Satzung der BKK Miele

Stand: 27.03.2024

Inhaltsverzeichnis

Artikel I 4

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse 4
§ 2 Verwaltungsrat 4
§ 2a Versichertenälteste 6
§ 3 Vorstand 6
§ 4 Widerspruchsausschuss 7
§ 5 Kreis der versicherten Personen 8
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft 11
§ 7 Aufbringung der Mittel 11
§ 8 Bemessung der Beiträge 11
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz 12
§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz 12
§ 10 Fälligkeit der Beiträge 12
§ 11 Höhe der Rücklage 12
§ 12 Leistungen 13
§ 12a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung 16
§ 12b Schutzimpfungen 16
§ 12c Leistungsausschluss 17
§ 12d Leistung zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V 17
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen 17
§ 13a Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme 18
§ 13b Wahltarif besondere Versorgung 18
§ 13c Wahltarif Krankengeld 18
§ 13d Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung 22
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten 22
§ 14a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung 24
§ 15 Zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V 25
§ 15a Osteopathie 25
§ 15b Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapieformen 25
§ 15c Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante psychotherapeutische Behandlung 26
§ 15d Nicht zugelassene Leistungserbringer – stationäre Behandlung 26
§ 15e Schwangerschaftsleistungen – § 23 SGB V 27
§ 15f Professionelle Zahnreinigung 28
§ 15g Künstliche Befruchtung 28
§ 15h Rufbereitschaft Hebammen 28
§ 15i Medizinische Vorsorgeleistungen 29
§ 15j Zahnärztliche Behandlung 29
§ 15k Zusätzliche Hilfsmittel der Kinderorthopädie 30

§ 15l Unterkieferprotrusionsschienen 30
§ 15m Ärztliche Zweitmeinung 30
§ 15n Sportmedizinische Untersuchung und Beratung 31
§ 15o Taktilographie 32
§ 15p Nicht zugelassene Leistungserbringer – Ambulante Behandlung 32
§ 16 Kooperation mit der PKV 32
§ 17 Aufsicht 33
§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband 33
§ 19 Bekanntmachungen 33

Artikel II 33
Inkrafttreten 33

Artikel III 34
Anlage zu § 2 der Satzung 34
Entschädigungsregelung 34
I Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrats 34
II Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats 35
III Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen 36

Anlage zu § 9a der Satzung 36
Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichgesetz 36
§ 1 Anwendung von Satzungsbestimmungen 36
§ 2 Verwaltungsrat 36
§ 3 Widerspruchsausschuss 36
§ 4 Kreis der ausgleichsberechtigten Arbeitgeber 37
§ 5 Aufbringung der Mittel, Umlagesatz und Nachweis 37
§ 6 Fälligkeit der Umlage 37
§ 7 Höhe der Erstattungen, Vorschüsse 37
§ 8 Bildung von Betriebsmitteln 38
§ 9 Haushaltsplan 38
§ 10 Rechnungsabschluss 38

Anlage zu § 14 der Satzung 39

Anlage zu § 15m der Satzung 40
Ärztliche Zweitmeinung 40

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

B e t r i e b s k r a n k e n k a s s e M i e l e

Sie ist errichtet worden am 01. Januar 1997.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 33332 Gütersloh.

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebsstätten folgender Arbeitgeber:

Firma Miele & Cie. KG, Gütersloh, in: Gütersloh, Arnsberg, Bielefeld, Bünde, Euskirchen, Lehrte, Oelde und Warendorf, auf das innerdeutsche Miele Experience Center in 10117 Berlin, der MZ OHG, Gütersloh, der VGD Verw. GmbH, Gütersloh, der VGD KG, Gütersloh, der Miele Retail GmbH, Gütersloh und der MSP GmbH, Gütersloh und der Miele Operations & Payment Solutions GmbH;

Warendorf – Die Küche GmbH, Warendorf, Firma Simonswerk GmbH, Rheda-Wiedenbrück, und Firma Simonswerk GmbH & Co. KG, Heiligenstadt.

§ 2 Verwaltungsrat

I

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

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

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

   Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01. Januar des Kalenderjahres.

II Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 9 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an. Mit Beginn der 13. Sozialwahlperiode gehören dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse 11 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an. Der Arbeitgebervertreter wird von der Firma Miele & Cie. KG gestellt. Er hat zwei Stellvertreter, davon wird einer von der Firma Simonswerk GmbH gestellt. Der Arbeitgebervertreter hat die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen.

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. die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen,

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 Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,

10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen.

11. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung der Prüfer 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 Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

VII Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind.

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.

Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 2a Versichertenälteste

I Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat 2 Versichertenälteste gewählt.

II Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

III Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen. Hierzu gehören die Weiterleitung von Informationen der Betriebskrankenkasse an die Versicherten, Unterstützung der Versicherten bei Leistungsanträgen, Aufklärung der Versicherten über die ihnen nach Gesetz und Satzung zustehenden Leistungen.

§ 3 Vorstand

I Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.

II Der Vorstand wird vom Arbeitgeber auf dessen Kosten bestellt. Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat.

III Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer 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 Zur Unterstützung des Vorstandes bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Personen.

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 33332 Gütersloh.

II

1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 3 Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter. Der Arbeitgebervertreter hat die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen.

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

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird vom Arbeitgeber bestellt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis Ihre Nachfolger das Amt antreten.

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

5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und einem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

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

7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.

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 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 (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des 2. Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungs-gesetzes,

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 Rentenantrags 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 Rentenantrags 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 Rentenantrags 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. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,

4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen,

5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,

6. innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren,

7. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme 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 Die in Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie zu dem in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören oder

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

3. der Ehegatte bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

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

6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/ Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

IV 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 12 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

II Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitragssatz 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 Zusatzbeitragssatzes 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 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 in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

IV Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 15 gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen des § 15 Absätze XVI und XVII gekündigt werden.

§ 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 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,2 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

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

§ 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 Zusatzbeitrages 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 am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGBV).

