



***Betriebskrankenkasse
Braun-Gillette***

Kompetent / zuverlässig / immer für mich da

Satzung der Betriebskrankenkasse

**Braun – Gillette
Westerbachstr. 32**

61476 Kronberg/Ts.

inkl. der Nachträge 1 – 26

Stand: 01.05.2016

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 4a Vertrauensleute
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 8a entfallen
- § 9 Beitragssätze – ab 01.01.2009 gesetzliche Regelung
- § 9a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a Wahltarif Selbstbehalt
- § 12b Primärprävention
- § 12c Schutzimpfungen
- § 12d Leistungsausschluss
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- § 13a derzeitig nicht belegt
- § 13b derzeitig nicht belegt
- § 13c Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- § 13d Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 13e Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 13f Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 14 Wahltarife Krankengeld
- § 15 Zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V
- § 15a Zusätzliche Leistung Osteopathie und Zahnfüllungen
- § 15b Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der besonderen Therapieformen
- § 15c Zusätzliche Leistung zur künstlichen Befruchtung

- § 15d Zusätzliche Leistung Professionelle Zahnreinigung
- § 15e Zusätzliche ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer
- § 15f Zusätzliche stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer
- § 16 entfallen
- § 17 Aufsicht
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 19 Bekanntmachungen
- § 20 Übertragung des Ausgleichsverfahrens
- § 21 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Artikel II

Inkrafttreten

Anlagen

Entschädigungsregelung für Mitglieder des Verwaltungsrates (Anlage zu § 2)

Teilnahmebedingungen und Bonuspunkteverzeichnis (Anlage zu § 13c)

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

Betriebskrankenkasse Braun-Gillette

Sie ist errichtet worden am 01.07.1955

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in der Westerbachstr. 32,
61476 Kronberg/Ts.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der Firmen
- Braun GmbH, 61476 Kronberg, Frankfurter Str. 145
mit Betriebsstätten in
61476 Kronberg, Frankfurter Str. 145 (Hessen)
97828 Marktheidenfeld, Baumhofstr. 40 (Bayern)
74313 Walldürn, Waldstr. 9 (Baden-Württemberg)
 - Gillette Gruppe Deutschland GmbH & Co. OHG (GGD)
61476 Kronberg, Frankfurter Str. 145
mit Betriebsstätten in allen Bundesländern (bundesweit)
 - Zentralkommission der DBV-Winterthur Lebensversicherung AG in Wiesbaden, die Direktion München sowie sämtliche Servicezentren, Vertriebs-, Gebiets- und Filialdirektionen im Bundesgebiet.

Darüber hinaus erstreckt sich der Bereich der Betriebskrankenkasse auf das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.01. des Kalenderjahres.

Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 6 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an. Er hat die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen. Der Arbeitgeber oder sein Vertreter hat für den Fall der Verhinderung einen Stellvertreter.

Mit Beginn der 10. Wahlperiode besteht der Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse aus 6 Vertretern der Versicherten und 3 Vertretern der Arbeitgeber. Jeder Versichertenvertreter hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.

Mit Beginn der 11. Wahlperiode besteht der Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse aus 6 Vertretern der Versicherten und 3 Vertretern der Arbeitgeber. Jeder Versichertenvertreter hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 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. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
7. den Vorstand zu überwachen,
8. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
10. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen.

IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- Va. Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bilden.
- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind.

Mit Beginn der 10. Wahlperiode ist der Verwaltungsrat beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereint.

Mit Beginn der 11. Wahlperiode ist der Verwaltungsrat beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereint.
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung ist hinsichtlich der Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen, der Jahresrechnung sowie des Haushaltsplanes ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

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

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Kronberg/Ts.

II. 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen

aus 1 Vertreter der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit 1 Stimme.

Mit Beginn der 10. Wahlperiode setzt sich der Widerspruchsausschuss aus je 1 Vertreter der Versicherten und 1 Vertreter 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. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird vom Arbeitgeber bestellt.

Mit Beginn der 10. Wahlperiode werden die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates gewählt.

Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und dem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung.

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

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

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

IV. Der Widerspruchsschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 4a Vertrauensleute

Zur Herstellung einer möglichst engen Verbindung zwischen den Versicherten und der Kasse werden als Vertrauensleute Mitglieder tätig, die sich durch Vereinbarung für diese Aufgabe zur Verfügung stellen.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören
1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- II Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

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

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

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

Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

- IV Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 12a oder §14 gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen der §§ 12a Absatz VIII oder 14 Abs. XVI bzw. XVII gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

- I. Die Mittel der Krankenversicherung (GKV) werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht. Die Kasse erhält Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

- II. Im Übrigen gelten die Regelungen des SGB.

§ 8 Bemessung der Beiträge

- I. Maßgeblich für die Beitragsbemessung sind die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) in der jeweils aktuellen Fassung. Danach werden die monatlichen Beiträge nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen.

- II. Die Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder sowie weiterer Mitgliedergruppen, auf die § 240 SGB V entsprechende Anwendung findet, erfolgt nach Maßgabe der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgabenstellung erlassenen „Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils aktuellen Fassung.

**§ 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13
SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge**

Die Regelung ist entfallen.

§ 9 Beitragssätze

- I. Für die Berechnung der Beiträge gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere die §§ 241 bis 248 SGB V.

§ 9a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die BKK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,9 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I. Die Beiträge sind monatlich zu entrichten.

- II. Für die Fälligkeit und die Zahlung der Beiträge gelten die gesetzlichen Vorschriften sowie die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgabenstellung erlassenen „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“.

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

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

II. Haushaltshilfe

1. Versicherte erhalten Haushaltshilfe, sofern ihnen wegen einer Krankheit die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist, eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
 - a) im Haushalt lebt ein Kind, welches zum Zeitpunkt des Leistungseintrittes das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. In diesem Fall wird die Haushaltshilfe für einen Zeitraum von längstens 26 Wochen innerhalb 3 Jahren gewährt. Wurde innerhalb der letzten 3 Jahre vor Beginn der jeweiligen akuten Erkrankung bereits Haushaltshilfe nach Abs. II Nr. 1a von der Kasse zur Verfügung gestellt, werden diese Leistungszeiträume auf die Anspruchsdauer angerechnet.
 - b) der Versicherte erhält häusliche Krankenpflege gem. § 37 Abs. 1 SGB V, ein Pflegefall i.S. des SGB XI liegt nicht vor und Leistungen aus der Pflegeversicherung sind auch nicht beantragt. In diesem Fall wird die Haushaltshil-

fe für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, maximal jedoch für 12 Wochen gewährt. Der Kostenersatz erfolgt unter entsprechender Anwendung von § 38 Abs. 4 SGB V und ist zeitlich je Leistungsfall auf maximal 200 Einsatzstunden begrenzt.

