



Satzung
der
Betriebskrankenkasse Linde
Wiesbaden

**Nachtrag Nr. 3
zu der Satzung der Betriebskrankenkasse Linde,
Wiesbaden, Konrad-Adenauer-Ring 33**

Artikel I

**1.) Änderung des Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der
Versicherten (§ 14a der Satzung)**

§ 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I.

- a. Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 22, 22a 25, 25a, 26 i.V.m. 55 SGB V, soweit sie dazu berechtigt sind, in Anspruch nehmen,
- b. Versicherte, die die einmaligen Gesundheitsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V in Anspruch nehmen oder
- c. Versicherte, die Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RIL) in Anspruch nehmen

erhalten einen Bonus.

II. Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.

- a) Ein Bonus wird für folgende Bereiche nach § 65a Abs. 1 SGB V im Anspruchszeitraum gewährt:
 1. Inanspruchnahme von vorgesehenen Zahnuntersuchungen nach §§ 22, 22a SGB V,
 2. Inanspruchnahme von vorgesehenen Kinder- und Jugenduntersuchungen gem. § 26 SGB V, sowie
 3. durchgeführte Schutzimpfungen nach § 20i SGB V.

Der Bonus für die in den Bereichen unter II a Nr. 1-3 genannten Maßnahmen beträgt für die erste Maßnahme 10,00 Euro. Der Bonus wird bei einer zweiten erfüllten Voraussetzung in dem gleichen Bereich um 5,00 Euro und bei jeder weiteren um 2,50 Euro erhöht.

b) Ein Bonus wird für folgende Bereiche nach § 65a Abs. 1a SGB V im Anspruchszeitraum gewährt, wenn:

1. ein Bewegungsangebot im qualitätsgesicherten Fitnessstudio, im eingetragenen Sportverein, im Reha-Zentrum, die Teilnahme an einer Sportveranstaltung unter qualifizierter sportlicher Leitung in Anspruch genommen wurde.
2. an einem Babyschwimmkurs teilgenommen wurde
3. eine Teilnahme an einem Präventionskurs § 20 Abs. 5 SGB V, „die regelmäßige Nutzung von Apps mit gesundheitsfördernden Inhalten oder regelmäßiges Online-Coaching vergleichbar mit den Themenfeldern gem. § 20 Abs. 5 SGB V erfolgte.

Der Bonus für die unter II b Nr. 1-3 genannten Maßnahmen beträgt jeweils 10,00 Euro pro Bereich.

c) Ein Zuschuss wird für

1. privat finanzierte Vorsorgeuntersuchungen und –leistungen (s. Anlage zu § 14a der Satzung), sowie
2. laufende Kranken- oder Pflegezusatzversicherungen gewährt.

Der Zuschuss für die unter II c) genannten Maßnahmen beträgt 10 Euro für privat finanzierte Vorsorgeuntersuchungen und –leistungen (s. Anlage zu § 14a der Satzung) und 20 Euro für laufende Kranken- und Pflegezusatzversicherungen.

Die in Anspruch genommenen Leistungen sind durch den Versicherten mittels Bonusheft nachzuweisen. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf dem Bonusheft dokumentiert. Kosten, die für den Nachweis von durchgeführten Maßnahmen entstehen, können nicht erstattet werden.

III. Versicherte haben ab Vollendung des 16. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.

a) Ein Bonus wird für folgende Bereiche nach § 65a Abs. 1 SGB V im Anspruchszeitraum gewährt:

1. Inanspruchnahme von vorgesehenen Zahnuntersuchungen nach §§ 22, 22a, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V

2. Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen gem. § 25 Abs. 1 SGB V,
3. Inanspruchnahme von organisierten Früherkennungsmaßnahmen nach § 25a SGB V,
4. Inanspruchnahme aller notwendigen Untersuchungen (inklusive Test) und Beratungen im Rahmen der Schwangerschaft (gynäkologische Erstanamnesen) entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr. 2), sowie
5. durchgeführte Schutzimpfungen nach § 20i SGB V.

Der Bonus für die im Bereich III a Nr. 1 genannte Maßnahme beträgt 20,00 Euro, in den Bereichen unter III a Nr. 2-5 genannten Maßnahmen beträgt dieser für die erste Maßnahme 10,00 Euro. Der Bonus wird bei einer zweiten erfüllten Voraussetzung in dem gleichen Bereich um 5,00 Euro und bei jeder weiteren um 2,50 Euro erhöht.

b) Weiterhin wird ein Bonus für folgenden Bereiche nach § 65a Abs. 1a SGB V im Anspruchszeitraum gewährt, wenn:

1. der Versicherte zum Zeitpunkt des Bonusantrages einen altersgerechten Body-Maß-Index hat,
2. der Versicherte zum Zeitpunkt des Bonusantrages seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher ist,
3. eine Teilnahme an einem Präventionskurs gem. § 20 Abs. 5 SGB V erfolgte, die regelmäßige Nutzung von Apps mit gesundheitsfördernden Inhalten oder regelmäßiges Online-Coaching vergleichbar mit den Themenfeldern gem. § 20 Abs. 5 SGB V,
4. ein Bewegungsangebot im qualitätsgesicherten Fitnessstudio, im eingetragenen Sportverein, im Reha-Zentrum, die regelmäßige Teilnahme am Training einer Hochschulsport- oder Betriebssportgruppe, die Teilnahme an einer Sportveranstaltung unter qualifizierter sportlicher Leitung in Anspruch genommen wurde.

