NOVITAS BKK

S A T Z U N G

der

Novitas BKK

in der Fassung vom 01.01.2022
(zuletzt geändert mit dem 5. Satzungsnachtrag)

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§	Bezeichnung	Seite
§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	3
§ 2	Verwaltungsrat	3
§ 2a	Ehrenamtliche Novitas-Beratende / Vertrauenspersonen	5
§ 3	Vorstand	6
§ 4	Widerspruchsausschuss	7
§ 4a	Hauptausschuss	8
§ 5	Kreis der versicherten Personen	9
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft	9
§ 7	Aufbringung der Mittel	10
§ 8	Bemessung der Beiträge	10
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	10
§ 10	Höhe der Rücklage	10
§ 11	Leistungen	11
§ 11a	Primärprävention	22
§ 11b	Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten	23
§ 11c	Wahltarif Selbstbehalt	24
§ 11d	Leistungsausschluss	26
§ 11e	Zweitmeinungsverfahren	27
§ 12	Medizinische Vorsorgeleistungen	28
§ 12a	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	28
§ 12b	Wahltarif DMP	29
§ 12c	Wahltarif besondere Versorgung	29
§ 13	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	29
§ 13a	Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	33

§	Bezeichnung	Seite
§ 13b	Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	33
§ 14	Wahltarife Krankengeld	34
§ 15	Kooperation mit der PKV	40
§ 16	Aufsicht	40
§ 17	Mitgliedschaft zum Landesverband	40
§ 18	Bekanntmachungen	40
§ 19	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)	41

Anlagen

zu §	Bezeichnung	Seite
Anlage zu § 1 Absatz (2) der Satzung	Satzungsbetriebe	42
Anlage zu §§ 2 und 2a der Satzung	Entschädigungsregelung	57
Anlage zu § 11e Absatz (3) der Satzung	Zweitmeinungsverfahren	60
Anlage zu § 13 Nr. 5 der Satzung	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	61
Anlage zu § 19 der Satzung	Ausgleich der Aufwendungen für Entgeltfortzahlung	63

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

(1) Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen Novitas BKK.

Die Zuständigkeit gemäß Absatz (2) bezieht nach den vollzogenen Vereinigungen - zuletzt zum 01.01.2022 - die Bereiche verschiedener, ehemals selbstständiger Betriebskrankenkassen ein. Das älteste Errichtungsdatum geht auf den 26.11.1836 zurück.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Duisburg.

(2) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die in der Anlage zu § 1 Absatz (2) genannten Betriebe.

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf das gesamte Bundesgebiet.

§ 2 Verwaltungsrat

(1)

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 einen alternierenden Vorsitzenden.

   Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dem alternierenden Vorsitzenden von Jahr zu Jahr am 1. Januar eines Jahres.

(2)

1. Der Verwaltungsrat besteht aus 15 Vertretern der Versicherten und 15 Vertretern der Arbeitgeber.

2. Abweichend von § 49 Absatz (2) Satz 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, Folgendes bestimmt:

   Das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, bemisst sich nach der Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Absatz (1) SGB IV) bei ihm beschäftigten, bei der

Betriebskrankenkasse versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen. Er hat bei

0	-	1	Versicherten	eine Stimme,
2	-	20	Versicherten	zwei Stimmen,
21	-	50	Versicherten	vier Stimmen,
51	bis	100	Versicherten	sechs Stimmen und

je weiteren 1 bis 100 Versicherten zwei weitere Stimmen bis zur Höchstzahl von vierzig Stimmen.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,

2. den Haushaltsplan festzustellen,

3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

4. den Vorstand zu wählen,

5. einen leitenden Beschäftigte der Betriebskrankenkasse mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,

6. den Vorstand zu überwachen,

7. gemeinsam durch die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,

8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,

10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen. Die Prü-

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

(4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(6) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

(7) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu §§ 2 und 2a der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

(8) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinigen.

(9) 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.

(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.

§ 2a Ehrenamtliche Novitas-Beratende / Vertrauenspersonen

(1) Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat Ehrenamtliche Novitas-Beratende / Vertrauenspersonen gewählt. Für den Fall der befristeten Verhinderung vertreten sich sowohl die Ehrenamtlichen Novitas-Beratenden gegenseitig als auch die Vertrauenspersonen.

