



**Satzung**

**der**

**Betriebskrankenkasse der  
VICTORIA und D.A.S.  
Versicherungs-Gesellschaften**

**Stand: Januar 2012**

Artikel I – Inhalt der Satzung	3
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	3
§ 2 Verwaltungsrat	4
§ 3 Vorstand	6
§ 4 Widerspruchsausschuss	7
§ 5 Kreis der versicherten Personen	8
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	11
§ 7 Aufbringung der Mittel	12
§ 8 Bemessung der Beiträge	13
§ 8 a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge	14
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag	15
§ 9a nicht belegt	16
§ 9b Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG	17
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	18
§ 11 Höhe der Rücklage	19
§ 12 Leistungen	20
§ 12a Primärprävention	23
§ 12b Schutzimpfungen	24
§ 12c Leistungsausschluss	25
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen	26
§ 13a nicht belegt	27
§ 13b nicht belegt	28
§ 13c nicht belegt	29
§ 13d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	30
§ 13e Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	34
§ 14 Wahltarife Krankengeld	35
§ 15 Kooperation mit der PKV	39
§ 16 Aufsicht	40
§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband	41
§ 18 Bekanntmachungen	42
§ 19 nicht belegt	43
Artikel II - Inkrafttreten	44

## 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 der VICTORIA und D.A.S. Versicherungs-Gesellschaften. Kurzform: BKK VICTORIA-D.A.S.

Sie ist am 1. Januar 2005 durch die Vereinigung der Betriebskrankenkasse der VICTORIA und D.A.S. Versicherungs-Gesellschaften und der Betriebskrankenkasse A. Bagel Düsseldorf errichtet worden.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Düsseldorf.

- II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe:

- A. Bagel GmbH & Co. KG, Düsseldorf
- Bagel Roto-Offset GmbH & Co. KG, Düsseldorf
- Baka GmbH & Co. KG, Ratingen
- BaSiCo Finishing GmbH & Co. KG, Düsseldorf
- Bruckmann Tiefdruck GmbH & Co. KG, Düsseldorf
- D.A.S. Deutscher Automobil Schutz Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-Aktiengesellschaft, München, sowie auf deren Verwaltungsstellen und alle daran angeschlossenen Außenstellen im Bundesgebiet
- ERGO Versicherung AG, Düsseldorf, sowie auf deren Verwaltungsstellen und alle daran angeschlossenen Außenstellen im Bundesgebiet
- ERGO Versicherungsgruppe AG, Düsseldorf, sowie auf deren Verwaltungsstellen und alle daran angeschlossenen Außenstellen im Bundesgebiet
- ISI Storage GmbH & Co. KG, Düsseldorf
- ITERGO Informationstechnologie GmbH, Düsseldorf, sowie auf deren Verwaltungsstellen und alle daran angeschlossenen Außenstellen im Bundesgebiet
- Longial GmbH, Düsseldorf, sowie auf deren Verwaltungsstellen und alle daran angeschlossenen Außenstellen im Bundesgebiet
- Karl Rauch Verlag GmbH & Co. KG, Düsseldorf
- Slim Logistik GmbH & Co. KG, Düsseldorf
- Sirius-Inkasso GmbH, Düsseldorf
- Tiefdruck Schwann-Bagel GmbH & Co. KG, Düsseldorf
- TSB Retail Verwaltungs GmbH, Düsseldorf
- Victoria Lebensversicherung AG, Düsseldorf, sowie auf deren Verwaltungsstellen und alle daran angeschlossenen Außenstellen im Bundesgebiet
- Viwis GmbH, München

Die Betriebskrankenkasse der VICTORIA und D.A.S. Versicherungs-Gesellschaften ist für die Gebiete der Länder im gesamten Bundesgebiet zuständig.

## § 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, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.

II Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder acht Versichertenvertreter und acht Vertreter der Arbeitgeber bzw. deren Stellvertreter an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

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 Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,
10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.