Der Bonus für die unter III b Nr. 1-3 genannten Maßnahmen beträgt jeweils 10,00 Euro pro Bereich, der Bonus für die unter III b Nr. 4 genannte Maßnahme beträgt 20,00 Euro. Maßnahmen nach Nummer 1 und 2 lösen nur in Kombination mit mindestens einer der Maßnahmen der Nummern 3. und 4. einen Bonusanspruch aus.

c) Ein Zuschuss wird für

1. privat finanzierte Vorsorgeuntersuchungen und –leistungen (s. Anlage zu § 14a der Satzung), sowie
2. laufende Kranken- oder Pflegezusatzversicherung gewährt.

Der Zuschuss für die unter III c) genannten Maßnahmen beträgt 20 € für privat finanzierte Vorsorgeuntersuchungen und –leistungen (s. Anlage zu § 14a der Satzung), und 40 € für laufende Kranken- und Pflegezusatzversicherungen.

Die in Anspruch genommenen Leistungen sind durch den Versicherten mittels Bonusheft nachzuweisen. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf dem Bonusheft dokumentiert. Kosten, die für den Nachweis von durchgeführten Maßnahmen entstehen, können nicht erstattet werden.

- IV. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist für Anwartschaftsversicherte nach § 240 Abs. 4 b SGB V und für Personen, für die gemäß § 264 SGB V auftragsweise Leistungen erbracht werden, ausgeschlossen. Die Teilnahme ist nicht möglich, solange der Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht oder nach § 52 a SGB V ausgeschlossen ist.

Die Teilnahme am Bonusprogramm erfolgt durch eine schriftlich oder elektronisch übermittelte Erklärung des Versicherten. Die Teilnahme beginnt am ersten des Monats, in dem die Teilnahmeerklärung eingeht, frühestens mit dem Beginn der Versicherung. Die Teilnahme endet mit Ablauf von 12 Kalendermonaten (Teilnahmezeitraum).

Das Bonusheft ist innerhalb des Teilnahmezeitraumes mit einer Nachreichfrist von drei Monaten einzureichen. Mit Ablauf dieser Frist oder Beendigung der Versicherung bei der BKK Linde verfällt der Anspruch auf die Bonusprämie.

Der Bonus wird dem Versicherten nach Erfüllen der Voraussetzungen ausgezahlt.

2.) Änderung zu Anlage 14a der Satzung:

Anlage zu § 14a der Satzung

Bezuschussungsfähige, privat finanzierte, individuelle Gesundheitsleistungen gem. § 14a Abs. II c) Nr. 1 und III c) Nr. 1 der Satzung der BKK Linde:

- Akupunktur in der Schwangerschaft
- Bach-Blütentherapie
- Bio-Feedback bei Migräne
- Dünnschichtzytologie zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs
- HBA1c Bestimmung zur Früherkennung eines Diabetes
- Hochtontherapie
- Kunsttherapie
- Lichttherapie
- Sportmedizinische Untersuchung
- Toxoplasmose bei Schwangeren
- Streptokokkentest bei Schwangeren
- Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft
- Ultraschalluntersuchung der Brust zur Krebsfrüherkennung
- Magnetfeldtherapie bei Kreuzschmerz
- Stoßwellentherapie bei Kalkschulter
- Stoßwellentherapie bei Fersenschmerzen
- Fissurenversiegelung
- Hautkrebsvorsorge
- Knochendichtemessung
- Glaukom-Früherkennung
- Mammografie
- Zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung
- Labordiagnostische Wunschleistungen
- Doppler-Sonografie

3.) Änderung zum Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 14d der Satzung):

§ 14d Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Arbeitgeber erhalten einen Bonus, wenn sie ein mit der BKK Linde vereinbartes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Das Programm muss sich an den vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20b Abs. 1 SGB V orientieren. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz gesetzlich verpflichtet ist, kann kein Bonus gewährt werden.