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 75 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 Erfassung von gesundheitlichen Risiken und 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 unterhaltsichernde 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 die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt**.**

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 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, 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, der Versicherte nach ärztlicher Bescheinigung wegen einer akuten Erkrankung oder aufgrund einer med. notwendigen Begleitung zur stationären oder ambulanten Behandlung eines erkrankten Kindes den Haushalt nicht weiterführen und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit.

   Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von vier Wochen gewährt. Nach Einzelfallprüfung kann dieser Zeitraum verlängert werden, wenn dadurch eine stationäre Behandlung vermieden werden kann, 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.

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 Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

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

IV Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v.H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v.H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen.

2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.

3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

V Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.

5. 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.

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

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf 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 Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

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

VI 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 einen Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Der Abzug der Abschläge erfolgt als Pauschale und ist ausgehend vom Apotheken-verkaufspreis wie folgt gestaffelt:

./. 25 v.H.	als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte
./. 10 v. H	als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel
./.	gesetzliche Zuzahlungen

   § 12 Abs. V Nr. 4 und 5 gelten.

§ 12a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

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, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem:

- individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V)
- Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V)
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V).

Die Handlungsfelder ergeben sich aus dem Präventionsleitfaden in der jeweils gültigen Fassung.

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung der Versicherten gewährt, sofern sie an mindestens 80 % der Kurseinheiten teilnehmen.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o.g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweise über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 85 v.H. der entstandenen Kosten, max. aber 300,00 EUR je Kalenderjahr gewährt. Der Zuschuss wird für höchstens zwei der o.g. Maßnahmen pro Kalenderjahr gewährt und ist nicht auf den Leistungserbringer übertragbar.

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen gewährt die BKK Miele auf Basis der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen „Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von § 20 SGB V“ im Rahmen der Primärprävention für die Bereiche Bewegung, Ernährung und Stressreduktion sowie Prävention des Suchtmittelmissbrauchs für die Teilnahme ihrer Versicherten an den genannten Leistungen der Primärprävention im Rahmen der „Aktivwoche“ einen Zuschuss in Höhe von 200,00 EUR für Erwachsene bzw. 150,00 EUR für Kinder jeweils pro Maßnahme. Unter den vorgenannten Bedingungen gewährt die BKK Miele erwachsenen Versicherten bei Teilnahme am „BKK Well-Aktiv“ Programm einen Zuschuss von 200,00 EUR. Der Zuschuss wird bei Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an den Präventionsleistungen gewährt und nur für eine der o.a. Maßnahmen pro Kalenderjahr.

§ 12b Schutzimpfungen

I Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen im Rahmen der jeweils gültigen Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss. Darüber hinaus für:

- Schutzimpfungen gegen Meningokokken bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
- Schutzimpfungen gegen HP-Viren bei Frauen bis zum vollendeten 26. Lebensjahr,
- Schutzimpfungen gegen Herpes Zoster Viren

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 Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten abweichend von Absatz I auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, wenn 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 Leistungsinanspruchnahme 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.

§ 12d Leistung zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V

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

II Ausgenommen sind Leistungen, die lediglich allgemeine Kenntnisse im Umgang mit Hard- und Software oder den Umgang mit einer konkreten Softwareanwendung vermitteln, ohne den Bezug zu Gesundheitsthemen zu beinhalten.

III Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 250,- EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 EUR.

§ 13a Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ1
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ2
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

§ 13b Wahltarif besondere Versorgung

I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

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

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

§ 13c Wahltarif Krankengeld

Allgemeines

I Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an.

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 (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich.

Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der 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 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 Miele S1 oder Miele S2),

2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel Miele K).

Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XV festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

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 BKK Miele 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 Leistung, auch wenn diese von öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder berufsständischen Versorgungseinrichtungen bezogen wird
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XVI oder XVII,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,
- mit Ablauf der 78. Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

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 30,- EUR täglich (Tarif Miele S1) oder 60,- EUR täglich (Tarif Miele S2).

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

Zahlung

IX Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. § 45 Abs. 8 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

Dauer

X Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit (aufgrund derselben Erkrankung) für längstens 546 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 Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 546. 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 XI 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. 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. 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 Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Mitglieder, welche das 65. Lebensjahr vollendet haben, können diese Tarife nur wählen, wenn unmittelbar vor dieser Altersgrenze (nahtlos) bereits eine Versicherung mit Krankengeldanspruch bestanden hat.

Kündigung

XV Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 2 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 XVII 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 Prämienerhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Prämien

XVII Aus den Ausführungen nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VIII ergibt sich die Tarifkennzahl. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in dem Tarif:

Tarif	Beitrag EUR	Tagegeld EUR
Miele S1	46,50	30,00
Miele S2	103,80	60,00
Miele K	20,00	30,00

XVIII Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. 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.

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

§ 13d Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

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

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten im Rahmen des § 65a Absatz 1 SGB V einen Bonus für jeden der folgenden Punkte, wenn die vollständige Durchführung bzw. Inanspruchnahme nachgewiesen wird.

1. Inanspruchnahme einer Gesundheits- oder Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach § 25 oder § 25a SGB V in Verbindung mit den gültigen Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien oder den Krebsfrüherkennungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

2. Versicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für das beantragte Kalenderjahr vollständig in Anspruch.

3. Die Versicherte hat die Leistungen der Mutterschaftsvorsorge nach der Mutterschaftsrichtlinie gemäß § 24d SGB V in Anspruch genommen.

4. Inanspruchnahme von Schutzimpfungen nach § 12b dieser Satzung oder nach § 20i SGB V.

5. Versicherte, die in einem Kalenderjahr zwischen Vollendung des 6. und 18. Lebensjahres zweimal im Kalenderjahr die prophylaktischen Untersuchungen nach § 22 Absatz 1 SGB V in Anspruch nehmen.

6. Mindestens einmal im Kalenderjahr Inanspruchnahme der Leistung zur Früherkennung von Zahnerkrankungen gemäß § 55 Absatz 1 Sätze 3 und 4 SGB V oder § 22a SGB V.

II Versicherte erhalten einen Bonus im Rahmen des § 65a Absatz 1a SGB V, wenn einer der folgenden Punkte nachgewiesen wird.