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

IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

- VI Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bilden.
- VII Entschädigungen an Mitglieder des Verwaltungsrates nach festen Sätzen und Pauschbeträgen im Sinne des § 41 Abs. 1 und 3 SGB IV werden nicht gezahlt.
- VIII Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- IX 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.
- X Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

### § 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.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
  2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
  3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
  4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
  5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung 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.
  - V Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

## § 4 Widerspruchsausschuss

- I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Düsseldorf.
- II
1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.
  2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
  3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
  4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
  5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung.
  6. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
  7. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
  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 von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

## § 5 Kreis der versicherten Personen

### I Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
- 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 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 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 § 23 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,

10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraumes Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbstständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruches 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 in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf 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 fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 50 Jahre alt sind,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
5. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

### III Familienversicherte

Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

## § 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse 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 zwei 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 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Betriebskrankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.
- III Abweichend von Abs. 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 der Familienversicherung.

## **§ 7      Aufbringung der Mittel**

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

## **§ 8 Bemessung der Beiträge**

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

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

- I Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Absatz 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
  1. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
  2. unter den in Absatz II und III genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Absatz 4a SGB V zu zahlen ist,
  3. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
  
- II Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, das der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommene Leistungen verzichtet.
  
- III Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

## **§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag**

Wird ein Zusatzbeitrag erhoben, ist dieser vom Mitglied an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Betriebskrankenkasse kann mit dem Arbeitgeber des Mitgliedes vereinbaren, dass der Zusatzbeitrag zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an sie gezahlt wird. Die Zahlungspflicht des Mitgliedes wird durch diese Vereinbarung nicht aufgehoben.

Die BKK VICTORIA-D.A.S. erhebt von Ihren Mitgliedern zurzeit keinen Zusatzbeitrag

**§ 9a nicht belegt**

**§ 9b Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG**

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

## § 10 Fälligkeit der Beiträge

- 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 Restbetrag 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 mit Ausnahme 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).

## **§ 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 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 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.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 SGB V in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V.

### III Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,
  - a) wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, eine Operation ambulant durchgeführt wurde und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für den Zeitraum der ärztlich bescheinigten Notwendigkeit, längstens für den Zeitraum gewährt, für den bei einer Operation im Krankenhaus Krankenpflege gewährt worden wäre;
  - b) wenn im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, nach ärztlicher Feststellung durch die Haushaltshilfe eine Krankenhauspflege entbehrlich wird und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, für die Dauer der ansonsten zu gewährenden Krankenhauspflege;

- c) wenn eine Hausentbindung oder eine ambulante Entbindung im Krankenhaus erfolgt ist, längstens für einen Zeitraum von sechs Tagen;
  - d) wenn im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlicher Feststellung durch Krankheit der Haushalt nicht weitergeführt werden kann, längstens für einen Zeitraum von 28 Tagen. § 37 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend;
  - e) bei Unfällen oder schweren Erkrankungen kann die BKK Haushaltshilfe für einen Zeitraum von 28 Tagen gewähren, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zustimmt.
  - f) sollte über den Zeitraum von 28 Tagen weiterhin Haushaltshilfe erforderlich sein, kann die BKK diese nur gewähren, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zustimmt;
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 Verschwägerete bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 SGB V in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

#### IV Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK VICTORIA-D.A.S. vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK VICTORIA-D.A.S. davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenden Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK VICTORIA-D.A.S. bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 Euro für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen 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 BKK VICTORIA-D.A.S. bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 3,00 Euro und maximal 50,00 Euro für Verwaltungskosten und fehlende 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 BKK VICTORIA-D.A.S. die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die BKK VICTORIA-D.A.S. 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.

#### V Kostenerstattung Wahlarzneimittel

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 27,50 v. H. als Abschlag für die BKK VICTORIA-D.A.S. entgangenen Vertragsrabatte sowie 10,00 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
2. § 12 Abs. IV Nr. 4, 5 und 6 gelten.

## § 12a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK VICTORIA-D.A.S. auf Basis des Leitfadens 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 nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement

- Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimordales Stressmanagement)
- Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Die Förderung durch die BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt. Die Wiederholung gleicher Maßnahmen im Folgejahr ist ausgeschlossen.

