziffer 1 und 2.

Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags gezahlt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Anlage 3 zu § 10 der Satzung

§ 1 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen

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

§ 2 Erstattungsanspruch aus dem Umlageverfahren U1

Die BKK-VBU erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern – mit Ausnahme der in den §§ 11 und 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen – auf Antrag 70 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraums fortgezählten Arbeitsentgelts. Hiermit werden auch die vom Arbeitgeber zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG abgegolten. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt gehört nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer werden höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.

§ 3 Erstattungsanspruch aus dem Umlageverfahren U2

Die BKK-VBU erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern - mit Ausnahme der in den §§ 11 und 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen - auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 20 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes (MuschG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 18 des MuschG bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt. Die vom Arbeitgeber getragenen Sozialversicherungsbeiträge nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG werden pauschal in Höhe von 20 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 18 des MuschG gezahlten und in der Höhe auf die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung begrenzten Arbeitsentgelts erstattet.

§ 4 Aufbringung der Mittel

- (1) Die Mittel zur Durchführung der U1-/U2-Verfahren werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern jeweils durch gesonderte Umlagen aufgebracht (§ 7 Abs. 1 AAG).
- (2) Die Mittel für die Umlageverfahren werden als Sondervermögen verwaltet. 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 Abs. 3 AAG).

§ 5 Umlagesätze

- (1) Der Umlagesatz U1 beträgt 2,4 v. H.
- (2) Der Umlagesatz U2 beträgt 0,41 v. H.

§ 6 Fälligkeit der Umlagen

Die Umlagen sind zum gleichen Termin wie die Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, fällig (§ 23 Abs. 1 SGB IV).

§ 7 Organe, ihre Zusammensetzung und Aufgaben

- (1) In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens wirken im Verwaltungsrat (§ 2 der Satzung) nur die Vertreter der Arbeitgeber mit (§ 9 Abs. 4 AAG).
- (2) Den Vorsitz führt der im Verwaltungsrat als Vorsitzender bzw. stellvertretender Vorsitzender amtierende Vertreter der Arbeitgeber. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.
- (3) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze nach § 9 Abs. 1 AAG zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen, die Jahresrechnung abzunehmen und für die Prüfung der Jahresrechnung über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.

§ 8 Widerspruchsausschuss

- (1) § 4 der Satzung gilt mit der Maßgabe, dass sich bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens der Widerspruchsausschuss aus zwei Mitgliedern der Arbeitgebervertreter zusammensetzt. Die übrigen Bestimmungen gelten entsprechend.
- (2) Der Widerspruchsausschuss nimmt zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 OWiG wahr.

§ 9 Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes

Für die Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes gilt § 70 Abs. 1 SGB IV entsprechend (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 4 AAG).

§ 10 Jahresrechnung

Für die Aufstellung, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses (Jahresrechnung) gilt § 77 Abs. 1 SGB IV entsprechend (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 4 AAG).

§ 11 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung

§ 3 der Satzung gilt entsprechend.

Anlage 4 zu § 15 (1) der Satzung

Katalog der zuschussfähigen Leistungen für Bonusvariante 2

1. Private Versicherungen folgender Versicherungsarten:
 - Krankenzusatzversicherung (ambulant, stationär, Heil- und Hilfsmittel)
 - Pflegezusatzversicherung
 - Unfallversicherung
 - Zahnzusatzversicherung
 -
2. „Meine Patientenverfügung“

Einmalige Erstellung einer Online-Patientenverfügung.