2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzu-
sehen, so sind die Kosten für eine selbst beschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den 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 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V.

III. entfallen

IV. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 SGB V im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen.
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.
3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und die ärztliche Verordnung nachzuweisen.

4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
5. Die Versicherten sind mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Sie können die Wahl der Kostenerstattung jederzeit beenden, sofern sie mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen haben. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält. Wurde ein Wahltarif nach § 12a gewählt (Selbstbehalt), gilt die Kündigungsfrist des § 12a Abs. 6 entsprechend.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5,0 v. H als Abschlag für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum 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 10,0 v. H., mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung 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 anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum 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.

IVa. Kostenerstattung von Wahlarzneimitteln

1. Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die BKK Braun-Gillette einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. Versicherte haben jedoch auch die Wahlmöglichkeit, ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabatt-Arzneimittel der BKK Braun-Gillette zu wählen.
2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK Braun-Gillette bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Vom Erstattungsbetrag werden 20 vom Hundert als Abschlag für die der BKK Braun-Gillette entgangenen Vertragsrabatte und 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

§ 12a Wahltarif Selbstbehalt

Entfällt ab 01.01.2016

§ 12b Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – 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 sowie zur Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

1. Bewegungsgewohnheiten:

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

2. Ernährung:

- a. Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- b. Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

3. Stressmanagement:

- a. Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
- b. Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

4. Suchtmittelkonsum:

- a. Förderung des Nichtrauchens
- b. gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Die Förderung durch die BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

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

Für Leistungen von Fremdanbietern und Vertragspartnern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein Finanzierungszuschuss in Höhe von 90 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 120,00 EUR für höchstens zwei Maßnahmen gewährt.

Der maximale Finanzierungszuschuss für sämtliche Handlungsfelder darf jedoch 240,00 EUR je Versicherten im Kalenderjahr nicht überschreiten.

Kompaktprogramme:

Die BKK Braun-Gillette beteiligt sich an den Kosten der BKK–Aktivwoche.

Die BKK Braun Gillette zahlt zur BKK-Aktivwoche für das Präventivprogramm im Rahmen der gesetzlichen Leistungen für Erwachsene einen Zuschuss in Höhe bis zu 160,00 EUR bzw. bis zu 110,00 EUR für Kinder ab 6 Jahren.

Für entsprechende Leistungen im Rahmen des Well-Aktiv-Konzepts und des Akon-Konzepts beträgt der Zuschuss 150,00 Euro pro Maßnahme für Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr.

Der Finanzierungszuschuss für die Kompaktprogramme wird auf den Höchstbetrag von 240,00 Euro pro Kalenderjahr angerechnet.

.

§ 12c Schutzimpfungen

Die Betriebskrankenkasse übernimmt Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, soweit kein anderer Kostenträger zuständig ist.

Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.

Die vorstehenden Regelungen gelten nur dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20i SGB V besteht.

§ 12d Leistungsausschluss

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

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 €.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 21,00 €.

§ 13a Modellvorhaben Akupunktur

Die Regelungen nach § 13a sind entfallen.

§ 13 b Modellvorhaben für strukturierte Behandlungsprogramme

- gestrichen ab 01.01.2011 -

§ 13 c Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Versicherte ab Vollendung des 12. Lebensjahres können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig und erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten, mit der die Teilnahmebedingungen sowie das Bonuspunkteverzeichnis in der jeweils geltenden Fassung anerkannt werden. Für Versicherte, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Einwilligung der Erziehungsberechtigten erforderlich.

Die Teilnahme endet durch

- schriftlichen Erklärung des Versicherten mit dem Tag des Einganges bei der BKK,
 - mit dem Tag des Eingangs der schriftlichen Kündigung der Mitgliedschaft sowie
 - bei Beendigung der Versicherung bei der BKK Braun-Gillette.
- (2) Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte ab Vollendung des 12. Lebensjahres, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention nach § 12b in Anspruch nehmen. Als regelmäßig gilt dabei die Teilnahme an mindestens 2 der im Bonuspunkteverzeichnis aufgeführten Leistungen durch den Versicherten im Kalenderjahr. Der Versicherte weist die Inanspruchnahme der Leistungen durch Bestätigung des Leistungserbringers nach.
- (3) Der Bonus berechnet sich nach einem Punktesystem. Welche Leistungen mit Bonuspunkten versehen sind, ergibt sich aus dem Bonuspunkteverzeichnis in der jeweils geltenden Fassung. Anspruch auf Auszahlung des Bonus hat nur das Mitglied. Die Bonuspunkte mitversicherter Familienangehörigen werden dem Mitglied gutgeschrieben. Ab einem Bonusguthaben von jeweils 5.000 Punkten kann das Mitglied eine Barauszahlung seines Guthabens wählen. Dabei entsprechen jeweils 1.000 Punkte einem Barwert von 10,00 €.

Bei der Auszahlung werden nur jeweils volle 1.000 Punkte berücksichtigt. Als Höchstbetrag der möglichen Bonusauszahlung gilt je Mitglied ein Betrag in Höhe von 300,00 € (entspricht 30.000 eingelösten Punkten) je Kalenderjahr. Übersteigt das Guthaben die eingelösten Bonuspunkte, so verbleiben die nicht verwendeten Bonuspunkte auf dem Bonuskonto.

- (4) Bonusansprüche verfallen, wenn und soweit die Inanspruchnahme der Leistungen nach Abs. 2 länger als 36 Monate zurückliegt, wenn für den Teilnehmer für eine Dauer von 12 Monaten keine Aktivitäten auf dem Bonuskonto durch Erlangen neuer Wertpunkte festgestellt werden (Passive Teilnahme am Programm), mit Beendigung der Teilnahme am Bonusprogramm sowie bei Beendigung der Versicherung bei der BKK Braun-Gillette.