1. Erfolgreiches Absolvieren eines vom Deutschen Olympischen Sportbund anerkannten Sportabzeichens (z. B. Radfahren, Laufen, Rudern), nach zuvor durchgeführtem, qualifiziert begleiteten Vorbereitungstraining. Es werden alle anerkannten Sportabzeichen sowie Schwimmabzeichen anerkannt.

2. Regelmäßige Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Bewegungsangeboten in einem qualifizierten Sportverein oder qualitätsgesicherten Fitnessstudio.

3. Regelmäßige Teilnahme an einer zertifizierten Maßnahme zur primären Prävention gem. § 20 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 5 SGB V.

4. Regelmäßige und vollständige Nutzung einer entsprechend dem Verzeichnis nach §§ 33a und 139e Absatz 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 der Digitalen Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) zugelassenen und im Einzelfall verordneten Digitalen Gesundheitsanwendung, wenn sich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) inhaltlich auf ein Handlungsfeld des Präventionsleitfadens nach § 20 SGB V richtet. Die BKK Miele führt eine Liste der berücksichtigungsfähigen DiGA.

III Für Versicherte, die erstmalig eine Maßnahme Absatz I im Rahmen Ihrer Handlungsfähigkeit gemäß § 36 SGB I in Anspruch nehmen, erhöht sich der Bonus nach § 14 bis zu dem Kalenderjahr der Vollendung des 25. Lebensjahres um 100 %, für jeweils die Kalenderjahre, in denen die einzelnen Maßnahmen in Anspruch genommen und vollständig durchgeführt werden.

IV Der Bonus kann kalenderjährlich beantragt werden. Die Erfüllung der Voraussetzungen ist durch Bestätigung von durchführenden Ärzten oder beteiligten Leistungsanbietern oder durch geeignete Belege nachzuweisen, die schriftlich oder elektronisch übermittelt werden können.

Die BKK Miele behält sich jedoch vor, zur Prüfung des Anspruchs im Einzelfall Originalunterlagen anzufordern. Alle Maßnahmen werden dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die vollständige Durchführung abgeschlossen wurde.

Die Höhe des Bonus für jede Maßnahme nach den einzelnen Punkten ergibt sich aus der Anlage zu § 14 der Satzung. Der Bonus wird für jeden erfüllten Punkt grundsätzlich einmalig gewährt. Nur für Maßnahmen § 14 Absatz 1 Nummer 4 erfolgt eine Bonifizierung für jede vollständig abgeschlossene Maßnahme (Immunisierung).

Die Absätze I bis III führen zu jeweils eigenständigen Bonusansprüchen. Soweit Bonusansprüche nach den Absätzen I bis III entstanden sind, werden diese zu einem Gesamtbetrag addiert und gemeinsam ausbezahlt.

Beitragsrückstände und andere bestehende Außenstände des Versicherten bei der BKK Miele können mit dem auszuzahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden. Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 16 Absatz 3a SGB V ruhen, können nicht am Bonusprogramm teilnehmen.

Teilnehmer müssen zum Zeitpunkt der Erfüllung der Bonus-Voraussetzungen bei der BKK Miele versichert sein. Eventuell entstandene Kosten für die Bestätigung der Maßnahmen können nicht erstattet werden.

§ 14a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

I

1. Die in § 1 genannten Arbeitgeber erhalten einen Bonus, wenn sie Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverband herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung nachweisen und diese nicht bereits Gegenstand ihrer Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements sind.

2. Die Betriebskrankenkasse kann hierzu mit den Arbeitgebern für alle oder für ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

3. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Gesundheitsförderung nicht überschreiten.

II

1. Versicherte Beschäftigte haben Anspruch auf einen Bonus für die mindestens zu 80 % nachgewiesene Teilnahme an zertifizierten Maßnahmen zur BGF, die der Arbeitgeber aufgrund des mit der BKK geschlossenen Vertrages nach Absatz I anbietet.

2. Den Bonus erhalten die Versicherten für maximal eine erfolgreich absolvierte Maßnahme mit 20,- EUR pro Kalenderjahr. Der Bonus kann kalenderjährlich beantragt werden. Die Erfüllung der Voraussetzungen ist durch Bestätigung von beteiligten Leistungsanbietern oder durch geeignete Belege nachzuweisen, die schriftlich oder elektronisch übermittelt werden können. Die BKK Miele behält sich jedoch vor, zur Prüfung des Anspruchs im Einzelfall Originalunterlagen anzufordern. Alle Maßnahmen werden dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die vollständige Durchführung abgeschlossen wurde.

Beitragsrückstände und andere bestehende Außenstände des Versicherten bei der BKK Miele können mit dem auszuzahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden. Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 16 Absatz 3a SGB B ruhen, können nicht am Bonusprogramm teilnehmen.

Teilnehmer müssen zum Zeitpunkt der Erfüllung der Bonus-Voraussetzungen bei der BKK Miele versichert sein. Eventuell entstandene Kosten für die Bestätigung der Maßnahmen können nicht ersttatet werden.

III Für Versicherte, die erstmalig eine Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen, erhöht sich der Bonus nach § 14a bis zu dem Kalenderjahr der Vollendung des 25. Lebensjahres um 100 % für jeweils die Kalenderjahre, in denen die einzelnen Maßnahmen in Anspruch genommen und vollständig durchgeführt werden.

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

Die Versicherten der BKK Miele haben Anspruch auf zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Umfang und Dauer ergeben sich aus den nachfolgend aufgeführten Regelungen:

§ 15a Osteopathie

I Die Versicherten der BKK Miele können osteopathische Leistungen bei Vorlage einer ärztlichen Verordnung in Anspruch nehmen, wenn die Behandlung medizinisch geeignet ist, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Leistungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen worden sind. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung qualitätsgesichert durch einen Leistungserbringer erbracht wird, der dem Berufsverband der Osteopathen angehört oder durch seine Ausbildung zum Beitritt berechtigt ist.

