Der 1. Satzungsnachtrag hat folgenden Wortlaut:

Erster Nachtrag
zur Satzung der
Novitas BKK

Artikel I

1. § 2 (Verwaltungsrat) Absatz X. wird wie folgt neu gefasst:

(10) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

2. § 12 Absatz VII. wird wie folgt neu gefasst:

(7) Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die Novitas BKK gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

1. Versiegelung von Glattflächen bei Kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband

   Die Novitas BKK gewährt Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bei erstmaliger kieferorthopädischer Versorgung mit Multiband einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 100 Euro zur Versiegelung der Glattflächen.

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

2. Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

   Die Novitas BKK erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und

Anthroposophie), sofern

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

b. die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und

c. das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde und

d. das verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen wurde.

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

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen der Leistungserbringer mit ärztlicher Verordnung vorzulegen.

3. Osteopathie

Versicherte können bei Vorlage der ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung

a. medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,

b. auf ärztliche Verordnung eines an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arztes erbracht wird,

c. nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde und

d. qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt, der Leistungserbringer muss eine mehrjährige Weiterbildung und ständige Fortbildung nachweisen können.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen der Leistungserbringer mit ärztlicher Verordnung vorzulegen.

4. Professionelle Zahnreinigung

   Die Novitas BKK übernimmt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine professionelle Zahnreinigung bei Vorlage der Rechnung einer an der kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnarztes, bis max. 50 Euro. Dies gilt nur, wenn die Novitas BKK nicht bereits aufgrund von bestehenden Verträgen eine volle Kostenübernahme leistet.

5. Zusätzliche Leistungen von Hebammen – Hebammenrufbereitschaft

   Darüber hinaus erstattet die Novitas BKK die Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme, die in der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche entstehen, sofern die Hebamme gemäß §§ 134a Absatz 2 oder 13 Absatz 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist.

   Zur Erstattung ist die spezifizierten Originalrechnung vorzulegen.

6. Medizinische Vorsorge

   Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die Novitas BKK ihren Versicherten für folgende -von Ärzten durchgeführte oder verordnete- Vorsorgeleistungen, wenn die Leistung mit dem Ziel erbracht wird, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken, ein konkreter individueller Untersuchungsanlass besteht oder für die Patientin ein gesundheitliches Risiko besteht,

   a. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bei festgestellten Auffälligkeiten, sofern keine Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien

   b. Toxoplasmose-Test, bei Kontakt mit Tieren –insbesondere mit Katzen-

   c. Triple-Test in der 15.-18. SSW bei familiärer Vorbelastung

   d. Nackenfaltenmessung bei familiärer Vorbelastung.

   Bezuschusst werden die tatsächlich entstandenen Kosten. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen der Leistungserbringer mit ärztlicher Verordnung vorzulegen.

7. Geburtsvorbereitungskurse für Väter

Über die im SGB V geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die Novitas BKK die Kosten für von Hebammen, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sind, durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse für den Vater, sofern er während der Teilnahme bei der Novitas BKK versichert ist.

Zur Erstattung ist die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

Der Zuschuss für die Leistungen nach den Nummern 2 bis 7 ist insgesamt im Kalenderjahr auf 50 Euro je Versicherten begrenzt.

3. § 12c (Wahltarif Selbstbehalt) Absatz II erhält folgende Fassung:

(2) Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

- Prävention (§ 20 SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft (§ 24 SGB V)
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Schutzimpfungen (§ 20d SGB V).

4. § 13a (Hausarztzentrierte Versorgung und Wahltarif Hausarzt) erhält folgende Fassung:

§ 13a Hausarztzentrierte Versorgung

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

(2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

(3) Der Versicherte verpflichtet sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse, nur einen von ihm aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Hausärzte gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung. Die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt ebenfalls unberührt. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden. Während dieser Zeit kann ein anderer als der gewählte Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch genommen werden. Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem im Bestätigungsschreiben der Betriebskrankenkassen genannten Zeitpunkt.

(4) Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten aus Absatz (3), wird er im Falle eines wiederholten Verstoßes aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen. Der Ausschluss kann befristet erfolgen.

Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z.B. Urlaub).

(5) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher Form informiert über

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

(6) Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht

gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

5. § 13c (Wahltarif IGV) erhält folgende Fassung:

§ 13c Wahltarif integrierte Versorgung

(1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach §§ 140a ff. SGB V auf der Grundlage von Verträgen nach §§ 140a ff. SGB V an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

(2) Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die integrierte Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben.

Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher Form informiert über

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

(3) Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

6. § 13d (Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung) erhält folgende Fassung:

§ 13d Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

(1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach § 73c SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu weiteren, neben den in Absatz 3 genannten Ausnahmen von dem Überweisungsgebot ist in einer Anlage zu dieser Satzung geregelt.