§ 13d Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13e Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

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

§ 13f Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I Versicherte, die an einem der nachfolgend benannten strukturiertem Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V der BKK Braun-Gillette teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V eine Prämienzahlung. Voraussetzung für die Prämienzahlung ist die schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten sowie eine ordnungsgemäße Teilnahme an den Behandlungsprogrammen. Die Prämie wird für die strukturierten Behandlungsprogramme KHK, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 sowie Asthma und COPD gezahlt.

Die Prämie nach Satz 1 beträgt für jedes volle Kalenderjahr der Teilnahme 40,00 Euro. Erfolgt die Einschreibung unterjährig, wird die Prämie anteilig je Teilnahmequartal berechnet. Bei mehrjähriger ununterbrochener Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm erhöht sich die Prämie ab dem 2. vollen Kalenderjahr der Teilnahme jährlich um 10,00 Euro, bis zu einer maximalen Prämie von 80,00 Euro jährlich.

- II Die Auszahlung der Prämie erfolgt nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres. Endet die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm unterjährig, entfällt der gesamte Bonus für dieses Jahr. Eine anteilige Bonusauszahlung findet in diesem Fall nicht statt.
- III Bei gleichzeitiger Teilnahme an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen wird die Prämie nur für ein Behandlungsprogramm gezahlt.

§ 14 Wahltarife Krankengeld

- I Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an.
- II Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter der Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- III Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 3. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld
1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V (wahlweise) ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel A3),
 2. bei Mitgliedern, die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel K3)

(Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld, soweit nachfolgend keine anderslautenden Ansprüche geregelt werden. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeit-

raum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XV festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit. Für Mitglieder, die

- bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben,
- den Tarif im Rahmen des § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V wählen,

besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif mit Wirkung vom 1. August 2009 bzw. zu dem in § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V genannten Termin gewählt wird. Für bis zum 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach dem bis zum 31. Juli 2009 gewählten Krankengeld-Wahltarif kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit .

IV Für Mitglieder nach § 319 Abs. 2 Satz 1 SGB V gilt § 14 der Satzung in der Fassung bis zum 31. Juli 2009 entsprechend fort.

V 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. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts.

- VI 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.
- VII Der Anspruch auf Krankengeld endet mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises, mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen, mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI, mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XVI oder XVII, mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse, nach Ablauf der Höchstanspruchsdauer gemäß Absatz XI und XII.

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

- VIII Die Höhe des Krankengeldes für die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Versicherten kann in Stufen zu je 10,00 Euro je Kalendertag gewählt werden.

Zur Berechnung der kalendertäglichen Höchstgrenze wird das zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen auf 70 v.H. begrenzt, durch 30 geteilt und auf volle 10,00 Euro nach unten gerundet.

Das kalendertägliche Mindestkrankengeld beträgt 10,00 Euro.

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz XX.

- IX Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversiche-

rung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitskommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitskommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitskommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

- X Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. § 45 Abs. 8 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.
- XI Die Anspruchsdauer auf Krankengeld wird durch den jeweiligen Tarif begrenzt. In der Tarifgruppe K3 besteht Anspruch auf Krankengeld maximal bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit .
- XII Abweichend von Absatz XI besteht bei Mitgliedern, die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) versichert sind, nur solange ein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Wahltarif, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.
- XIII Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 1 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt ; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
- XIV Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

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

Für Mitglieder, die bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben, beginnt der Tarif am 1. August 2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 30.09.2009 erfolgt ist; der Antrag gilt in diesem Fall als bis zum 30. September 2009 gestellt. Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden.

- XVI Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse.

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.

Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der BKK vorbehaltlich Absatz XVII frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

- XVII 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; die Tarifierhöhungen aufgrund Alterssteigerungen nach Absatz XX bleiben dabei außer Betracht.

XVIII Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, jedoch nicht innerhalb des ersten Jahres der Laufzeit, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist – vorbehaltlich Absatz XIX – höchstens einmal pro Zeitjahr der Mindestbindungsfrist 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 Betriebskrankenkasse 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) eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III von 3 Kalendermonaten. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz XIX werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.

XIX Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz IX die in Absatz VIII genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III besteht in diesen Fällen nicht.

XX Die Höhe der zu zahlenden Prämie ist abhängig von der Höhe des gewählten Krankengeldes und beträgt je 10,00 Euro Krankengeld

Tarif	EUR
A3	23,00
K3	54,00

im Monat.

XXI Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Absatz XXII. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarif-

gruppenwechsels nach den Absätzen XVIII oder XIX 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.

- XXII Die Fälligkeit der Prämie richtet sich nach § 10 Absatz II der Satzung.
- XXIII Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden im Mahnverfahren Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.
- XXIV Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 15 Zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V

Die Versicherten der BKK Braun-Gillette haben Anspruch auf zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

§ 15a Zusätzliche Leistung Osteopathie und Zahnfüllungen

- (1) Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch dazu geeignet ist, 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 ihn zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.
- (2) Über die in § 28 Abs. 2 SGB V geregelten Ansprüche bei Zahnfüllungen hinaus erstattet die BKK Braun-Gillette die Mehrkosten für Zahnfüllungen. Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind, werden nicht erfasst. Voraussetzung ist, dass der Versicherte in den letzten 5 Jahren vor Beginn der Behandlung regelmäßig wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr zahnärztlich untersucht wurde und dies durch einen entsprechenden Nachweis dokumentiert.
- (3) Für Leistungen nach Absatz 1 übernimmt die BKK Braun-Gillette nach Vorlage der Rechnungsoriginale sowie der ärztlichen Verordnung nach Absatz 1 die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versichertem. Erstattet werden 90 von Hundert des Rechnungsbetrages, jedoch maximal 65 EUR pro Sitzung.

Für Leistungen nach Absatz 2 übernimmt die BKK Braun-Gillette nach Vorlage der Rechnungsoriginale 50 von Hundert der Mehrkosten je Zahn, maximal jedoch 30,00 € je Zahn. Der Erstattung ist je Versicherten auf maximal 100,00 € innerhalb von 3 Kalenderjahren begrenzt.