- II. Die BKK Linde schließt auf Antrag des Arbeitgebers mit diesem einen Vertrag, der die Voraussetzungen der Bonusgewährung, deren Nachweise sowie die Höhe des Bonus regelt. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden von der BKK Linde nach § 20b Abs. 1 SGB V erbracht. Der Bonus kann bis zu 20 vom Hundert der Aufwendungen betragen, die vom Arbeitgeber im Rahmen des vereinbarten Programms nach Abs. 1 für die betriebliche Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen. Dieser Bonus ist vom Arbeitgeber vollständig für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verwenden. In dem Vertrag kann auch vereinbart werden, dass dem Arbeitgeber der Bonus vollständig oder teilweise in Form von Beratungsleistungen gewährt wird. Der Bonus wird für jedes vereinbarte Programm nur einmal gewährt.

- IV. Für die Teilnahme an einer Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch den Arbeitgeber erhält der Versicherte einen Bonus in Höhe von 10,00 Euro in einem Teilnahmezeitraum.

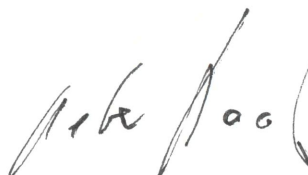
Artikel II

Die Satzungsänderung mit Nachtrag Nr. 3 tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Der Verwaltungsrat hat diesen Satzungsnachtrag am 29.03.2021 beschlossen.

Wiesbaden, 29.03.2021
Betriebskrankenkasse Linde
Der Vorstand


Peter Raab





Genehmigung


Der vom Verwaltungsrat im schriftlichen Umlaufverfahren im März 2021 beschlossene 3. Nachtrag zur Satzung vom 1. Januar 2019 wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 30. April 2021

213 - 59707.0 - 2341 / 2018

Bundesamt für Soziale Sicherung

Im Auftrag


Domscheit



Übersicht zur Satzung

§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	4
§ 2	Verwaltungsrat	6
§ 2a	Versichertenälteste	9
§ 3	Vorstand	10
§ 4	Widerspruchsausschuss	12
§ 5	Kreis der versicherten Personen	14
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft	19
§ 7	Aufbringung der Mittel	21
§ 8	Bemessung der Beiträge	21
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitrag	22
§ 9a	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	22
§ 10	Fälligkeit der Beiträge	23
§ 10a	Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen	24
§ 11	Höhe der Rücklage	25
§ 12	Leistungen	25
§ 12a	Primärprävention	28
§ 12b	Schutzimpfungen	29
§ 12c	Leistungsausschluss	30
§ 13	Kostenerstattung	31
§ 13a	Wahltarife Krankengeld	34
§ 13b	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	46
§ 13c		47
	Wahltarif besondere Versorgung	47
§ 14	Medizinische Vorsorgeleistungen	47
§ 14a	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	48
§ 14b	Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern im ambulanten Bereich	51
§ 14c	Geburtsvorbereitungskurse für Väter	54
§ 14d	Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	55
§ 15	Kooperation mit der PKV	56

§ 16 Aufsicht	56
§ 17 Mitgliedschaft im Landesverband	56
§ 18 Bekanntmachungen	56
§ 19 Veröffentlichung des Jahresrechnungsergebnisse	57
Artikel II	58
Anlage zu § 2 der Satzung	59
Anlage zu § 14a der Satzung	62
Anlage zu § 9a der Satzung	64

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen **Betriebskrankenkasse Linde** sowie die Abkürzung BKK Linde.

Die Betriebskrankenkasse Linde ist errichtet worden am 01. Oktober 1952.
Sie hat ihren Sitz in Wiesbaden.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland, insbesondere auf die Betriebe im gesamten Bundesgebiet der:

- A. Linde Aktiengesellschaft, Wiesbaden,
- B. Linde Gas Produktionsgesellschaft mbH & Co. KG, Pullach,
- C. Linde Kältetechnik GmbH & Co. KH, Köln, mit Ihren Betrieben im Bundesgebiet,
- D. Linde Ladenbau GmbH & Co. KG, Bad Hersfeld,
- E. Still GmbH, Hamburg, mit ihren Betrieben im Bundesgebiet,
- F. Atlas Copco Energas GmbH, Köln, mit den Betrieben in Köln und Saarbrücken,
- G. Linde KCA-Dresden GmbH, Dresden,
- H. Linde Gas Therapeutics GmbH & Co. KG, Unterschleißheim,
- I. MUK Logistik GmbH, München, mit den Betrieben in München, Regensburg, Garching, Markgröningen und Kassel,
- J. HEAG Holding AG – Beteiligungsmanagement der Wissenschaftsstadt Darmstadt (HEAG)
- K. HEAG Südhessische Energie AG (HSE)
 - a. ENTEGA GmbH & Co. KG
 - b. ENTEGA Energieeffizienz GmbH & Co. KG
 - c. Count+Care GmbH & Co. KG
 - d. e-netz Südhessen GmbH & Co. KG
 - e. HSE NATURpur Energie AG
 - f. HSE Netz AG
 - g. HSE Entsorgung GmbH