II Die Übernahme der Leistung ist beschränkt auf maximal sechs Sitzungen pro Versicherten und Kalenderjahr. Die Kostenerstattung erfolgt in Höhe von 80 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 70,00 EUR pro Sitzung. Für die Erstattung sind die ärztlichen Dokumente und Rechnungen vorzulegen.

§ 15b Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapieformen

I Die BKK Miele erstattet ihren Versicherten Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie nach den Indikationsfeldern

- Neurodermitis
- Asthma bronchiale und
- Krebserkrankungen

sofern

1. deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und

2. die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
3. das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

II Erstattet werden für Arzneimittel nach Absatz I die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag in Höhe von 100,00 EUR pro Kalenderjahr und Versicherten. Die Erstattung erfolgt nur unter Vorlage der ärztlichen Dokumente und spezifizierten Apothekenrechnungen.

III Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7-9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.

IV Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2-5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

§ 15c Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante psychotherapeutische Behandlung

I Versicherte der BKK Miele können auf Antrag ambulante psychotherapeutische Behandlungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und ein wohnortnaher Leistungserbringer im Sinne des 4. Kapitel des SGB V keinen Therapieplatz in einem zumutbaren Zeitraum zur Verfügung stellen kann.

II Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügt und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen kann.

III Die Behandlungsnotwendigkeit wird durch
1. einen vom Therapeuten erstellten Antrag, der den Psychotherapierichtlinien entspricht, und die Vorlage eines ärztlichen Konsiliarberichts nachgewiesen.
2. Durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bestätigt.

IV Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen, maximal jedoch für 5 probatorische und 25 weitere therapeutische Behandlungseinheiten. Sind darüber hinaus im Einzelfall weitere Behandlungseinheiten notwendig, können bis zu 25 weitere Behandlungseinheiten nach Maßgabe der in Absatz 2 genannten Voraussetzungen beantragt werden.

V Eine Kostenerstattung erfolgt maximal in Höhe der Vertragssätze nach dem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab). Die Erstattung erfolgt nur unter Vorlage der ärztlichen Dokumente und spezifizierten Abrechnungen.

§ 15d Nicht zugelassene Leistungserbringer – stationäre Behandlung

I Von der BKK Miele werden Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V übernommen. Voraussetzungen dafür sind:

1. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
2. der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie in einem zugelassenen Krankenhaus,
3. die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
4. ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der BKK Miele vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
5. die BKK Miele hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme schriftlich zugestimmt.

II Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

III Die Versicherten erhalten mit Zustimmung nach Abs. I Nr. 5 durch die BKK Miele eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§ 15e Schwangerschaftsleistungen – § 23 SGB V

I Vorsorge- und zusätzliche Leistungen während der Schwangerschaft werden auf Antrag der Versicherten nach der Entbindung bezuschusst. Zuschussfähig sind über die gesetzlich geregelten Vorsorgeleistungen und Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien hinaus folgende Zusatzleistungen:

1. Toxoplasmose-Screening
   Bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z.B. Kontakt mit Katzen).
2. Ringelröteln, Streptokokken und Windpockentest
   Bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko.

   Dazu gehören:
   a. Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
   b. B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. Bis 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedelung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
   c. Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.

3. Zytomegalie-Test
   Bei schwangeren Frauen, die bereits ein Kind haben, welches das 6. Lebensjahr nicht überschritten hat.
4. Folsäureversorgung
   Bei schwangeren Frauen, die einen Folsäuremangel aufweisen.

Der Anspruch besteht, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken oder eine Schwächung der Gesundheit der Schwangeren, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen.

Insgesamt ist ein Zuschuss von maximal 100,00 EUR je Schwangerschaft möglich.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Vorsorgeleistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung (Kassenarzt) im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnimmt oder der nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist. Zur Kostenerstattung sind der BKK Miele spezifizierte Rechnungen vorzulegen.

II Geburtsvorbereitungskurse für werdende Väter werden nach der Entbindung erstattet. Erstattungsfähig sind nur Leistungen von Hebammen nach der Hebammen-Gebühren-Verordnung. Pro Kurs werden maximal 20,00 EUR erstattet.

Zur Kostenerstattung sind die Rechnungen einzureichen.

§ 15f Professionelle Zahnreinigung

I Versicherte können zusätzlich zu ihren in § 28 Abs. 2 SGB V geregelten Ansprüchen eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch nehmen, soweit die Leistung von einem Zahnarzt durchgeführt oder veranlasst wurde.

II Die professionelle Zahnreinigung muss folgende Kriterien erfüllen:
- Überprüfung und/oder Unterweisung in der häuslichen Mundhygiene mit speziellen Maßnahmen (z.B. Anfärben), Inspektion der Zähne und des Zahnfleisches.
- gründliche Zahnreinigung (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und der Zahnzwischenräume, Politur der Zähne (z.B. mit Pulverstrahlgeräten und speziellen Polierern), der Füllungen und Kronenränder, damit sich für eine gewisse Zeit auf der glatten Oberfläche keine Bakterien mehr festsetzen können.
- Fluoridierung der Zähne mit konzentrierten Präparaten.
- ggf. die Abgabe einer Ernährungsempfehlung

III Für Leistungen, die die Voraussetzungen nach Absatz 1 und 2 erfüllen, übernimmt die BKK Miele nach Vorlage der Rechnungen 100 v.H. der Kosten, maximal aber je Versicherten und Kalenderjahr 80,00 EUR.

§ 15g Künstliche Befruchtung

Die BKK Miele übernimmt 100% der mit dem Behandlungsplan nach § 27 a Abs. 3 SGB V genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt wurden. Zur Kostenerstattung müssen Rechnungen vorgelegt werden.

§ 15h Rufbereitschaft Hebammen

Versicherte Frauen, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, erstattet die BKK Miele Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme ab der 38. Schwangerschaftswoche und 2 Wochen nach der Entbindung entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstanden Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 275,00 Euro einmal je Schwangerschaft.

Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der BKK Miele die Rechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

§ 15i Medizinische Vorsorgeleistungen

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK Miele ihren Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführte Vorsorgeleistungen, soweit die Voraussetzungen im Einzelfall vorliegen:

1. Jährliche Hautkrebsvorsorge (inklusive Auflichtmikroskopie), wenn ein Risikofaktor wie z.B. eine positive Familienanamnese oder eine erhöhte Hautpigmentierung vorliegt, sofern im jeweiligen Kalenderjahr kein Anspruch auf die gesetzliche Vorsorge besteht,
2. Glaukom-Vorsorge bei Risikofaktoren wie Sehstörungen, erhöhter Augeninnendruck, Diabetes,
3. Mammographie zur Brustkrebsvorsorgeuntersuchung für Versicherte vor Vollendung des 50. Lebensjahres, bei ärztlich bestätigtem Risiko oder bei Vorerkrankungen im familiären Umfeld,
4. Ultraschalluntersuchung der Brust (Mamma-Sonographie), bei ärztlich bestätigtem Risiko oder bei Vorerkrankungen im familiären Umfeld,
5. Ultraschalluntersuchung des Unterleibes, bei ärztlich bestätigtem Risiko oder bei Vorerkrankungen im familiären Umfeld,
6. Bluttest zur Bestimmung des PSA-Wertes, bei ärztlich bestätigtem Risiko oder bei Vorerkrankungen im familiären Umfeld,
7. Knochendichtemessung bei medizinisch begründetem Verdacht auf Osteoporose. Der Anspruch besteht einmal jährlich für weibliche Versicherte ab 50 Jahren und für männliche Versicherte ab 60 Jahren.

Voraussetzung für die o.g. Vorsorgeleistungen ist, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

Die Voraussetzungen des § 23 SGB V müssen erfüllt sein. Der Anspruch nach Ziffer (1) bis (7) besteht nur dann, sofern kein Anspruch auf die Regelleistung besteht.

Die BKK Miele erstattet die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 120 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

§ 15j Zahnärztliche Behandlung

Die BKK Miele erstattet ihren Versicherten die Kosten für folgende von Zahnärzten durchgeführte Leistungen, die über die in § 28 SGB V geregelte zahnärztliche Leistung hinausgehen:

Anästhesie (Vollnarkose) sowie Analogsedierung (Tiefschlaf) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern diese keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist.

Die BKK Miele erstattet die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 150 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

§ 15k Zusätzliche Hilfsmittel der Kinderorthopädie

I Die BKK Miele gewährt ihren Versicherten bis zum vollendeten 15. Lebensmonat über die Hilfsmittelversorgung nach § 33 Absatz 1 SGB V hinaus zusätzlich Kopforthesen (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie). Voraussetzung ist, dass die Indikationsstellung und Verordnung durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung, Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgt und von diesem bestätigt wird, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder ohne die Behandlung mittels Kopforthesen Folgebehandlungen zu erwarten sind.

II Zur Übernahme der Kosten, ist der Kostenvoranschlag durch einen Leistungserbringer einschließlich ärztlicher Verordnung einzureichen. In diesen Fällen erfolgt die Abrechnung zwischen Leistungserbringer und BKK Miele. Soll eine Erstattung der Leistungen nach Abs. I an den Versicherten erfolgen, sind die ärztliche Verordnung sowie die Rechnung vorzulegen.

§ 15l Unterkieferprotrusionsschienen

I Die BKK Miele gewährt ihren Versicherten neben der Hilfsmittelversorgung nach § 33 Abs. 1 SGB V zusätzlich Unterkieferprotrusionsschienen.

II Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Voraussetzungen:

1. Diagnose: Upper Airway Resistance Syndrom (UARS)
2. Patient verfügt über eine ausreichende intraorale Verankerungsmöglichkeit
3. BMI des Patienten bis ca. 30
4. Verordnung durch einen zertifizierten Behandler nach der Deutschen Gesellschaft Zahnärztlicher Schlafmedizin (DGZS).

wenn nicht bereits ein Anspruch gemäß Beschluss des G-BA zur „Behandlung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene“ als Regelleistung besteht.

III Die BKK Miele erstattet ihren Versicherten die entstandenen Kosten der Protrusionsschiene nach Abzug des gesetzlich vorgeschriebenen Eigenanteils für Hilfsmittel, höchstens aber einen Betrag von 850,00 EUR.

IV Sofern die Unterkieferprotrusionsschiene durch den gemeinsamen Bundesausschuss als Leistung ausgeschlossen wird, entfällt eine Kostenerstattung.

§ 15m Ärztliche Zweitmeinung

Die BKK Miele übernimmt, soweit diese nicht bereits als Regelleistung erbracht werden können, über die gesetzlich geregelte Zweitmeinung nach § 27b Abs. 1 SGB V i. V. m. der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) hinaus zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten und/oder stationären Eingriffen, geplanten ärztlichen Behandlungen und steuerbaren Pharmakotherapien. Das Nähere ist in der Anlage zu § 15m geregelt.

Versicherte können eine ärztliche Zweitmeinung in Anspruch nehmen, sofern diese medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, können nicht Gegenstand der Regelungen sein. Die Inanspruchnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

I Die Einholung der unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung erfolgt durch Inanspruchnahme von Leistungserbringern, mit denen die BKK Miele unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V eine Vereinbarung geschlossen hat. Die Leistungserbringer erfüllen die besonderen Anforderungen nach § 27b Abs. 2 Satz 2 SGB V i. V. m. § 7 Absatz 2 und Absatz 3 ZmRL und garantieren eine qualitätsgesicherte, auf dem aktuellen Stand der medizinischen und medizintechnischen Erkenntnisse basierenden Zweitmeinung. Die Erfüllung der Anforderungen weist der Leistungserbringer gegenüber der BKK Miele nach. Die BKK Miele führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen und veröffentlicht dieses auf www.miele-bkk.de. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die BKK Miele den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

II Alle Versicherten der BKK Miele können den Zweitmeinungsservice in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der BKK Miele krankenversichert sind. Die Teilnahme ist freiwillig. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

III Die Kosten der Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung im Rahmen dieser Regelung übernimmt die BKK Miele in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der BKK Miele abgerechnet.