§ 15b Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapieformen (Homöopathie, Phytotherapie, Anthroposophie)

- (1) Die BKK erstattet ihren Versicherten die Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie unter folgenden Voraussetzungen:
1. die Verordnung des Arzneimittels erfolgte durch einen Arzt auf Privatrezept
 2. das Arzneimittel wurde durch den Versicherten in einer Apotheke oder im nach deutschem Recht zugelassenen Versandhandel bezogen
 3. die Einnahme des Arzneimittels ist medizinisch notwendig, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern
- (2) Die BKK übernimmt die Kosten für die Arzneimittel der besonderen Therapieformen zu 100 Prozent bis zu einem Höchstbetrag von 120 € je Versicherten und Kalenderjahr. Die Erstattung erfolgt ausschließlich gegen Vorlage der spezifizierten Rechnungen der Apotheke und der ärztlichen Verordnungen im Original.

Ausgeschlossen von der Kostenerstattung sind solche nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7-9 SGB V ausgeschlossen sind.

§ 15c Zusätzliche Leistung zur künstlichen Befruchtung

- entfällt ab 01.01.2016 -

§ 15d Zusätzliche Leistung Professionelle Zahnreinigung

- (1) Versicherte können zusätzlich zu ihren in § 28 Abs. 2 SGB V geregelten Ansprüchen eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch nehmen, soweit die Leistung von einem Zahnarzt durchgeführt oder veranlasst wurde.
- (2) Die professionelle Zahnreinigung muss folgende Kriterien erfüllen:
 - Überprüfung und/oder Unterweisung in der häuslichen Mundhygiene mit speziellen Maßnahmen (z. B. Anfärben), Inspektion der Zähne und des Zahnfleisches.
 - gründliche Zahnreinigung (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und der Zahnzwischenräume, Politur der Zähne (z.B. mit Pulverstrahlgeräten und speziellen Polierern), der Füllungen und Kronenränder, damit sich für einen gewisse Zeit auf der glatten Oberfläche keine Bakterien mehr festsetzen können.
 - Fluoridierung der Zähne mit konzentrierten Präparaten.
 - ggf. die Abgabe einer Ernährungsempfehlung.
- (3) Für Leistungen, die die Voraussetzungen nach Absatz 1 und 2 erfüllen, übernimmt die BKK Braun-Gillette nach Vorlage der Rechnungsoriginale 100 v.H. der Kosten, maximal aber je Versicherten und Kalenderjahr 65,00 EUR.

§ 15e Zusätzliche ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

- (1) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer 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 Braun-Gillette mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die eine Behandlung nach Satz 1 einschließt.
- (2) Die BKK Braun-Gillette schließt 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. Außerdem setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassenen Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Keine Vereinbarungen werden über Leistungen getroffen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden.
- (3) Die BKK Braun-Gillette 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. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.bkk-braun-gillette.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die BKK Braun-Gillette den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- (4) Zur Erstattung der veranlassten Leistungen sind die spezifizierten Rechnungen und ärztlichen Verordnungen im Original vorzulegen. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Sind die tatsächlichen Kosten niedriger, erfolgt die Erstattung in Höhe der tatsächlichen Kosten. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

§ 15f Zusätzliche stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

- (1) Die BKK Braun-Gillette übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V.

Voraussetzungen dafür sind, dass:

- a) eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V vorliegt und diese von einem Arzt bescheinigt wird,
 - b) der Leistungserbringer eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus gewährleistet,
 - c) die Behandlungsmethode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist,
 - d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers der BKK Braun-Gillette vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird und
 - e) die BKK Braun-Gillette der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt hat.
- (2) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
- (3) Mit der Zustimmung nach Abs. 1 Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK Braun-Gillette sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Regelung ist entfallen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Süd (Kurzbezeichnung BKK Landesverband Süd) als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK sowie im Internet unter www.bkk-braun-gillette.de in der Rubrik „Tipps und Themen“.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 1 Woche.

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

**§ 20 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungs-
Ausgleichsgesetz (AAG)**

Der Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage dieser Satzung.

§ 21 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

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

Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK aus.

Artikel II

Inkrafttreten

Der Verwaltungsrat der BKK Braun-Gillette hat in seiner Sitzung am 02.11.2004 die vorstehende Satzung beschlossen.

Der Verwaltungsrat der BKK DBV-winterthur hat in seiner Sitzung am 26.10.2004 die vorstehende Satzung beschlossen.

Die Satzung tritt am 01.01.2005 in Kraft. Gleichzeitig treten die Satzung der BKK Braun-Gillette in der Fassung vom 21.07.2003 inkl. sämtlicher hierzu ergangener Nachträge sowie die Satzung der BKK DBV-winterthur in der Fassung vom 14.11.1997 inkl. sämtlicher hierzu ergangener Nachträge außer Kraft.

Kronberg, 02.11.2004

Wiesbaden, 26.10.2004

Vorsitzende des Verwaltungsrates
der BKK Braun-Gillette
gez.
H. Gemmerich / H. Jühr

Vorsitzende des Verwaltungsrates
der BKK DBV-winterthur
gez.
Dr. A. Schaaf / F.-D. Meyer

Genehmigung:

Die vorstehende Satzung wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 23.11.2004 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt.

Der 1. Nachtrag vom 19.07.2005 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 23.12.2005 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt.

Der 2. Nachtrag vom 12.12.2005 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 23.12.2005 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt.

Der 3. Nachtrag vom 15.12.2006 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 09.02.2007 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt.

Der 4. Nachtrag vom 15.12.2006 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 14.02.2007 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt.

Der 5. Nachtrag vom 17.04.2007 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 26.04.2007 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt und tritt am 01.05.2007 in Kraft.

Der 6. Nachtrag vom 11.07.2007 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 01.10.2007 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt und tritt rückwirkend zum 01.04.2007 in Kraft.

Der 7. Nachtrag vom 12.09.2007 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 06.12.2007 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt und tritt zum 11.12.2007 in Kraft.

Der 8. Nachtrag vom 23.11.2007 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 29.11.2007 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt und tritt zum 01.01.2008 in Kraft.

Der 9. Nachtrag vom 30.06.2008 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 05.08.2008 – AZ I2-59718.0-3687/2004 genehmigt und tritt zum 01.01.2008 in Kraft.

Der 10. Nachtrag vom 10.12.2008 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 29.12.2008 – AZ I2-59718.0-3687/2004 genehmigt und tritt zum 01.01.2009 in Kraft.

Der 11. Nachtrag vom 10.12.2008 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 23.12.2008 – AZ I2-59718.0-3687/2004 genehmigt und tritt zum 01.01.2009 in Kraft.