Leistungen, die von der BKK VICTORIA-D.A.S. selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern wird bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten, ein einmaliger Finanzierungszuschuss von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 150,00 Euro je Kalenderjahr gewährt.

Bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhöht sich der Zuschuss auf 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 188,00 € im Kalenderjahr.

Bei Empfänger/innen von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld I und II und Grundsicherung erstattet die BKK nach vorheriger Prüfung und Genehmigung der Leistung die Kosten vollständig und für die Versicherten vorleistungsfrei direkt an den Leistungserbringer.

## § 12b Schutzimpfungen

VI Die Betriebskrankenkasse übernimmt über die in § 20d Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V aufgeführten Schutzimpfungen hinaus für die folgenden Impfungen:

- HPV für weibliche Versicherte im Alter von 18 bis 26 Jahren
- FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)
- Influenza (Grippe)
- Rotaviren bei Säuglingen von der vollendeten 6. Lebenswoche bis zur vollendeten 26. Lebenswoche.

In Verbindung mit einem nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes:

- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)
- Meningokokken
- Tollwut
- Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)
- Typhus
- Cholera
- Gelbfieber.

VII Die Impfungen werden nicht erbracht, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

VIII Die Betriebskrankenkasse erbringt die Impfungen abweichend von Absatz I auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, sofern diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Absatz II gilt entsprechend.

## § 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 Medizinische Vorsorgeleistungen**

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe

kalendertäglich 13,--€.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss

kalendertäglich 21,--€.



**§ 13a nicht belegt**

**§ 13b nicht belegt**



**§ 13c nicht belegt**

## § 13d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus. Die Bonushöhe wird gestaffelt und auf der Basis eines Punktesystems ermittelt. Dabei entsprechen 10 Punkte 1,00 EUR. Bonusjahr ist das jeweilige Kalenderjahr; in einem Bonusjahr erzielte Punkte sind nicht auf das Folgejahr übertragbar und verfallen.

Es werden folgende Bonusmodelle angeboten:

1. Bonusmodell Altersgruppe 0 – 14 Jahre

Teilnehmen können Versicherte der Altersgruppe 0 bis 14 Jahre.

Folgende Vorsorgeaktivitäten führen zur Bonusqualifizierung:

Vorsorgeaktivität	Punkte
<p>A Inanspruchnahme der vorgesehenen Kinderuntersuchungen (U1 bis U9)</p> <p>Die Bonuspunkte werden in dem Kalenderjahr berücksichtigt, in dem die U9 in Anspruch genommen wurde und alle Vorsorgeuntersuchungen (U1 – U9) lückenlos nachgewiesen werden.</p>	50
<p>B Inanspruchnahme Kinder- bzw. Jugenduntersuchung U10 / J1</p> <p>Die Bonuspunkte werden in dem Kalenderjahr berücksichtigt, in dem die U10/J1 in Anspruch genommen wurde.</p>	50
<p>C Inanspruchnahme der gesetzlich vorgesehenen Zahnprophylaxe im Kalenderjahr</p> <p>Die Bonuspunkte werden in jedem Kalenderjahr berücksichtigt, soweit die Inanspruchnahme der Individualprophylaxe nach den Regelungen des § 22 SGB V halbjährlich nachgewiesen wird.</p>	50
<p>D Inanspruchnahme der Vorsorgeimpfungen im Kalenderjahr</p> <p>Die Bonuspunkte werden jeweils im Kalenderjahr der durchgeführten Vorsorgeimpfung berücksichtigt. Werden in einem Kalenderjahr mehrere Vorsorgeimpfungen durchgeführt, so erfolgt die Berücksichtigung nur einmal im Kalenderjahr.</p>	50
<p>E Nachweis der regelmäßigen sportlichen Aktivität</p> <p>Der Nachweis der regelmäßigen sportlichen Aktivität gilt durch den Nachweis der aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein als erbracht.</p>	50
<p>F Nachweis, dass das Körpergewicht im Bereich Normalgewicht liegt. Als Orientierungswert gilt der Body-Maß-Index (BMI), der sich wie folgt errechnet: Körpergewicht (in kg) geteilt durch das Quadrat der Körpergröße (in m)</p> <p>Die Bonuspunkte werden jeweils im Kalenderjahr des Nachweises berücksichtigt.</p>	50

2. Bonusmodell Altersgruppe 15 – 34 Jahre

Teilnehmen können Versicherte der Altersgruppe 15 bis 34 Jahre.