§ 15n Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

I Versicherte können eine Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigt entsprechende Risiken vorliegen, wie

a. erhöhtes Körpergewicht
b. erhöhter Blutdruck
c. kardiovaskuläre Vorerkrankungen
d. Atemwegserkrankungen
e. Skelettvorerkrankungen, z.B.Skoliose
f. Diabetes
g. Rauchen
h. Alkoholmissbrauch

können Versicherte im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-EKG, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung zusätzlich in Anspruch nehmen.

II Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.

III Die Erstattung ist auf eine Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Höhe von bis zu 250 € je Kalenderjahr beschränkt.

§ 15o Taktilographie

I Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK im Einzelfall die Kosten bis zu einem Betrag in Höhe von 65,- EUR Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:

- Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
- die Untersuchung wird von einer Fachärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

II Zur Kostenerstattung ist neben der personifizierten Originalrechnung die ärztliche Bestätigung der Vorbelastung einzureichen.

§ 15p Nicht zugelassene Leistungserbringer – Ambulante Behandlung

I Versicherte der BKK Miele haben Anspruch auf ambulante medizinische Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Behandlung ist notwendig, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
- Die BKK Miele schließt mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Absatz II.

II Unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten trifft die BKK Miele Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden mit solchen Leistungserbringern geschlossen, die über eine Qualifikation verfügen, wie sie im 4. Kapitel des SGB V für zugelassene Leistungserbringer beschrieben ist.

Die BKK Miele führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen und veröffentlicht dieses auf www.miele-bkk.de. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die BKK Miele den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihre Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesamt für Soziale Sicherung.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

I Die Bekanntmachungen der BKK erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkk-miele.de und www.miele-bkk.de, sowie nachrichtlich durch zweiwöchigen Aushang in den Servicezentren. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsvermerk dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

II Die BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30.11. 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 BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

In die Satzung vom 01.01.2013 sind die Satzungsnachträge 1 bis 34 eingearbeitet.

Artikel III

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigungsregelung

I Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrats

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

1. Erstattung der Barauslagen

1.1. Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung maximal begrenzt auf das Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung, maximal begrenzt auf die jeweils gültigen Sätze des Bundesreisekostengesetzes.

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 2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,

b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (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. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

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

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

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 36,- EUR.

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

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

5. Pauschbeträge für Ausschussvorsitzende und ihre Stellvertreter

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

II Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats

I Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Der Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 52,- EUR.

Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 39,- EUR.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

II Auslagenersatz

Die dem Vorsitzenden und stellvertretenden 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.

III Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

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

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

Anlage zu § 9a der Satzung

Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichgesetz

§ 1 Anwendung von Satzungsbestimmungen

Die Regelungen der übrigen Teile der Satzung der Betriebskrankenkasse Miele finden in Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bzw. Lohnfortzahlungsgesetz entsprechende Anwendung, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist. Dies gilt insbesondere für

- die Organe der Selbstverwaltung,
- den Widerspruchsausschuss,
- die Aufstellung des Haushaltsplanes und den
- Rechnungsabschluss.

§ 2 Verwaltungsrat

Für Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens wirken im Verwaltungsrat und seinen Ausschüssen nur der Vertreter des Arbeitgebers gem. § 2 Abs. II der Satzung der Betriebskrankenkasse Miele mit.

§ 3 Widerspruchsausschuss

I. Für Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens gelten die Vorschriften für den Widerspruchsausschuss gem. § 4 der Satzung der Betriebskrankenkasse Miele mit der Maßgabe, dass die Versichertenvertreter bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens von der Mitwirkung ausgeschlossen sind. Die Geschäftsordnung des Widerspruchsausschusses gilt entsprechend.

II. Der Widerspruchsausschuss nimmt zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (OwiG) wahr (§ 112 Abs. 2 SGB IV).

§ 4 Kreis der ausgleichsberechtigten Arbeitgeber

I. An dem Ausgleichsverfahren gem. § 1 Abs. 1 AAG (U 1) nehmen die Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer im Sinne der §§1 und 3 Abs. 1 AAG beschäftigen, wenn die Arbeitnehmer bei der Betriebskrankenkasse Miele versichert sind.

II. An dem Ausgleichsverfahren gem. § 1 Abs. 2 AAG (U 2) nehmen die Arbeitgeber ohne Rücksicht auf die Anzahl ihrer Beschäftigten teil, wenn die Arbeitnehmer bei der Betriebskrankenkasse Miele versichert sind.

III. Für Arbeitnehmer, die nicht Mitglied einer Krankenkasse sind, gilt § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend.

IV. Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach den Absätzen 1 (U 1-Verfahren) und 2 (U 2-Verfahren) nehmen auch die Arbeitgeber teil, die nur Auszubildende beschäftigen

§ 5 Aufbringung der Mittel, Umlagesatz und Nachweis

I. Die am Umlageverfahren teilnehmenden Arbeitgeber bringen die zur Durchführung des Ausgleichs erforderlichen Mittel nach Maßgabe des § 7 Abs. 2 AAG jeweils durch Umlage auf.

II. Der Umlagesatz beträgt

a) für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Krankheit (U 1) 2,7 v.H. und

b) für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U 2) 0,28 v.H. der umlagepflichtigen Einnahmen.

§ 6 Fälligkeit der Umlage

Für die Fälligkeit der Umlagen gilt § 23 Abs. 1 SGB IV entsprechend.

§ 7 Höhe der Erstattungen, Vorschüsse

I. Die Betriebskrankenkasse Miele erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern

a) 70 v.H. der Aufwendungen aus Anlass der Krankheit, dabei wird das Arbeitsentgelt auf die jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung begrenzt. Die auf das Arbeitsentgelt entfallenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG sind mit dieser Erstattung abgegolten,

b) den vom Arbeitgeber gem. § 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld in voller Höhe,

c) das im Rahmen des § 11 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlte Arbeitsentgelt in voller Höhe sowie die darauf entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge gem. § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG.