Der 12. Nachtrag vom 01.07.2009 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 25.08.2009 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt und tritt zum rückwirkend 01.01.2009 in Kraft. Davon ausgenommen ist § 12 Abs. II Nr. 1, bei dem die Änderungen am Tag nach der Bekanntgabe in Kraft getreten sind.

Der 13. Nachtrag vom 11.12.2009 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 21.12.2009 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt und tritt nach Bekanntgabe in Kraft. Davon ausgenommen ist § 14, bei dem die Änderungen rückwirkend zum 01.08.2009 in Kraft getreten sind.

Der 14. Nachtrag vom 16.03.2010 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 29.03.2010 – AZ I2-59718.0-3687/2004 genehmigt und tritt nach Bekanntgabe in Kraft.

Der 15. Nachtrag vom 03.09.2010 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 11.10.2010 – AZ I2-59718.0-3687/2004 genehmigt und tritt nach Bekanntgabe in Kraft.

Der 16. Nachtrag vom 15.12.2010 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 06.01.2011 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt. Er tritt mit Ausnahme der Änderungen zu § 13b und § 19 am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft. Die Änderung zu § 13b tritt ab 01.01.2011 in Kraft. Die Änderung zu § 19 tritt rückwirkend zum Fusionszeitpunkt ab 01.01.2010 in Kraft.

Der 17. Nachtrag vom 28.09.2011 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 22.11.2011 – AZ I2-59718.0-3618/2004 genehmigt und tritt rückwirkend zum 01.01.2011 in Kraft.

Der 18. Nachtrag vom 16.12.2011 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 23.01.2012 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt und tritt mit Ausnahme der Änderung zu § 12 am Tag der Bekanntmachung in Kraft. Die Änderung zu § 12 tritt rückwirkend zum 01.01.2011 in Kraft.

Der 19. Nachtrag vom 12.12.2012 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 28.12.2012 – AZ II3-59718.0-3618/2004 genehmigt. Die Änderungen treten am Tage nach der Bekanntgabe in Kraft. Ausgenommen sind die Änderungen der Überschriften (§§ 15 bis 19 in 16 bis 20) sowie der neu eingefügten §§ 15 bis 15f, die rückwirkend zum 01.04.2012 in Kraft treten. Die Änderungen in § 13 c treten zum 01.01.2013 in Kraft.

Der 20. Nachtrag vom 16.09.2014 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 30.10.2014 – AZ 213-59718.0-3618/2004 genehmigt. Die Änderungen treten am Tage nach der Bekanntgabe in Kraft. Ausgenommen sind die Änderungen der §§ 18 und 21 die rückwirkend zum 01.01.2014 in Kraft treten. Die Änderungen in § 13 e treten zum 01.01.2015 in Kraft.

Der 21. Nachtrag vom 16.09.2014 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 30.10.2014 – AZ 213-59718.0-3618/2004 genehmigt. Die Änderungen in § 20 treten zum 01.01.2015 in Kraft.

Der 22. Nachtrag vom 10.12.2014 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 15.12.2014 – AZ 213-59718.0-3618/2004 genehmigt. Die Änderungen treten zum 01.01.2015 in Kraft.

Der 23. Nachtrag vom 04.11.2015 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 26.11.2015 – AZ 213-59718.0-3618/2004 genehmigt. Die Änderung zu § 1 tritt rückwirkend zum 01.07.2015, die Änderung der Anlage zu § 20 der Satzung tritt zum 01.01.2016 in Kraft.

Der 24. Nachtrag vom 09.12.2015 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 21.12.2015 – AZ 213-59718.0-3618/2004 genehmigt. Die Änderung zu § 9a tritt zum 01.01.2016 in Kraft.

Der 25. Nachtrag vom 09.12.2015 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 21.12.2015 – AZ 213-59718.0-3618/2004 genehmigt und tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft. Die Änderung zu § 12b tritt rückwirkend zum 01.01.2015, die Änderung zu § 13e rückwirkend zum 01.08.2015 in Kraft.

Der 26. Nachtrag vom 08.04.2016 wurde durch das Bundesversicherungsamt mit Bescheid vom 20.04.2016 – AZ 213-59718.0-3618/2004 genehmigt und tritt zum 01.05.2016 in Kraft.

Anlage zu § 2 der Satzung der BKK Braun-Gillette

Entschädigungsregelung für Mitglieder des Verwaltungsrates

Die nachfolgende Entschädigungsregelung regelt die Erstattung von Reisekosten, Erstattung notwendiger Auslagen sowie die Höhe der Pauschalbeträge für den erforderlichen Zeitaufwand. Sie wurde erstellt unter Berücksichtigung der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner über die Entschädigung der Organmitglieder in der Selbstverwaltung (§ 41 SGB IV) vom 17. November 2009.

§ 1 Entschädigung für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

Für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung der Betriebskrankenkasse bzw. Pflegekasse (einschließlich der An- und Abreise) sowie bei Ausschusssitzungen werden Mitgliedern bzw. den stellvertretenden Mitgliedern des Verwaltungsrates bzw. der Ausschüsse folgende Entschädigungen gewährt:

1. Erstattung barer Auslagen (§ 41 Abs. 1 SGB IV)
 - 1.1 Reisekostenvergütung
Reisekostenvergütungen werden nach dem Bundesreisekostengesetz (BRKG) mit folgender Maßgabe gewährt:
 - 1.1.1 Das Tagegeld beträgt (auch für Sitzungstage) bei einer Zeitdauer der Tätigkeit der Organe der Selbstverwaltung (einschließlich Fahrzeiten)
 - bei 24 Stunden Abwesenheit 24,00 Euro
 - bei mindestens 14 Stunden Abwesenheit 12,00 Euro
 - bei mindestens 8 Stunden Abwesenheit 6,00 Euro

Für die Teilnahme an einer Sitzung am Wohnort wird Tagegeld in gleicher Höhe gewährt.
 - 1.1.2 Das pauschale Übernachtungsgeld beträgt 20 €. Höhere Aufwendungen für Übernachtungen und Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, wenn sie unvermeidbar oder notwendig waren.