- h. HSE Medianet GmbH
- i. HSE Abwasserreinigung GmbH & Co. KG
- j. Hessenwasser GmbH & Co. KG
- k. citiworks AG
- l. MW-Mayer GmbH
- m. Industriekraftwerk Breuberg GmbH
- n. Verteilnetzbetreiber (VNB) Rhein-Main-Neckar GmbH & Co. KG
- o. Forest Carbon Group AG

L. HEAG mobilo GmbH

- a. HEAG mobiBus GmbH & Co. KG
- b. HEAG mobiTram GmbH & Co. KG
- c. HEAG mobiServ GmbH
- d. Nahverkehr-Service GmbH (NVS)

M. Bauverein AG

- a. HEAG Wohnbau GmbH

§ 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 jeweils zum Beginn eines Kalenderjahres.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 12 Versichertenvertreter und vier Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Vertreter der Versicherten hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Anzahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmanteil 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. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
 4. den Vorstand zu wählen und dessen Tätigkeiten vertraglich zu regeln,
 5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstands zu beauftragen,
 6. den Vorstand zu überwachen,
 7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten.
 8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 9. die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
 10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
 11. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.
- 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 Verwaltungsrats 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 des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.

- 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 den mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der Abstimmung. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 2a Versichertenälteste

- I. Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat 15 Versichertenälteste sowie 6 Listenstellvertreter gewählt. Eine Wiederwahl ist zulässig.

- II. Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Die Entschädigung der Versichertenältesten gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 Absatz VI dieser Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

- III. Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten zu fördern und diese zu beraten und zu betreuen.

Zu den Aufgaben der Versichertenältesten gehören insbesondere die Versicherten über neue gesetzliche Regelungen in der Krankenversicherung zu unterrichten, Auskünfte in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erteilen, die Versicherten über die ihnen nach Gesetz und Satzung zustehenden Leistungen aufzuklären und sie bei der Antragstellung auf Leistungen zu unterstützen, Kontakte zum Arbeitgeber zu pflegen und den Arbeitgeber sowie die Betriebskrankenkasse bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen.

§ 3 Vorstand

- I. Der Vorstand besteht aus einer Person, die hauptamtlich die Geschäfte der Betriebskrankenkasse führt. Ein leitender Beschäftigter der Betriebskrankenkasse nimmt dessen Stellvertretung wahr.

- 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.

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 Verwaltungsrats 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 einzustellen.

§ 4 Widerspruchsausschuss

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

- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus je einem Vertreter der Gruppe der Versicherten und der Gruppe der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrats der Betriebskrankenkasse mit je einer Stimme.

 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

 3. Der Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses wird von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrats gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird durch die Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrats gewählt.
Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrats. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. Die §§ 40 bis 42, 59 und 63 Abs. 3 a 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. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die vom Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
 - 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 Vorruhestandsgesetz gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des 2. Monats bis zur 12. Woche einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des 2. Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Abs. III Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,

5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in 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 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1.1.1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1.1.1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1.1.1985 der 1.1.1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des 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.

II. Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur Betriebskrankenkasse 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 5 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. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 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).
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
5. innerhalb von 6 Monaten nach ständigen Aufenthalts im Inland oder innerhalb von 3 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.

III. 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

- 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 Abs. 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 mit Erfüllung der Voraussetzungen für die Familienversicherung.

- IV. Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach §§ 13a der Satzung gewählt wurde. Hier gelten die Sondervorschriften § 13a Absätze II bis V der Satzung.

- V. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können ihre Mitgliedschaft ohne Einhaltung der Frist nach Absatz 1 Satz 1 kündigen, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen BKK begründet werden soll. Die Kündigungsfrist nach Abs. I Satz 2 ist zu beachten.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

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

§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- I. Die Durchführung des U1- Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen. Die Durchführung des U2- Verfahrens obliegt der Betriebskrankenkasse Linde selbst.
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse Linde. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden für das U1-Verfahren an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet. Die gezahlten Umlagen für das U2-Verfahren werden von der Betriebskrankenkasse Linde als Sondervermögen verwaltet.
- III. Bezüglich des U1- Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen. Das U2- Verfahren wird gemäß § 9 Abs. 1 AAG von der Betriebskrankenkasse Linde durchgeführt und in der Anlage zu § 9a der Satzung beschrieben.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.
Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.
- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen

I. Mahngebühr

Gemäß § 19 Absatz 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG) wird eine Mahngebühr erhoben. Diese beträgt ein halbes Prozent des Mahnbetrages, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 150 Euro. Die Mahngebühr wird auf volle Euro aufgerundet.

II. Beitragsvorschüsse

- a) Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,
- die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
 - bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
 - die sich in den letzten 12 Monate in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
 - die keine Beitragsnachweise einreichen.
- b) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 50 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 einer Krankheit
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- 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.