II. Die Betriebskrankenkasse Miele gewährt auf schriftlichen Antrag Vorschüsse auf die Erstattung nach § 1 Abs. 1 und 2 AAG. Voraussetzung hierfür ist, dass der Arbeitgeber die von ihm zu entrichtenden Umlagebeiträge regelmäßig und ordnungsgemäß entrichtet hat.

§ 8 Bildung von Betriebsmitteln

I. Die Betriebskrankenkasse Miele verwaltet die Mittel für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Krankheit und für den Ausgleich aus Anlass der Mutterschaft jeweils getrennt als Sondervermögen.

II. Es werden für die Bestreitung der Aufgaben für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Krankheit oder Mutterschaft jeweils voneinander getrennte Betriebsmittel gebildet.

III. Die Betriebsmittel dienen zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen. Sie dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für 3 Monate nicht überschreiten.

§ 9 Haushaltsplan

Für die Durchführung der Aufgaben nach diesem Anhang wird ein eigener, in Einnahme und Ausgabe ausgeglichener Haushaltsplan jeweils für die einzelnen Ausgleichsverfahren aufgestellt (§ 70 Abs. 1 SGB IV gilt entsprechend).

§ 10 Rechnungsabschluss

I. Die Jahresrechnung ist jährlich zu prüfen und zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

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

Anlage zu § 14 der Satzung

Für die einzelnen Punkte des Bonusprogramms werden folgende Bonusbeträge gewährt:

Zu § 14 Absatz I

Punkt Nr.	Beschreibung	Betrag in EUR	Ergänzung
1.	Gesundheitsvorsorge gemäß § 25 oder § 25a SGB V in Verbindung mit den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien oder den Krebsvorsorgerichtlinien (KFE-RL) Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)		
	Gesundheitsvorsorge Checkup - gemäß § 25 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie zwischen 18 und 34 Jahren einmalig und ab 35 Jahren alle drei Jahre (hausärztliche Untersuchung)	30,-	
	Hautkrebsvorsorge - gemäß § 25 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit Abschnitt D. der KFE-RL alle zwei Jahre ab 35 Jahren (hautärztliche Untersuchung)	20,-	
	Krebsvorsorge Frauen - gemäß § 25 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit Abschnitt A. II der KFE-RL jährlich ab 20 Jahren (gynäkologische Untersuchung)	20,-	
	Krebsvorsorge Männer - gemäß § 25 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit Abschnitt C. der KFE-RL jährlich ab 45 Jahren (hausärztliche oder urologische Untersuchung)	20,-	
	Mammographie-Screening - gemäß § 25a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit der Richtlinie für organisierte KFE-RL Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren alle zwei Jahre (Durchführung im Brustkrebszentrum)	20,-	
	Früherkennung Bauchaortenaneurysma - gemäß § 25 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der Gesundheitsuntersuchungs-richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Für Männer ab 65 Jahren, einmalig (hausärztliche Untersuchung)	20,-	
	Darmkrebsvorsorge - gemäß § 25a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit der Richtlinie für organisierte KFE-RL Ab 50 Jahren jährlich bzw. an 55 Jahren alle zwei Jahre (Stuhltest oder alle 10 Jahre Darmspiegelung; hausärztliche oder gastroenterologische Untersuchung)	30,-	
2.	Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen gemäß § 26 Absatz 1 SGB V U1 – J1	20,-	
3.	Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß § 24d SGB V, wurden (vollständig) in Anspruch genommen (gynäkologische Untersuchungen)	30,-	Einmalig pro Schwanger schaft
4.	Schutzimpfung nach § 12b der Satzung oder § 20i SGB V Jede vollständig abgeschlossene Immunisierung/Impfung Mehrfachimpfstoffe gelten als eine Impfung	10,-	
5.	Zahnmedizinische prophylaktische Untersuchungen Kinder gemäß § 22 Absatz 1 SGB V für Kinder und Jugendliche bis 17 Jahren zweimalig jährlich	10,-	Einmal jährlich
6.	Zahngesundheitsuntersuchung für Erwachsene - gemäß § 55 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB V. ab 18 Jahren einmal jährlich	10,-	Einmal jährlich

Zu § 14 Absatz II

Punkt Nr.	Beschreibung	Betrag in EUR	Ergänzung
1.	Erfolgreiches Absolvieren eines DOSB-Sportabzeichen nach qualifiziert begleitetem Vorbereitungstraining.	30,-	Bonus für ein DOSB Sport- oder Schwimmabzeichen
2.	Regelmäßige Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Bewegungsangeboten in einem qualifizierten Verein oder qualitätsgesichertem Fitnessstudio	10,-	Bonus einmalig für Mitgliedschaft im Verein oder Fitnessstudio
3.	Regelmäßige Teilnahme an einer zertifizierten Maßnahme zur primären Prävention gemäß § 20 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 5 SGB V	10,-	Einmal jährlich
4.	Aktive Nutzung einer Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA), die sich auch auf Handlungsfelder des aktuellen Präventionsleitfadens des GKV-Spitzenverbandes bezieht. Die BKK Miele führt eine Liste der berücksichtigungsfähigen DiGA	20,-	Nutzung auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung
5.	Regelmäßige Teilnahme an einer zertifizierten Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung	20,-	Einmal jährlich

Anlage zu § 15m der Satzung

Ärztliche Zweitmeinung

Stand: 16.11.2022

Zweitmeinung Planbare Eingriffe/Geplante ärztliche Behandlungen und steuerbare Pharmakotherapien

Das Zweitmeinungsverfahren nach § 15m der Satzung der BKK Miele gilt über den gesetzlich geregelten Rahmen nach § 27b Absatz 1 SGB V i. V. m. der Zm-RL hinaus für planbare ambulante und/oder stationäre Eingriffe, geplante ärztliche Behandlungen und steuerbare Pharmakotherapien bei nachfolgend aufgelisteten Indikationen:

- Onkologische Krankheiten (Neubildungen)
  - C00-C14 Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx, davon alle Untergruppen
  - C15-C26 Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane, davon alle Untergruppen
  - C30-C39 Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe, davon alle Untergruppen
  - C40-C41 Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels, davon alle Untergruppen
  - C43-C44 Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut, davon alle Untergruppen
  - C45-C49 Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes, davon alle Untergruppen

- C50 Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma], davon alle Untergruppen
- C51-C58 Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane, davon alle Untergruppen
- C60-C63 Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane, davon alle Untergruppen
- C64-C68 Bösartige Neubildungen der Harnorgane, davon alle Untergruppen
- C69-C72 Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems, davon alle Untergruppen
- C73-C75 Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen, davon alle Untergruppen
- C76-C80 Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen, davon alle Untergruppen
- C81-C96 Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet, davon alle Untergruppen
- C97 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
- D00-D09 In-situ-Neubildungen, davon alle Untergruppen
- D10-D36 Gutartige Neubildungen, davon alle Untergruppen
- D37-D48 Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens, davon alle Untergruppen

- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
  - E10-E14 Diabetes mellitus, davon alle Untergruppen
  - E15 Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch
  - E70-E90 Stoffwechselstörungen, davon alle Untergruppen

- Psychische und Verhaltensstörungen
  - F00-F03 dementielle Erkrankungen, davon alle Untergruppen
  - F32 Depressive Episode, davon alle Untergruppen
  - F33 Rezidivierende depressive Störung, davon alle Untergruppen
  - F40 Phobische Störungen, davon alle Untergruppen
  - F41 Andere Angststörungen, davon alle Untergruppen
  - F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, davon:
    - F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung
  - F44 Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], davon alle Untergruppen
  - F45 Somatoforme Störungen, davon:
    - F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
    - F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

- Krankheiten des Nervensystems
  - G03 Meningitis durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen, davon alle Untergruppen
  - G12 Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome, davon alle Untergruppen
  - G14 Postpolio-Syndrom
  - G20 Primäres Parkinson-Syndrom, davon:
    - G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung
    - G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
  - G20 Primäres Parkinson-Syndrom, davon alle Untergruppen
  - G21 Sekundäres Parkinson-Syndrom, davon alle Untergruppen
  - G22 Parkinson-Syndrom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
  - G30 Alzheimer-Erkrankung, davon alle Untergruppen
  - G43 Migräne, davon alle Untergruppen
  - G44 Sonstige Kopfschmerzsyndrome, davon alle Untergruppen

- G54 Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, davon alle Untergruppen
- G56 Mononeuropathien der oberen Extremität, davon alle Untergruppen
- G57 Mononeuropathien der unteren Extremität, davon alle Untergruppen
- G62 Sonstige Polyneuropathien, davon alle Untergruppen
- G63 Polyneuropathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, davon alle Untergruppen
- G70 Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten, davon alle Untergruppen
- G71 Primäre Myopathien, davon alle Untergruppen
- G72 Sonstige Myopathien, davon:
  - G72.80 Critical-Illness-Myopathie
- G80 Infantile Zerebralparese, davon alle Untergruppen
- G83 Sonstige Lähmungssyndrome, davon:
  - G83.5 Locked-in-Syndrom
- G93 Sonstige Krankheiten des Gehirns
  - G93.1 Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert
  - G93.80 Apallisches Syndrom/Wachkoma
- G97 Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert, davon alle Untergruppen

- Krankheiten des Kreislaufsystems
  - I60 Subarachnoidalblutung, davon alle Untergruppen
  - I61 Intrazerebrale Blutung, davon alle Untergruppen
  - I62 Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung, davon alle Untergruppen
  - I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

- Krankheiten des Atmungssystems
  - J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit, davon alle Untergruppen

- Krankheiten des Verdauungssystems
  - K72 Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert, davon alle Untergruppen

- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
  - M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, davon alle Untergruppen
  - M62 Sonstige Muskelkrankheiten, davon:
    - M62.5 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert
  - M77 Sonstige Enthesopathien, davon:
    - M77.9 Enthesopathie, nicht näher bezeichnet, inkl.: Kapsulitis o.n.A., Knochensporn o.n.A., Periarthritis o.n.A., Tendinitis o.n.A.
  - M80-M94 Osteopathien und Chondropathien
  - M96 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert,
    davon:
    - M96.0 Pseudarthrose nach Fusion oder Arthrodese inkl. Pseudarthrose nach Osteotomie
    - M96.1 Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert

- Krankheiten des Urogenitalsystems
  - N19 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz

- Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
  - P07 Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert, davon alle Untergruppen
  - P27 Chronische Atemwegskrankheit mit Ursprung in der Perinatalperiode, davon:
    - P27.1 Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode

- P28 Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode, davon alle Untergruppen
- P91 Sonstige zerebrale Störungen beim Neugeborenen, davon:
  - P91.4 Zerebraler Depressionszustand des Neugeborenen
  - P91.5 Koma beim Neugeborenen
  - P91.6 Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen [HIE]
  - P91.80 Locked-in-Syndrom und apallisches Syndrom beim Neugeborenen

- Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
  - Q04 Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns, davon alle Untergruppen
  - Q87 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme

- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
  - R13 Dysphagie, davon alle Untergruppen
  - R15 Stuhlinkontinenz
  - R26 Störungen des Ganges und der Mobilität, davon alle Untergruppen
  - R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz
  - R40 Somnolenz, Sopor und Koma, davon:
    - R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet
  - R41 Sonstige Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen, davon alle Untergruppen
  - R42 Schwindel und Taumel
  - R51 Kopfschmerz
  - R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert, davon:
    - R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz
    - R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz
  - R54 Senilität

- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
  - S06 Intrakranielle Verletzung, davon:
    - S06.0 Gehirnerschütterung inkl.: Commotio cerebri/Schädel-Hirn-Trauma 1. Grades
    - S06.7-! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma

- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
  - T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion, davon:
    - T14.4 Verletzung eines oder mehrerer Nerven an einer nicht näher bezeichneten Körperregion

- Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
  - Z55-Z65 Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände, davon alle Untergruppen
  - Z74 Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit, davon alle Untergruppen