Wird von Amts wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 v.H., für Hauptmahlzeiten jeweils um 40 v.H. des vollen Tagegeldes gekürzt. Bei der Kürzung von Teiltagegeldern wird maximal bis zur Höhe des Teiltagegeldes gekürzt.
 - 1.1.3 Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeuges wird eine Entschädigung von 0,30 € je gefahrenem Kilometer gezahlt. Eine Mitnahmeentschädi-

gung bei gemeinsamer Fahrt mehrerer Organmitgliedern wird nicht gezahlt.

- 1.1.4 Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer werden nur dann erstattet, wenn das Fahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst geführt werden kann oder sonstige zwingende Gründe vorliegen.
- 1.1.5 Bei Benutzung der Bahn der Fahrpreis der 1. Klasse einschließlich der Zuschläge und ggf. der Schlafwagenkosten.
- 1.1.6 Bei Benutzung eines Flugzeuges die Kosten für die Economy-Klasse.
- 1.1.7 Zubringerkosten
- 1.1.8 Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten wie Parkgebühren und Reservierungsgebühren.

§ 2 Sonstige bare Auslagen

Die dem Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen werden mit einem monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 24,00 € abgegolten.

§ 3 Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

- 1. Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Absatz 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.
- 2. 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 einem Drittel des vorstehend genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

§ 4 Entschädigung für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

Jedes Mitglied des Verwaltungsrates, das außerhalb von Verwaltungsrats- und

Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrats, eines Ausschusses oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates tätig wird, wird nach § 1 entschädigt

§ 5 Pauschbetrag für Zeitaufwand

1. Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbereitungen einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 52 €.
2. Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag nur ein volles Tage- und Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies gilt auch, wenn am gleichen Tag je eine Sitzung des Verwaltungsrates der BKK Braun-Gillette und der BKK Pflegekasse Braun-Gillette bzw. deren Ausschüsse stattfinden.
3. Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig. Die Versteuerung obliegt dem Mitglied des Verwaltungsrates bzw. der Ausschüsse.

§ 6 Entschädigungsregelung für die Vorsitzenden des Verwaltungsrats

Der Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen des Verwaltungsrates oder seiner Ausschüsse einen Pauschbetrag für Zeitaufwand von je 56 Euro monatlich (§ 41 Abs. 3 Satz 2 SGB IV).

Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig. Die Versteuerung obliegt dem Mitglied des Verwaltungsrates.

§ 7 Auszahlung und Fälligkeit

1. Zahlungen aufgrund dieser Entschädigungsregelung erfolgen ausschließlich unbar durch Überweisung.
2. Die Auszahlung erfolgt
 - a) bei Entschädigungen nach § 2 und § 6 monatlich am Beginn eines jeden Monats
 - b) ansonsten innerhalb von 14 Tagen nach den jeweiligen Sitzungsterminen

§ 8 Abgrenzung KV/PV

Die Erstattung von Auslagen ist nur insoweit zulässig, als dass kein anderer Träger die Auslagen bereits erstattet hat.. Entschädigungen nach §§ 2, 3, 5 und § 6 werden für die BKK Pflegekasse nicht gesondert gezahlt (Doppelleistungsverbot).

§ 9 Inkrafttreten

Die Entschädigungsregelung tritt am 01.01.2012 in Kraft.

Anlage zu § 13c der Satzung der BKK Braun-Gillette

Teilnahmebedingungen Bonusprogramm

Stand: 01.01.2013

BKK Braun-Gillette - Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

Präambel

Mit dem Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten (Bonusprogramm) möchte die BKK Braun-Gillette einen aktiven Beitrag zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten sowie zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung leisten. Das Bonusprogramm soll die Eigeninitiative und -verantwortung bei der Gesunderhaltung der Versicherten fördern und ist ein geeignetes Instrument zur Stärkung der Patientensouveränität.

Das Bonusprogramm startete am Tag nach der Bekanntmachung der entsprechenden Satzungsregelung und ist zeitlich nicht begrenzt. Maßnahmen aus der Zeit vor dem Start können nicht bepunktet werden. Die BKK behält sich vor, das Bonusprogramm mit Wirkung für die Zukunft zu ergänzen, zu verändern oder einzustellen.

Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Die Teilnahme ist freiwillig. Die Voraussetzungen für eine Teilnahme am Bonusprogramm regelt § 13 c Abs. 1 der Satzung der BKK Braun-Gillette. Soweit und solange der Leistungsanspruch ruht und damit auch keine Leistungen der BKK erbracht werden, können keine Bonuspunkte gesammelt werden.

Beginn und Ende der Teilnahme

Die Teilnahme am Bonusprogramm erfolgt durch schriftliche Erklärung des Versicherten über die Teilnahme am Bonusprogramm. Die Teilnahmeerklärung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft möglich. Die Teilnahme beginnt frühestens mit dem Tag des Eingangs der vollständigen Teilnahmeerklärung bei der BKK Braun-Gillette. Die Teilnahme endet durch eine schriftlichen Erklärung des Versicherten mit dem Tag des Eingangs bei der BKK, mit dem Tag des Eingangs der Kündigung der Mitgliedschaft sowie bei Beendigung der Versicherung bei der BKK Braun-Gillette. Soweit der Versicherte das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ist jeweils die Einwilligung der Erziehungsberechtigten erforderlich.

Bonus

Der Versicherte erhält Bonuspunkte insbesondere für die regelmäßige Inanspruchnahme von

- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 SGB V,
- qualitätsgesicherten Leistungen zur Primärprävention nach § 12b der Satzung der BKK Braun-Gillette.

Als regelmäßig gilt dabei die Teilnahme an mindestens 2 Maßnahmen pro Kalenderjahr. Alle Maßnahmen, für die Bonuspunkte gewährt werden, sowie deren Anzahl werden im jeweils aktuellen Bonuspunkteverzeichnis beschrieben, das den Teilnehmern in geeigneter Weise zur Verfügung gestellt wird. Über Änderungen des Verzeichnisses werden die Teilnehmer informiert.

Ausschließlich die dort aufgeführten Maßnahmen werden bepunktet. Punkte für eine Maßnahme können erst ab dem Kalenderjahr erworben werden, in dem sie ins Verzeichnis aufgenommen wurde.