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer

Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit 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 12 Wochen je Krankheitsfall und höchstens 400,00 Euro im Monat begrenzt. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, Haushaltshilfe, soweit dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit ganz oder teilweise nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der Krankheit, längstens für einen Zeitraum von 28 Tagen, gewährt. Bei Befürwortung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen kann sie für längstens weitere 28 Tage gewährt werden. Lebt im Haushalt ein Kind, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, wird die Haushaltshilfe für die Dauer der Krankheit, längstens für einen Zeitraum von 90 Tagen gewährt.

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

Als angemessen werden bei einem notwendigen achtstündigen Einsatz die nachgewiesenen Aufwendungen bis zu einem täglichen Höchstbetrag von

2,5 v. H. der sich nach § 18 SGB IV ergebenden monatlichen Bezugsgröße, auf- oder abgerundet auf den nächsten geraden Euro-Betrag, angesehen.

3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i.V. mit § 61 Satz 1 SGB V.

§ 12a Primärprävention

I. 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 individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

- Bewegungsgewohnheiten:
 1. Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 2. Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

- Ernährung:
 1. Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 2. Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

- Stressmanagement
 1. Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
 2. Förderung von Entspannung

- Suchtmittelkonsum:
 1. Förderung des Nichtrauchens
 2. Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/ Reduzierung des Alkoholkonsums

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt.

- II. Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst angeboten werden, können von den Versicherten ohne Kostenbeteiligung in Anspruch genommen werden.

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, höchstens jedoch 100,00 EUR je Behandlungsfeld und Kalenderjahr gewährt. Bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhöht sich dieser Zuschuss auf 100 v. H. der entstandenen Kosten, höchstens aber 100,00 EUR je Behandlungsfeld und Kalenderjahr.

§ 12b Schutzimpfungen

- I. Sofern nicht ein gesetzlicher Anspruch auf Sachleistung nach § 20i Abs. 1 SGB V besteht, übernimmt die Betriebskrankenkasse gem. § 20i Abs. 2 SGB V die Kosten in Höhe von 80 v. H. für den Impfstoff bei Schutzimpfungen gegen folgende Erkrankungen:
- Hepatitis A und B
 - Cholera
 - Gelbfieber
 - Meningokokken-Meningitis
 - Polio
 - Tollwut
 - Typhus
- II. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

- III. Über die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene generelle Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV) für alle Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse diese Impfung ausschließlich nach ärztlicher Indikation auch für Frauen vom 15. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr.

§ 12c Leistungsausschluss

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

§ 13 Kostenerstattung

- I. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse wählen. Sie sind von der Betriebskrankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. 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.
- II. 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).
- III. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistung durch spezifizierte Rechnungen und ärztliche Verordnungen nachzuweisen.
- IV. 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.
- V. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine evtl. Beschränkung auf den ambulanten Bereich gebunden.
Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden.

Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.

- VI. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. je Kostenerstattungsfall, höchstens 40,00 EUR, für Verwaltungskosten zu kürzen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
- VII. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.
- Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

- VIII. Abweichend von Absatz VII. 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.

§ 13a Wahltarife Krankengeld

I.

Die Betriebskrankenkasse bietet hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V), unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V), einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes von 15. bis zum 42. Tag an.

II.

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

III.

Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der folgenden Absätze.

Teilnahme

- I. Die Betriebskrankenkasse Linde bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (*Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt*). Der Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Wahltarifkrankengeld als Entgeltersatz für Einnahmen i. S. d. § 223 Abs. 3 S. 2 SGB V wählen (Premiumtarif). Der Tarif kann nicht gewählt werden, wenn das 60. Lebensjahr am Tag der Wahlerklärung vollendet ist, es sein denn, der Tarif wird im unmittelbaren Anschluss an einen vorher bestehenden Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt.

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

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

- IV. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse Linde.
- V. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats,

frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

- VI. Die Mitglieder müssen die Betriebskrankenkasse Linde unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der Betriebskrankenkasse Linde aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Betriebskrankenkasse Linde haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
- VII. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Betriebskrankenkasse Linde nachzuweisen und die Betriebskrankenkasse Linde über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
- VIII. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

- IX. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

für den Personenkreis der Selbstständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

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

für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten i.S.v. § 53 Abs. 6 SGB V:

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

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

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

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

XIII. Die Betriebskrankenkasse Linde darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

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

XV. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.

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

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),

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

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

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

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

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird

- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
- -solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse Linde

XX. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.

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

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

Zahlung

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

XXIII. Im Rahmen des Premiumtarifs wird Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die Betriebskrankenkasse Linde an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

XXIV. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld im Premiumtarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird,

längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

XXV. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse Linde eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse Linde eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

XXVI. Die Betriebskrankenkasse Linde kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei

Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 30.

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

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

ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

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

XXX. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26ff genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten

Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse Linde über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht.

§ 13b Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse Linde 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.

§ 13c Wahltarif besondere Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse Linde bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach §§ 140a SGB V an. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweiligen 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.