Folgende Vorsorgeaktivitäten führen zur Bonusqualifizierung:

Vorsorgeaktivität	Punkte
<p>A Inanspruchnahme der Krebsvorsorgeuntersuchung für Frauen – ab dem Alter von 20 Jahren.</p> <p>Die Bonuspunkte werden in dem Kalenderjahr berücksichtigt, in dem die Krebsvorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen wurde.</p>	150
<p>B Inanspruchnahme der gesetzlich vorgesehenen Zahnprophylaxe im Kalenderjahr</p> <p>Die Bonuspunkte werden in jedem Kalenderjahr berücksichtigt, soweit die Inanspruchnahme der Zahnprophylaxe nachgewiesen wird.</p>	75
<p>C Inanspruchnahme der Vorsorgeimpfungen im Kalenderjahr</p> <p>Die Bonuspunkte werden jeweils im Kalenderjahr der durchgeführten Vorsorgeimpfung berücksichtigt. Werden in einem Kalenderjahr mehrere Vorsorgeimpfungen durchgeführt, so erfolgt die Berücksichtigung nur einmal im Kalenderjahr.</p>	75
<p>D Teilnahme an einer qualitätsgesicherten Maßnahme zur Primärprävention</p> <p>Die Bonuspunkte werden jeweils im Kalenderjahr der durchgeführten Maßnahme berücksichtigt. Werden in einem Kalenderjahr mehrere Maßnahmen durchgeführt, so erfolgt die Berücksichtigung nur einmal im Kalenderjahr.</p>	50
<p>E Nachweis der regelmäßigen sportlichen Aktivität</p> <p>Der Nachweis der regelmäßigen sportlichen Aktivität gilt durch den Nachweis der aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein als erbracht. Darüber hinaus gilt der Erwerb des Sportabzeichens als Nachweis.</p>	50
<p>F Nachweis der Teilnahme an gesundheitlichen Maßnahmen</p> <p>Der Nachweis ist durch eine Teilnahmebescheinigung zu erbringen. Zu den bonusfähigen gesundheitlichen Maßnahmen zählen Nichtraucherurse, Screenings, Gewichtsreduktionskurse, qualitätsgesicherte Fitnesskurse, Kurse des Kneipp-Bundes, Kurse des Deutschen Sportbundes, Rückenschule, Kieser-Training sowie auf eigene Kosten wahrgenommene therapeutische Maßnahmen in Kurorten.</p> <p>Je Bonusjahr wird nur eine Maßnahme bonifiziert.</p>	50
<p>G Nachweis, dass das Körpergewicht im Bereich Normalgewicht liegt. Als Orientierungswert gilt der Body-Maß-Index (BMI), der sich wie folgt errechnet: Körpergewicht (in kg) geteilt durch das Quadrat der Körpergröße (in m) Die Bonuspunkte werden jeweils im Kalenderjahr des Nachweises berück-</p>	50

sichtigt.

Voraussetzung der Berücksichtigung von Bonuspunkten ist, dass mindestens der Nachweis einer der erbrachten Vorsorgeaktivitäten der Ziffern 1 bis 3 sowie mindestens eine weitere Maßnahme nachgewiesen wird.

### 3. Bonusmodell Altersgruppe ab 35 Jahre

Teilnehmen können Versicherte ab einem Lebensalter von 35 Jahren.