(2) Die Ehrenamtlichen Novitas-Beratenden / Vertrauenspersonen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Ihnen wird ein monatlicher Pauschbetrag für Zeitaufwand gemäß § 41 Absatz (3) Satz 2 SGB IV in Verbindung mit Absatz (4) der Entschädigungsregelung (Anlage zu §§ 2 und 2a der Satzung) gewährt.

(3) Die Ehrenamtlichen Novitas-Beratenden haben das Recht und die Pflicht, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen sowie diese zu beraten und zu betreuen.

Sie haben insbesondere die Aufgabe,

1. allgemein Rat und Auskunft in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erteilen,

2. die Versicherten über die ihnen nach Gesetz und Satzung zustehenden Leistungen aufzuklären,

3. die Versicherten über neue gesetzliche Regelungen in der Krankenversicherung zu unterrichten,

4. die Versicherten bei der Antragstellung auf Leistungen zu unterstützen.

Die Vertrauenspersonen haben insbesondere die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Arbeitgebern herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

§ 3 Vorstand

(1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehören zwei Mitglieder an.

(2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

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

Jedes Vorstandsmitglied ist berechtigt, die Betriebskrankenkasse alleine zu vertreten.

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. den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,

4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,

5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen,

6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,

7. eine Kassenordnung aufzustellen,

8. die Beiträge einzuziehen,

9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

(4) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates fest. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstands seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende.

(5) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt. Der Vorstand erstellt einen Stellenplan.

§ 4 Widerspruchsausschuss

(1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird drei Widerspruchsausschüssen übertragen. Die Sitze der Widerspruchsausschüsse befinden sich in Duisburg und Hamburg.

(2) 1. Die Widerspruchsausschüsse setzen sich zusammen aus jeweils drei Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und einem Vertreter der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse mit drei Stimmen.

2. Für die Mitglieder des Widerspruchsausschusses werden für die Gruppe der Versichertenvertreter drei Stellvertreter und für die Gruppe der Arbeitgebervertreter zwei Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfalle gewählt, die das Amt in der Reihenfolge ihrer Aufstellung und Verfügbarkeit wahrnehmen (Listenstellvertretung).

3. Die Versichertenvertreter der Widerspruchsausschüsse und deren Listenstellvertreter werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter der Widerspruchs-

ausschüsse und deren Listenstellvertreter werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Absätze (3a) und (4) SGB IV gelten entsprechend.

5. Der Vorsitz der Widerspruchsausschüsse wechselt zwischen einem Arbeitgebervertreter und einem Versichertenvertreter von Jahr zu Jahr. Die Vorsitzenden der Widerspruchsausschüsse sollen nicht der Gruppe angehören, die den amtierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates stellt. Die Vorsitzenden werden jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bestimmt. Die Vorsitzenden bestimmen die Schriftführer, die auch Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein können.

6. Der Vorstand oder ein von ihm Beauftragter nimmt an den Sitzungen der Widerspruchsausschüsse beratend teil.

7. Der jeweilige Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen 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.

(3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von den Widerspruchsausschüssen aufgestellte Geschäftsordnung.

(4) Die Widerspruchsausschüsse nehmen auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absätze (1) und (2) SGB IV in Verbindung mit § 69 Absätze (2), (3) und (5) Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 4a Hauptausschuss

Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates und zwei weitere Mitglieder, jeweils ein Vertreter der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und ein Vertreter der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse, bilden den Hauptausschuss. Der Hauptausschuss ist Vorbereitungsausschuss für die Vertragsangelegenheiten des Vorstandes.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

(1) Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigen.

(2) Schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX unter den in § 9 Absatz (1) Nr. 4 SGB V genannten Voraussetzungen können der Versicherung zur Betriebskrankenkasse nur beitreten, wenn sie beim Beitritt noch nicht 45 Jahre alt sind.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

(1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 12 Monate gebunden. Die Bindungsfrist gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts die Kündigungserklärung des Mitglieds. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(2) Erhebt die Novitas BKK nach § 242 Absatz (1) SGB V erstmals 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 Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Novitas BKK hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz (5) SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Novitas BKK 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.

(3) Abweichend von Absatz (1) Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

(4) Wenn ein Wahltarif nach §§ 11c oder 14 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des § 11c Absatz (6) oder § 14 Absatz (16), aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz (4) Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz (2) gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 14 gewählt haben.