§ 14 Medizinische Vorsorgeleistungen

- I. Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 EUR.
- II. Für die Dauer der Maßnahme nach Absatz I gilt die Regelung gemäß § 23 Abs. 5 Satz 4 SGB V.

§ 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, und von den unter Nr. 1-4 genannten Voraussetzungen innerhalb des Teilnahmezeitraums von 12 Monaten mindestens 2 Aktivitäten nachweisen (Pflichtaktivitäten).

Der Versicherte kann seinen Bonus durch Erbringung weiterer freiwilliger Leistungen (Nr. 5-10) innerhalb des Teilnahmezeitraums von 12 Monaten steigern (Wahlaktivitäten).

Eine Bonuszahlung ausschließlich für freiwillige Leistungen (ohne Pflichtleistungen Nr. 1-4) ist nicht möglich.

1. Die Versicherten nehmen ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
2. Die Versicherten nehmen jährlich (Frauen ab 20 Jahren, Männer ab 45 Jahren) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
3. Die Versicherten ab der Vollendung des 18. Lebensjahres, nehmen einmaljährlich nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung einmal je Kalenderhalbjahr nach § 22 SGB V in Anspruch zu nehmen.
4. Der Versicherte hat die nach § 20 i SGB V gewährten Schutzimpfungen vollständig in Anspruch genommen.
5. Inanspruchnahme aller notwendigen Untersuchungen (inklusive Test) und Beratungen im Rahmen der Schwangerschaft (Gynäkologische Erstanamnesen) entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA (Abschnitt A Nr. 2)
6. Mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinder- und Jugenduntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch. Diese Maßnahme gilt nur als erfüllt, wenn alle mitversicherten Kinder und Jugendlichen die vorgesehenen Maßnahmen in Anspruch genommen haben. Sind beide Eltern bei der BKK Linde versichert, kann diese Maßnahme nur von einem Elternteil angerechnet werden.

7. Der Versicherte ist zum Zeitpunkt des Bonusantrages seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher.
 8. Der Versicherte nimmt an Bewegungsangeboten im qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder im eingetragenen Sportverein oder im Reha-Zentrum teil oder es wurde im Teilnahmezeitraum das deutsche Sportabzeichen oder Schwimmabzeichen abgelegt.
 9. Der Versicherte hat zum Zeitpunkt des Bonusantrages einen altersgerechten Body-Maß-Index.
 10. Der Versicherte nimmt eine qualitätsgesicherte Leistung zur Primärprävention gemäß § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch.
- II. Die in Anspruch genommenen Leistungen sind durch den Versicherten mittels Bonusheft nachzuweisen. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf dem Bonusheft quittiert. Kosten, die für den Nachweis von durchgeführten Maßnahmen entstehen, können nicht erstattet werden.

Der Bonus für die unter Nr. 1- 4 genannten Voraussetzungen beträgt insgesamt 30,00 Euro. Der Versicherte muss mindestens 2 der Voraussetzungen nachweisen.

Der Bonus für die unter Nr. 5 genannten Voraussetzungen beträgt 10,00 Euro. Der Bonus für die unter Nr. 6 genannten Voraussetzungen beträgt 20,00 Euro.

Der Bonus für die unter Nr. 7-10 genannten Voraussetzungen beträgt insgesamt 30,00 Euro. Der Versicherte muss mindestens 2 der Voraussetzungen nachweisen.

- III. Da die Betriebskrankenkasse Linde den Bereich der Prävention weiter fördern will, beteiligt sie sich an den Kosten, die der Versicherte in Eigenleistung für Vorsorge oder Gesundheitsleistungen erbracht hat.
- Dazu wird der unter Abs. I Nr. 1 - 10 i. V. m. Abs. II erzielte Bonus verdoppelt, wenn eine bezuschussfähige Maßnahme gem. Anlage zu § 14a der Satzung vorliegt.

Der maximale Bonus beträgt 180,00 Euro.

- IV. Teilnahmeberechtigt sind Versicherte, die das 16. Lebensjahr vollendet haben. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist für Anwartschaftsversicherte nach § 240 Abs. 4 a SGB V und für Personen, für die gemäß § 264 SGB V auftragsweise Leistungen erbracht werden, ausgeschlossen. Die Teilnahme ist nicht möglich, solange der Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht oder nach § 52 a SGB V ausgeschlossen ist.

Die Teilnahme am Bonusprogramm erfolgt durch eine schriftlich oder elektronisch übermittelte Erklärung des Versicherten. Die Teilnahme beginnt am ersten des Monats, in dem die Teilnahmeerklärung eingeht. Frühestens mit dem Beginn der Versicherung. Die Teilnahme endet mit Ablauf von 12 Kalendermonaten (Teilnahmezeitraum).