Das Bonuspunktekonto wird für jeden Teilnehmer getrennt geführt. Die Teilnehmer weisen die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Durchführung von Maßnahmen, für die Bonuspunkte gewährt werden, durch eine Bestätigung des Leistungserbringers oder der durchführenden Stelle nach. Zu diesem Zweck erhält der Teilnehmer ein personenbezogenes Bonus-Scheckheft. Bei Verlust, Diebstahl oder sonstigem Abhandenkommen des Bonus-Scheckheftes können Bonuspunkte nur gewährt werden, wenn die Durchführung der Maßnahmen auf andere Weise nachgewiesen wird. Kosten für die Ausstellung einer Teilnahmebestätigung werden von der BKK Braun-Gillette nicht übernommen.

Der Teilnehmer kann Bonuspunkte ab Beginn seiner Teilnahme geltend machen. Dies gilt für alle im selben Kalenderjahr durchgeführten Maßnahmen, für die Punkte gewährt werden. Die für das Bonusprogramm notwendigen persönlichen Daten und Punkte der Teilnehmer werden bis auf Widerruf gespeichert.

Verfall der Bonuspunkte

Bonuspunkte haben eine Gültigkeit von 36 Monaten ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Maßnahme, mit der sie erworben wurden und verfallen nach Ablauf dieses Zeitraums zum darauf folgenden Monatsende.

Die Bonuspunkte verfallen, wenn auf dem Bonuskonto des Teilnehmers für eine Dauer von 12 Monaten keine Aktivitäten zur Erlangung neuer Bonuspunkte festgestellt werden (passive Teilnahme am Programm).

Die Bonuspunkte verfallen mit Ende der Mitgliedschaft bei der BKK Braun-Gillette. Bonuspunkte können nach Ende der BKK-Mitgliedschaft nicht übertragen werden, beispielsweise zu einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung. Ebenso ist ausgeschlossen, dass außerhalb der Mitgliedschaft bei der BKK Braun-Gillette erworbene Bonuspunkte bei der BKK Braun-Gillette angerechnet werden.

Bonuseinlösung

Anspruch auf Auszahlung des Bonus hat nur das Mitglied. Die Bonuspunkte mitversicherter Familienangehörigen werden dem Mitglied gutgeschrieben. Ab einem Bonusguthaben von jeweils 5.000 Punkten kann das Mitglied eine Barauszahlung seines Guthabens wählen. Dabei entsprechen jeweils 1.000 Punkte einem Barwert von 10,00 €. Bei der Auszahlung werden nur jeweils volle 1.000 Punkte berücksichtigt. Als Höchstbetrag der möglichen Bonusauszahlung gilt je Mitglied ein Betrag in Höhe von 300,00 € (entspricht 30.000 eingelösten Punkten) je Kalenderjahr.

Übersteigt das Guthaben die eingelösten Bonuspunkte, so verbleiben die nicht benötigten Bonuspunkte auf dem Bonuskonto. Bonuspunkte werden in der Reihenfolge ihres Erwerbs eingelöst.

Beendigung des Bonusprogramms

Die BKK Braun-Gillette behält sich vor, für den Fall gesetzlicher Änderung sowie auf Grund eines entsprechenden Satzungsbeschlusses des Verwaltungsrates der BKK Braun-Gillette das Bonusprogramm unter Einhaltung einer angemessenen Frist einzustellen. Bis zur Einstellung gesammelte Bonuspunkte können innerhalb eines angemessenen Zeitraums nach Einstellung eingelöst werden.

Änderung der Teilnahmebedingungen

Der Verwaltungsrat der BKK Braun-Gillette kann die Teilnahmebedingungen durch entsprechenden Satzungsbeschluss mit Wirkung für die Zukunft jederzeit einseitig ändern oder ergänzen. Änderungen oder Ergänzungen der in den Teilnahmebedingungen niedergelegten Bestimmungen werden dem Teilnehmer in geeigneter Form bekannt gegeben.

Erläuterungen zum Datenschutz

Es gelten die Vorschriften über den Schutz der Sozialdaten (SGB X) sowie des BDSG.

Bonuspunkteverzeichnis

Stand: 01.01.2013

BKK Braun-Gillette - Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

Früherkennung von Krankheiten

Durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen können Gefahren für die Gesundheit rechtzeitig erkannt werden. Deshalb übernimmt die BKK Braun-Gillette die Kosten für diese Untersuchungen. Auch die Praxisgebühr brauchen Sie bei Arztbesuchen zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen nicht zu entrichten. Für die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen können Sie folgende Bonuspunkte erwerben:

Maßnahmen	Bonuspunkte	Anspruch ab ... Jahre	Häufigkeit Gutschrift
Zahnvorsorge	1.500	12	1 x pro Jahr
Professionelle Zahnreinigung	1.000	18	2 x pro Jahr
Gesundheits-Check-up	1.500	35	1 x in 2 Jahren
Krebsfrüherkennung bei Frauen	1.500	20	1 x pro Jahr
Krebsfrüherkennung bei Männern	1.500	45	1 x pro Jahr
Darmkrebsvorsorge	5.000	55	1 x in 5 Jahren
Darmkrebsfrüherkennungs-Test (*)	1.500	18	1 x pro Jahr
Hautkrebsvorsorge-Untersuchung	1.500	16	1 x pro Jahr
Vorsorgemaßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (**)	1000	16	je Maßnahme
Früherkennung für Jugendliche (J1)	1.500	12	einmalig
Früherkennung für Jugendliche (J2)	1.500	16	einmalig
Mutterschaftsvorsorge: Ultraschall-Untersuchung	500	ab 9. SSW	3 x pro Schwangerschaft

(*) gilt nur für die jährliche Darmkrebsfrüherkennungskampagne der BKK in Zusammenarbeit mit der Felix-Burda-Stiftung

(**) gilt nur für Maßnahmen, die die BKK Braun-Gillette im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anbietet (z.B. Hautkrebs-Screening, Cholesterinmessungen, Blutzuckermessungen, Cardio-Check, Augeninnendruckmessungen etc.)