§ 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 Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz (1) SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,54 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes.

§ 10 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 20 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 11 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),

2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V),

3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),

4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),

5. des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

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

(2) Haushaltshilfe

1. Versicherte erhalten Haushaltshilfe,

   wenn die Anspruchsvoraussetzungen nach § 38 Absatz (1) Satz 1 SGB V vorliegen, das im Haushalt lebende Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

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 Absatz (5) in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

(3) **Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und –vergütung**

Bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung ist bei Versicherten, deren Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen und regelmäßigen Schwankungen unterliegt oder von der Arbeitsleistung (zum Beispiel Akkord, Provision) abhängig ist, der Bemessungszeitraum auf drei Entgeltabrechnungszeiträume von mindestens je vier Wochen beziehungsweise bei monatlicher Entgeltabrechnung auf drei Monate zu verlängern.

(4) **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. Die Versicherten sind mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Sie können die Wahl der Kostenerstattung, sofern sie mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen haben, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.

4. Die Versicherten haben Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung 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., höchstens 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 der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

   Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

   Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 50,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Nr. 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.

(5) **Teilkostenerstattung**

Auf Antrag des Berechtigten nach § 14 SGB V tritt an die Stelle der nach dem SGB V vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung. Grundlage für die Erstattung sind die Kosten, die der Betriebskrankenkasse bei Gewährung von Sachleistungen entstanden wären. Erstattet wird davon der Prozentsatz, der durch die Beihilfe nicht gedeckt ist.

(6) **Kostenerstattung Wahlarzneimittel**

1. Gemäß § 13 Absatz (2) SGB V in Verbindung mit § 129 Absatz (1) SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz (1) SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,

   a. als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz (8) SGB V geschlossen hat oder

   b. das gemäß § 129 Absatz (1) Satz 4 SGB V abzugeben wäre. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. 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. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 Buchstabe a. in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieses Absatzes errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der Preise, die in einem Rabattvertrag für den Wirkstoff des Arzneimittels vereinbart worden sind. Davon werden 30 v.H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte abgezogen. Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 und Buchstabe b. in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieser Nr. errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der preisgünstigsten Arzneimittel, die den Wirkstoff des Arzneimittels enthalten, das Versicherte gewählt haben. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Absatz (3) SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

3. § 11 Absatz (4) Nr. 6 gilt.

(7) **Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz (6) SGB V**

Die Novitas BKK gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Absatz (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 über die Regelleistung hinaus auf Grundlage von § 11 Absatz (6) i.V.m. § 28 Absatz (2) SGB V 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. Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, erhalten bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen Zuschuss für bis zu drei Behandlungsversuche pro Ehepaar.

   Der Zuschuss beträgt 400 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten.

   Für die Erstattung ist die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

3. 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 Absatz (1) Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen wurde.

   Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz (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.

4. 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 Absatz (4) SGB V berechtigten Arztes erbracht wird,

c. nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde und

d. qualitätsgesichert, von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung im Umfang von mindestens 1.350 Stunden mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt wäre. Ist der Leistungserbringer ordentliches Mitglied in einem Berufsverband der Osteopathen, für den die in Satz 1 genannten Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft erforderlich sind, gilt der Nachweis für die abgeschlossene Ausbildung als erbracht.

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

5. Professionelle Zahnreinigung

Die Novitas BKK übernimmt für Versicherte eine professionelle Zahnreinigung bei Vorlage der Rechnung einer an der kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Zahnarztes. Dies gilt nur, wenn die Novitas BKK nicht bereits aufgrund von bestehenden Verträgen eine volle Kostenübernahme leistet.

6. Zusätzliche Leistungen von Hebammen – Hebammenrufbereitschaft

Darüber hinaus erstattet die Novitas BKK die Kosten bis zu einer Höhe von 150 Euro 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 Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt ist.

Zur Erstattung ist die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

7. Medizinische Vorsorge

Über die im SGB V geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die Novitas BKK ihren Versicherten die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführte oder veranlasste Leistungen, die im Einzelfall beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes im Mutterleib entgegenzuwirken und Risikofaktoren früh zu erkennen, sofern diese keine Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien sind:

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

b. B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35.-37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern,

c. Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen,

d. Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen,

e. Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.