(3) Der Versicherte erklärt gegenüber der Betriebskrankenkasse schriftlich seine Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, indem er sich verpflichtet, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Für die Dauer der Teilnahme können andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge ohne Überweisung nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch genommen werden.

(4) Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten aus Absatz (3), wird er im Falle eines wiederholten Verstoßes aus der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Der Ausschluss kann befristet erfolgen.

(5) Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die besondere ambulante ärztliche Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

1. den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
2. die Freiwilligkeit der Teilnahme

3. die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
4. etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
5. die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
6. die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
7. die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

(6) Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

7. § 14 wird wie folgt neu gefasst:

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands, als Anreiz zur Schaffung eines gesundheitsbewussten Verhaltens sowie als Beitrag zur Stärkung der Gesundheit im Arbeitsleben bietet die Novitas BKK ihren Versicherten ein Bonusprogramm an.

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben gemäß den weiteren Voraussetzungen Anspruch auf einen Bonus.

1. Der Bonus wird innerhalb des Bonuszeitraums von einem Kalenderjahr für in diesem Zeitraum nachgewiesene bonusfähige Leistungen gewährt.

2. Zum Zeitpunkt der Auszahlung muss ein ungekündigtes Versicherungsverhältnis bei der Novitas BKK bestehen. Der Bonus kann im Auszahlungsjahr in der Zeit vom 01.01. bis 31.12. durch Vorlage der Nachweise geltend gemacht werden. Nicht geltend gemachte Beträge verfallen mit Ablauf des 31.03. des auf das Teilnahmejahr folgenden Kalenderjahres.

3. Bonusfähige Leistungen und Voraussetzungen:

   Für die Anerkennung sind nachfolgende Voraussetzungen zu erfüllen und vom Arzt oder dem Leistungserbringer zu bestätigen.

   a. nachgewiesene Teilnahme an mindestens einer Vorsorgeuntersuchung gemäß § 25 SGB V
      - Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung
      - (Haut-)Krebsfrüherkennungsuntersuchung
      - Vorsorgeuntersuchungen U 10 - J 2

   b. nachgewiesene Vorsorgeuntersuchungen U 1 - U 9, soweit zur Inanspruchnahme berechtigt

   c. nachgewiesene Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft gemäß Mutterschaftsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

   d. nachgewiesene Teilnahme an mindestens einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung gemäß §§ 21, 22 und 55 SGB V

   e. Sportverein
      - nachgewiesene regelmäßige Teilnahme an Präventions- oder Sportkursen (z. B. Betriebssport)
      - nachgewiesene aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, der hauptsächlich körperliche Aktivitäten zum Inhalt hat

   f. nachgewiesener vollständiger Impfstatus (Impfpass) gemäß der Empfehlung der STIKO für das Inland sowie der STIKO-Empfehlung für Kinder und Jugendliche

   g. Qualifizierte Gesundheitskurse
      - nachgewiesene Teilnahme an mindestens einer qualitätsgesicherten Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 SGB V ab Vollendung des 6. Lebensjahres
      - nachgewiesene Teilnahme an mindestens einer gleichwertigen qualitätsgesicherten Maßnahme in Anlehnung an den Leitfaden Prävention, die die Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete und med. Leitlinien geforderte verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme (Geburtsvorbereitungskurse, Rückbildungsgymnastik) beinhaltet, insoweit sie durch qualitätsgesicherte Übungsleiter (z.B. Hebammen) durchgeführt werden. Dies gilt insbesondere für Versicherte mit speziellen Risiken wie z.B. im Bereich

des Muskel-Skelettsystems sowie der Inkontinenz (beispielsweise während und nach der Schwangerschaft)

h. BMI
   - Werte gemäß der Adipositas- Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation im alters- und geschlechtsbezogenen Normbereich (Normalgewicht)

i. Deutsches Sportabzeichen, Schwimmabzeichen oder Wanderabzeichen
   - nachgewiesene Teilnahme durch Vorlage der Sportabzeichenurkunde oder Wanderabzeichenurkunde
   - Nachweis Teilnahme an einem vom Bundesverband zur Förderung der Schwimmausbildung anerkannten Schwimmkurs

j. Qualitätsgesichertes Fitness-Studio
   - nachgewiesene regelmäßige Teilnahme an Präventions- oder Sportkursen oder
   - nachgewiesene aktive Mitgliedschaft ab Vollendung des 16. Lebensjahres in einem qualitätsgesicherten Fitness-Studio, das hauptsächlich körperliche Aktivitäten zum Inhalt hat