Gesundheitsförderung in Verbindung mit § 12 b der Satzung der BKK Braun-Gillette

Ihr Engagement zur Erhaltung Ihrer Gesundheit belohnen wir ebenfalls mit Bonuspunkten:

Maßnahmen	Bonuspunkte	Anspruch ab...Jahre	Häufigkeit Gutschrift
Bewegung			
Herz-Kreislauf-Training	1.000	12	1 x pro Jahr
Walking/Nordic-Walking	1.000	12	1 x pro Jahr
Rückenschule	1.000	12	1 x pro Jahr
Wirbelsäulengymnastik	1.000	12	1 x pro Jahr
Ernährung			
Ernährungskurse	1.000	12	1 x pro Jahr

Maßnahmen	Bonuspunkte	Anspruch ab...Jahre	Häufigkeit Gutschrift
Stressbewältigung /			

Entspannung			
Autogenes Training	1.000	12	1 x pro Jahr
Progressive Muskelentspannung	1.000	12	1 x pro Jahr
Hatha Yoga	1.000	12	1 x pro Jahr
Tai Chi	1.000	12	1 x pro Jahr
Qi Gong	1.000	12	1 x pro Jahr
Kurse zur Stressbewältigung	1.000	12	1 x pro Jahr
Suchtmittel			
Raucherentwöhnung	5.000	16	einmalig

Weitere Maßnahmen für ein gesundes Leben

Maßnahmen	Bonuspunkte	Anspruch ab ... Jahre	Häufigkeit Gutschrift
Aktive Mitgliedschaft im Sportverein	500	12	1 x pro Jahr
Ablegen eines Sportabzeichens (*)	1.000	12	1 x pro Jahr
Aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio (**)	500	12	1 x pro Jahr
Gripeschutzimpfung	1.000	12	1 x pro Jahr
Auffrischungsimpfungen nach STIKO (***)	1.000	12	pro Impfung

(*) Hierunter fallen z.B.:
 Schwimm-Abzeichen (in Silber)
 Deutsches Sportabzeichen
 Radsportabzeichen (in Bronze)
 Laufabzeichen (Stufe 2)
 Walkingabzeichen (Stufe 2)

(**) Bitte beachten Sie, dass nur die Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherte Fitnessstudio anerkannt werden kann. Prüfung und Zertifikat erhalten die Fitnessstudios z.B. vom TÜV.

(***) Der Bonus wird je durchgeführter Impfung gewährt. Impfungen mit Mehrfachimpfstoffen gelten als eine Maßnahme.

Anlage zu § 20 der Satzung der BKK Braun-Gillette

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungs- ausgleichsgesetz (AAG)

§ 1 Anwendbare Vorschriften

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungs-
ausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden
Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der Betriebskrankenkasse Anwen-
dung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2 Organe, Zusammensetzung

- I. Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der Betriebskrankenkasse obliegt dem Vorstand, der diese gerichtlich und außergerichtlich vertritt.
- II. In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit (§ 9 Abs. 4 AAG).
- III. Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.
- IV. Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 3 Widerspruchsausschuss

§ 4 der Satzung der Betriebskrankenkasse gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder der Arbeitgebervertreter mitwirken. Der Widerspruchsausschuss nimmt zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.

§ 4 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

Am Ausgleichsverfahren U1 nehmen die Arbeitgeber teil, die in der Regel ausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen (§ 1 Abs. 1 AAG). Abweichend hiervon sind die in § 11 AAG und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen nicht am Ausgleichsverfahren beteiligt.

Am Ausgleichsverfahren U2 nehmen alle Arbeitgeber – mit Ausnahme der in den § 11 Abs. 2 AAG und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen – unabhängig von der Zahl ihrer Beschäftigten teil (§ 1 Abs. 2 AAG).

Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nehmen auch die Arbeitgeber teil, die nur Auszubildende beschäftigen (§ 1 Abs. 3 AAG).

§ 5 Höhe der Erstattungen nach dem U1- Verfahren

- I. Die Betriebskrankenkasse erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern (U1-Verfahren) 70 vom Hundert des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts.
- II. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.
- III. Die auf das Arbeitsentgelt entfallenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG sind mit der Erstattung nach Abs. I abgegolten.

§ 6 Höhe der Erstattungen nach dem U2-Verfahren

- I. Die Betriebskrankenkasse erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 11 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt.
- II. Die vom Arbeitgeber nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge werden in vollem Umfang erstattet.

§ 7 Aufbringung der Mittel

- I. Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.
- II. Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.
- III. Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für die Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig (§ 10 AAG i.V.m. §§ 23, 28a ff SGB IV).

§ 8 Umlagesätze

- I. Der Umlagesatz für das Umlageverfahren U1 nach § 5 Abs. I beträgt 1,85 vom Hundert der Bemessungsgrundlage.
- II. Der Umlagesatz für das Umlageverfahren U2 beträgt 0,31 vom Hundert der Bemessungsgrundlage.

§ 9 Bildung von Betriebsmitteln


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

§ 10 Haushaltsplan

- I. Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf.
- II. Die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt dem Verwaltungsrat. § 2 Abs. II gilt entsprechend.

§ 11 Jahresrechnung

- I. Der Vorstand hat den Rechnungsabschluss aufzustellen.
- II. Die Jahresrechnung ist jährlich zu prüfen und zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen. § 2 Abs. II gilt entsprechend.
- III. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Betriebs- und Rechnungsprüfung.

 Ziel der BKK Braun-Gillette ist und bleibt es, auch in Zukunft eine leistungsstarke und vielfältige Krankenversicherung zu bieten, die für jeden Versicherten bezahlbar ist. Aus diesem Grund wird sich die BKK als lebendiges und innovatives System stets flexibel den Marktanforderungen anpassen. Und dabei immer neue Wege suchen, um die Versorgungsqualität für ihre Versicherten auf diesem hohen Niveau zu garantieren.

Kompetent | zuverlässig | immer für mich da



Kronberg

Westerbachstraße 32
61476 Kronberg im Taunus
Telefon (06173) 3258-100
Telefax (06173) 3258-138

Marktheidenfeld

Baumhofstraße 40
97828 Marktheidenfeld
Telefon (09391) 28-4206
Telefax (09391) 28-4207

Walldürn

Waldstraße 9
74731 Walldürn
Telefon (06282) 68-3859
Telefax (06282) 68-3870

Berlin

Oberlandstraße 74 – 85
12099 Berlin (Tempelhof)
Telefon (030) 7564-1772
Telefax (030) 7564-1770

Wiesbaden

Frankfurter Straße 50
65178 Wiesbaden
Telefon (0611) 363-13773
Telefax (0611) 363-14814



**Betriebskrankenkasse
Braun-Gillette**

Kompetent / zuverlässig / immer für mich da

Rund-um-die-Uhr-Hotline:

(06173) 3258-30