Folgende Vorsorgeaktivitäten führen zur Bonusqualifizierung:

	Vorsorgeaktivität	Punkte
A	Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung (Check up) – ab dem 35. Lebensjahr	150
	Die Bonuspunkte werden in dem Kalenderjahr berücksichtigt, in dem die Gesundheitsuntersuchung in Anspruch genommen wurde.	
B	Inanspruchnahme der Krebsvorsorgeuntersuchung für Frauen – ab dem 20. Lebensjahr und Männer ab dem 45. Lebensjahr	150
	Die Bonuspunkte werden in dem Kalenderjahr berücksichtigt, in dem die Krebsvorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen wurde.	
C	Inanspruchnahme der gesetzlich vorgesehenen Zahnprophylaxe im Kalenderjahr	75
	Die Bonuspunkte werden in jedem Kalenderjahr berücksichtigt, soweit die Inanspruchnahme der Zahnprophylaxe nachgewiesen wird.	
D	Inanspruchnahme der Vorsorgeimpfungen im Kalenderjahr	75
	Die Bonuspunkte werden jeweils im Kalenderjahr der durchgeführten Vorsorgeimpfung berücksichtigt. Werden in einem Kalenderjahr mehrere Vorsorgeimpfungen durchgeführt, so erfolgt die Berücksichtigung nur einmal im Kalenderjahr.	
E	Teilnahme an einer qualitätsgesicherten Maßnahme zur Primärprävention	50
	Die Bonuspunkte werden jeweils im Kalenderjahr der durchgeführten Maßnahme berücksichtigt. Werden in einem Kalenderjahr mehrere Maßnahmen durchgeführt, so erfolgt die Berücksichtigung nur einmal im Kalenderjahr.	
F	Nachweis der regelmäßigen sportlichen Aktivität	50
	Der Nachweis der regelmäßigen sportlichen Aktivität gilt durch den Nachweis der aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein als erbracht. Darüber hinaus gilt der Erwerb des Sportabzeichens als Nachweis.	
G	Nachweis der Teilnahme an gesundheitlichen Maßnahmen	50
	Der Nachweis ist durch eine Teilnahmebescheinigung zu erbringen. Zu den bonusfähigen gesundheitlichen Maßnahmen zählen Nichtraucherurse, Screenings, Gewichtsreduktionskurse, qualitätsgesicherte Fitnesskurse,	

Kurse des Kneipp-Bundes, Kurse des Deutschen Sportbundes, Rückenschule, Kieser-Training sowie auf eigene Kosten wahrgenommene therapeutische Maßnahmen in Kurorten.

Je Bonusjahr wird nur eine Maßnahme bonifiziert.

- H Nachweis, dass das Körpergewicht im Bereich Normalgewicht liegt. Als Orientierungswert gilt der Body-Maß-Index (BMI), der sich wie folgt errechnet: 50  
Körpergewicht (in kg) geteilt durch das Quadrat der Körpergröße (in m)

Die Bonuspunkte werden jeweils im Kalenderjahr des Nachweises berücksichtigt.

Voraussetzung der Berücksichtigung von Bonuspunkten ist, dass mindestens der Nachweis einer der erbrachten Vorsorgeaktivitäten der Ziffern 1 bis 4 sowie mindestens eine weitere Maßnahme nachgewiesen wird.

- II Zum Nachweis der Bonusqualifizierung stellt die BKK den Versicherten BKK-Bonus-Hefte zur Verfügung.

Die erzielten Punkte werden nach Ablauf des Bonusjahres umgerechnet und dem Versicherten als einmalige Beitragsermäßigung für das Kalenderjahr überwiesen, wenn bis zum 31.03. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage des BKK-Bonus-Heftes nachgewiesen werden. Dabei wird der Bonus für Familienversicherte nach § 10 SGB V als Beitragsermäßigung dem Hauptversicherten zugeordnet.

- III Versicherte, die drei Jahre in Folge an dem Bonusprogramm nach Absatz I. teilgenommen haben und somit kontinuierlich einen Bonus erhalten haben, erhalten einen „Aktivbonus“ in Höhe von einmalig 50,00 EUR. Dabei ist der Aktivbonus für das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen auf insgesamt 150,00 EUR begrenzt. Der Aktivbonus kann erneut frühestens nach weiteren drei Jahren beansprucht werden.