k. Nichtraucher ab Vollendung des 16. Lebensjahres
   - nachgewiesene Teilnahme an einem Raucherentwöhnungskurs und/oder ärztliche Bestätigung, dass seit mindestens 6 Monaten nicht geraucht wurde

l. Gesundheitsförderung/Krankheitsverhütung
   - nachgewiesene Teilnahme an Aktionen eines Betriebes zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (Impfaktionen, Screenings, Check-ups)

m. Teilnahme an öffentlicher Sportveranstaltung
   - Sportlicher Leistungsnachweis: Teilnahme an einer von einem Sportverband anerkannten Sportveranstaltung, bei denen die Qualitätskontrolle durch einen Übungsleiter gesichert ist. Im Mittelpunkt der sportlichen Aktivität muss eine körperliche Ausdauerleistung stehen.

4. Der Gesamtbonus ist für Versicherte bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres auf 100 Euro und ab Vollendung des 16. Lebensjahres auf 200 Euro je Kalenderjahr beschränkt. Das Einlösen des Bonus setzt das Erreichen eines Mindestwertes in Höhe von 40 Euro voraus.

   Erfüllt der Versicherte die Voraussetzungen des Bonus kann er

zwischen 2 Bonusvarianten entscheiden:

A Der Bonus kann als Geldleistung gewährt werden. Dabei werden folgende Beträge gewährt:

zu a. einmalig 10 €
zu b. einmalig 50 €
zu c. einmalig 20 €
zu d. einmalig 10 €
zu e. einmalig 20 €
zu f. einmalig 10 €
zu g. einmalig 20 €
zu h. einmalig 10 €
zu i. einmalig 20 €
zu j. einmalig 20 €
zu k.. einmalig 10 €
zu l. einmalig 20 €
zu m. einmalig 20 €.

Bei Nicht-Erreichen des Mindestwertes in Höhe von 40 Euro kann der Versicherte das Ansparen des Bonus für längstens zwei aufeinander folgende Jahre wählen. Zum Zeitpunkt der Auszahlung muss ein ungekündigtes Versicherungsverhältnis bei der Novitas BKK bestehen.

Der Gesamtbonus ist insgesamt auf 200,00 € beschränkt.

B Der Versicherte erhält als Bonus einen Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten für die Inanspruchnahme der im Verzeichnis der Novitas BKK genannten Leistungen. Dieses Verzeichnis wird als Anlage zur Satzung geführt und auf der Homepage der Novitas BKK unter www.novitas-bkk.de eingestellt und in den Geschäftsräumen der Novitas BKK ausgelegt. Dabei erhöht sich der bisher erworbene Geldbonus nach Nr. 4 Satz 1 pauschal um 50 Euro.

Eine Übertragung des Wertguthabens in Höhe von 50 Euro auf das Folgejahr ist nicht möglich.

8. § 15 (Wahltarife Krankengeld) Absatz XXII erhält folgende Fassung:

(22) Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens

bei monatlicher Zahlung am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.

Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.

9. § 19 (Bekanntmachungen) erhält folgende Fassung:

§ 19 Bekanntmachungen

(1) Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse, durch Bekanntgabe im Internet unter der Homepage ***www.novitas-bkk.de*** sowie nachrichtlich durch Bekanntgabe in der Mitgliederzeitschrift. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

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

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

(2) Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie im Internet unter der Homepage ***www.novitas-bkk.de*** zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der Betriebskrankenkasse veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der Betriebskrankenkasse 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.

10. Anlage zu § 1 Absatz II. der Satzung (Satzungsbetriebe) Nr. 82 bis 87 erhält folgende Fassung:

82. Eaton Industries GmbH, Hauptverwaltung, Bonn, mit Herstellungsbetrieben und Forschungsstätten
- 82.1 Werk Bonn
- 82.2 Werk Gummersbach
- 82.3 Werk Holzhausen
- 82.4 Werk Köln
- 82.5 Werk Gladbach
- 82.6 Werk Dausenau

83. unbesetzt

84. Eaton Electric GmbH, Bonn
    84.1 VB Gilching

85. unbesetzt

86. Eaton Moeller SE und Co. KG, Bonn

87. unbesetzt

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diesen 1. Satzungsnachtrag am 29.09.2014 beschlossen.

2. Artikel I tritt am 16.12.2014 in Kraft.

Duisburg, 29.09.2014

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
der Betriebskrankenkasse
Dr. Harald Obendiek

8
Novitas BKK - Duisburg

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 29./30. September 2014 beschlossene erste Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 28. Oktober 2014
213 - 59520.0 - 4586/2013

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

(Greuel)