Die Bonuskarte ist innerhalb des Teilnahmezeitraumes mit einer Nachreichfrist von drei Monaten einzureichen. Mit Ablauf dieser Frist oder Beendigung der Versicherung bei der BKK Linde verfällt der Anspruch auf die Bonusprämie.

Der Bonus wird dem Versicherten nach Erfüllen der Voraussetzungen ausgezahlt.

§ 14b Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern im ambulanten Bereich

- I. Die Krankenkasse gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage von § 27b Abs. 6 SGB V bei onkologischen Indikationen zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren (ambulant und stationär) Eingriffen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.
- II. Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch Ärzte mit denen die Krankenkasse eine Vereinbarung nach Absatz 5 getroffen hat, prüfen lassen, ob der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von diesem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.
- III. Der Anspruch auf Zweitmeinung bezieht sich ausschließlich auf die Diagnosen folgender onkologischer Erkrankungen: ICD Code C00-C97-Bösartige Neubildungen in den Bereichen Lippe, Mundhöhle, Pharynx, Verdauungsorgane, Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, Knochen und Gelenkknorpel, Haut, Mesotheliales Gewebe, Weichteilgewebe, Brustdrüse (Mamma), Weibliche Genitalorgane, Männliche Genitalorgane, Harnorgane, Auge, Gehirn, sonstige Teile des Zentralnervensystems, Schilddrüse, sonstige endokrine Drüsen, sowie bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen, des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, Primärtumoren an mehreren Lokalisationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.
- IV. Alle Versicherten der Krankenkasse können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Krankenkasse

krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

- V. Die Krankenkasse trifft zur Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen mit nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Erbringer der Zweitmeinung über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind
1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
 2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

Die Krankenkasse führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der Krankenkasse veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die Krankenkasse den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

- VI. Rahmen der vorgenannten Vereinbarungen verpflichtet die Krankenkasse ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.
- VII. Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Krankenkasse in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet.

- VIII. Die vorstehenden Regelungen gelten bis zur Bekanntmachung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den § 27b Abs. 2 SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V.

§ 14c Geburtsvorbereitungskurse

- I. Die BKK Linde gewährt werdenden Vätern einen Zuschuss für die Teilnahme an einem Partner/Väter - Geburtsvorbereitungskurs, sofern sie während der Teilnahme bei der BKK Linde versichert sind und der Kurs von einer Hebamme durchgeführt wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist.

- II. Der Zuschuss beträgt 80 % der entstandenen Kosten, jedoch nicht mehr als 100 Euro. Für die Erstattung des Zuschusses sind der Kasse die Originalrechnung und eine Teilnahmebestätigung der Hebamme einzureichen.

- III. Der Anspruch auf den Zuschuss besteht nicht, wenn der Geburtsvorbereitungskurs vor dem 01.01.2016 absolviert worden ist.

§ 14d Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Arbeitgeber erhalten einen Bonus, wenn sie ein mit der BKK Linde vereinbartes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Das Programm muss sich an den vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20b Abs. 1 SGB V orientieren. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz gesetzlich verpflichtet ist, kann kein Bonus gewährt werden.

- II. Die BKK Linde schließt auf Antrag des Arbeitgebers mit diesem einen Vertrag, der die Voraussetzungen der Bonusgewährung, deren Nachweise sowie die Höhe des Bonus regelt. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden von der BKK Linde nach § 20b Abs. 1 SGB V erbracht. Der Bonus kann bis zu 20 vom Hundert der Aufwendungen betragen, die vom Arbeitgeber im Rahmen des vereinbarten Programms nach Abs. 1 für die betriebliche Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen. Dieser Bonus ist vom Arbeitgeber vollständig für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verwenden. In dem Vertrag kann auch vereinbart werden, dass dem Arbeitgeber der Bonus vollständig oder teilweise in Form von Beratungsleistungen gewährt wird. Der Bonus wird für jedes vereinbarte Programm nur einmal gewährt.

§ 15 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 17 Mitgliedschaft im Landesverband

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

§ 18 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkk-linde.de, nachrichtlich durch einwöchigen Aushang in den Betrieben gem. § 1 Abs. II dieser Satzung und in den Räumen der Betriebskrankenkasse.

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.

§ 19 Veröffentlichung des Jahresrechnungsergebnisse

Die Betriebskrankenkasse Linde veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der Betriebskrankenkasse Linde veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der Betriebskrankenkasse Linde aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Die Satzung wurde von den Verwaltungsräten der Betriebskrankenkasse Linde und der HEAG BKK am 01.12.2015 beschlossen.
2. Die Satzung tritt zum 01.01.2016 in Kraft.

Siegel

Verwaltungsratsvorsitzender der
BKK Linde

alternierende Verwaltungsratsvorsitzende
der BKK Linde

Siegel

Verwaltungsratsvorsitzender der
HEAG BKK

Alternierender Verwaltungsratsvorsitzender
der HEAG BKK

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigungsrichtlinien

I. **Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrats**

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

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung maximal begrenzt auf das Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes (§ 6 BRKG i.V. m. § 4 Abs.5 Satz 1 Nr. 5 Satz 2 EStG)*). Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind.

Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen **).

Übernachtungsgeld nach der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung, maximal begrenzt auf die jeweils gültigen Sätze des Bundesreisekostengesetzes (§ 7 Abs. 1 BRKG)***).

*) 24stündige Abwesenheit: 24,00 EUR; 14- bis 24stündige Abwesenheit: 12,00 EUR; 8- bis 14stündige Abwesenheit: 6,00 EUR

**) Kürzung des vollen Tagegeldsatzes: Frühstück 20 %, Mittag- und Abendessen jeweils 40 %

***) Übernachtungsgeld nach § 7 Abs. 1 BRKG: 20,00 EUR

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, werden unter Beachtung des § 6 Abs. 2 BRKG erstattet, unabhängig davon, ob der Inklusivpreis nach Übernachtungs- und Frühstücksanteil getrennt auf derselben Rechnung ausgewiesen ist; vorausgesetzt der Frühstücksanteil ist nicht als gesonderte Wahlleistung erkennbar.

1.2 Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten 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 Economy-Klasse (Touristen-Klasse),
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbereitungen einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 62,00 EUR.

3. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tag

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tag 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.

II. Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 77,00 EUR.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

2. Auslagenersatz

Die den alternierenden Vorsitzenden für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen sind in Höhe der tatsächlichen Kosten zu erstatten. Bei nicht oder nur schwer nachweisbaren Kosten (z. B.

Telefongespräche) genügt die Glaubhaftmachung durch Einzelaufstellung und schriftliche Erklärung.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

III. 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 I. Ziffer 1.

Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags gezahlt. In diesem Fall bemisst sich der Pauschbetrag gem. I. Ziffer 2. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

IV. Entschädigung der Versichertenälteste

Die Versichertenältesten erhalten den Ersatz der baren Auslagen wie in Nr. 1 Ziffer 1 geregelt.

Anlage zu § 14a der Satzung

Bezuschussfähige individuelle Gesundheitsleistungen gem. § 14a Abs. III der Satzung der BKK Linde:

- Glaukomfrüherkennung mittels Perimetrie,

- Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie,
- Knochendichtemessung,
 - Mammografie,
 - PSA-Bestimmung,
 - Hautkrebsvorsorge (außerhalb der gesetzl. Vorsorgeuntersuchung),
 - Doppler-Sonografie,

 - Zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung,
 - Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft auf Wunsch der Schwangeren (z. B. AFP, Toxoplasmose, Triple-Test zur Risikoabschätzung des M. Down),
 - Durchführung eines HPV-Tests zusammen mit einem Pap-Test und
 - Bezuschussung von Prämien für eine laufende Kranken- und Pflegezusatzversicherung.

Anlage zu § 9a der Satzung

Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§ 1 Anwendbare Vorschriften

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

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

- I. Die Betriebskrankenkasse Linde erstattet den nach § 1 Abs. II und III AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag
 1. 100 vom Hundert des nach § 1 Abs. II Nr. 1 AAG gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld sowie
 2. 100 vom Hundert des nach § 1 Abs. II Nr. 2 AAG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgeltes.
- II. Zusätzlich zur Erstattung nach Abs. I Nr. 2 werden dem Arbeitgeber die von diesem zu tragenden Beiträge nach § 1 Abs. II Nr. 3 AAG pauschaliert in Höhe von 20 vom Hundert des fortgezahlten Arbeitsentgeltes erstattet.

§ 3 Aufbringung der Mittel

- I. Die Mittel zur Durchführung des Umlageverfahrens U2 wird 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 Betriebskrankenkasse Linde verwaltet die Mittel für das Umlageverfahren als Sondervermögen. Es werden Betriebsmittel gebildet, welche zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. III AAG).

§ 4 Umlagesätze

Der U2 Umlagesatz beträgt **0,44** vom Hundert.

§ 5 Widerspruchsausschuss

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

§ 6 Organe

- I. Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der Betriebskrankenkasse Linde obliegt dem Vorstand. Der Vorstand vertritt die Ausgleichskasse gerichtlich und außergerichtlich oder bestimmt einen Mitarbeiter der dies übernimmt.

- II. In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendung nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.
- III. Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließt, 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 des Umlagesatzes zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 7 Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes

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

§ 8 Jahresrechnung

Für die Aufstellung, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses gilt § 77 Abs. I SGB IV i. V. m. § 9 Abs. I Nr. 4 und Abs. IV AAG entsprechend. Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließen die Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.

§ 9 Prüfung der Geschäfts-, Betriebs- und Rechnungsführung.

Die §§ 2 und 3 der Satzung geltend entsprechen.