- IV Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm gemäß § 137 f SGB V teilnehmen, erhalten eine Prämie. Für jedes weitere Jahr der Teilnahme wird eine weitere Prämie in Höhe von 40,00 EUR gewährt.

Es wird folgende Prämie gewährt:

Prämie (jeweils nach Ablauf eines Jahres)	40,00 EUR
---	-----------

Die Teilnahmeprämie wird nur bei der Erstteilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm gewährt. Die erneute Teilnahme aufgrund eines Arztwechsels oder die Teilnahme an einem weiteren strukturierten Behandlungsprogramm führt nicht zu einer erneuten Teilnahmeprämie. Bei einer Teilnahme an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen wird die Teilnahmeprämie für jedes Jahr nur einmal gewährt.

Die Prämie wird nach Ablauf des Prämienjahres dem Versicherten als einmalige Beitragsermäßigung für das Kalenderjahr überwiesen, wenn bis zum 31.03. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen nachgewiesen werden. Dabei wird die Teilnahmeprämie für Familienversicherte nach § 10 SGB V als Beitragsermäßigung dem Hauptversicherten zugeordnet.

### § 13e Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung <sup>1</sup>

- 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, Medizinischen Versorgungszentren 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 sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Hausärzte zur Verfügung.
- III Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach - Absatz II kann frühestens vier Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

---

<sup>1</sup> Satzungsnachtrag Nr. 1 vom 05.12.2011 – in Kraft ab 01.01.2012

## § 14 Wahltarife Krankengeld

### Allgemeines

- I Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist. Mitglieder ab Vollendung des 65. Lebensjahres können einen Tarif nur wählen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Laufzeit des Tarifs mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren.

### Anspruch

- II Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung nach § 40 Abs. 2 SGB V oder Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Abs. 4 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 den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- III Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld
  1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 43),
  2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel K 15) (Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifs 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. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
- IV Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskranken-

kasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

- V 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.
- VI 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; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
  - mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI
  - mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XV oder XVI,
  - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,
  - mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres.

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

#### Höhe

- VII Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Versicherten 25 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarife S 43 und K 15).
- VIII 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 der zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelte/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

#### Zahlung

- IX Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz IV 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 Fäl-

len noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

#### Dauer

- X Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung für längstens 180 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem 3-Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 180. Tages. Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.
- XI Abweichend von Absatz X besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

#### Ruhen

- XII Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahlтарifen, der nach Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
- XIII 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.

#### Wahl/Beginn/Laufzeit

- XIV 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; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden. 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.

Kündigung

- XV Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XVI frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- XVI 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 Prämienerrhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Prämien

- XVII Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VII ergeben sich die Tarifkennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen:

Tarif	EUR
S 43	130,50
K 15	130,50

- XVIII Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Absatz XIX. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages 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.
- XIX Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens
  - bei monatlicher Zahlung am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
 Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.
- XX Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.
- XXI Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

## **§ 15 Kooperation mit der PKV**

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

## **§ 16 Aufsicht**

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt.

## **§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband**

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

## § 18 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK VICTORIA-D.A.S. erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und im Betrieb. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsförmel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert. Außerdem im Internet unter [www.bkk-victoria-das.de](http://www.bkk-victoria-das.de) sowie nachrichtlich im Versichertenmagazin „meine Gesundheit“.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 2 Wochen.

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



**§ 19 nicht belegt**

## Artikel II - Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 27. Juni 2011 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 1. August 2011 in Kraft.
3. Gleichzeitig treten die Satzung vom 1. Januar 2005 und die dazu ergangenen Nachträge 1 – 20 außer Kraft.

Düsseldorf, 27. Juni 2011

Der Vorsitzende des  
Verwaltungsrates

Der alternierende Vorsitzende  
des Verwaltungsrates

gez. Baumann

gez. Poganaz

<b>Satzung / Nachtrag</b>	<b>Tag des Inkrafttretens</b>
<i>Satzung (Neufassung)</i>	<i>1. August 2011</i>
<i>1. Nachtrag</i>	<i>1. Januar 2012</i>