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

8. 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 Absatz (2) SGB V oder nach § 13 Absatz (4) SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sind, durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse für den Vater.

Zur Erstattung ist die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

9. Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante Behandlung

(1) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen 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. Der Anspruch setzt voraus, dass die Novitas BKK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Absatz (2) getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

(2) Die Novitas BKK trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

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

(3) Die Novitas BKK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Absatz (2) getroffen wurde. Das Verzeichnis erhält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.novitas-bkk.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die Novitas BKK den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

(4) Für die veranlassten Leistungen gilt § 11 Absatz (4) Nr. 4 bis Nr. 6 entsprechend.

10. Nicht zugelassene Leistungserbringer – stationäre Behandlung

(1) Versicherte können auf Grundlage des § 11 Absatz (6) SGB V und nach den folgenden Absätzen stationäre Krankenhausbehandlung in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus in Anspruch nehmen. § 39 Abs. 4 SGB V gilt entsprechend. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die No-

vitas BKK mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung nach Absatz (3) getroffen hat, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet.

(2) Voraussetzungen für den Anspruch ist ferner, dass

a. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,

b. der Leistungserbringer gewährleistet eine vergleichbare Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,

c. die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,

d. ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der Novitas BKK vor Behandlungsbeginn vorgelegt,

e. die Novitas BKK hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

(3) Die Novitas BKK schließt unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V mit nicht zugelassenen Krankenhäusern Vereinbarungen über die Erbringung stationärer Krankenhausbehandlung. Vertragspartner der Vereinbarungen können nur Krankenhäuser sein, deren Qualifikation mit der im 4. Kapitel des SGB V genannten Krankenhäuser vergleichbar ist, und die eine vergleichbare Versorgung sicherstellen.

(4) Die Novitas BKK führt ein Verzeichnis der Krankenhäuser, für die Vereinbarungen nach Absatz (3) getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben zu den Leistungsinhalten sowie zu Eigenbeteiligungen der Versicherten. Es wird auf der Internetseite www.novitas-bkk.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die Novitas BKK den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

11. Darmkrebsvorsorge

(1) Die Novitas BKK übernimmt im Einzelfall die Kosten für eine Vorsorge-Darmspiegelung über den gesetzlichen Anspruch des SGB V hinaus für Männer ab 45 und für Frauen ab 50 Jahren, wenn eine Erkrankung bezogen auf die Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren,

z. B. familiäre Disposition auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen und eine vertragsärztliche Leistung nicht zur Verfügung steht.

(2) Der Erstattungsbetrag ist auf den einfachen Satz begrenzt. Zur Erstattung ist die spezifizierte Originalrechnung des Arztes vorzulegen.

12. Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeuntersuchungen hinaus erstattet die Novitas BKK im Einzelfall die Kosten in Höhe von maximal 65,00 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:

a. Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,

b. die Untersuchung wird von einer Fachärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

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

13. Alternative Heilmittel

Versicherte können bei Vorlage der ärztlichen Verordnung folgende alternative Heilmittel in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, auf ärztliche Verordnung eines an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Arztes erbracht wird und diese nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde:

a. Heileurythmie, medizinische Bäder und Teilkörpermassagen im Rahmen der anthroposophischen Medizin,

b. Teilkörpermassagen und Thermotherapien nach Ayurveda,

c. Feldenkrais,

d. Shiatsu,

e. Tuina und Krankengymnastik nach Qigong im Rahmen der traditionellen chinesischen Medizin.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen zur qualitätsgesicherten Leistungserbringung in den Naturheilverfahren anthroposophische Medizin, Ayurveda, Feldenkrais, Shiatsu oder traditionelle chinesische Medizin berechtigten Vertragsarzt oder auf ärztliche Verordnung durch einen Physiotherapeuten, der die Zulassungsvoraussetzungen nach § 124 SGB V erfüllt oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Arzt oder Physiotherapeuten erbracht wird. Berechtigt ist, wer eine erfolgreich abgeschlossene Fort- oder Ausbildung der unter a. bis e. genannten Therapien der anthroposophischen Medizin, Ayurveda, Feldenkrais, Shiatsu oder traditionellen chinesischen Medizin absolviert hat oder ordentliches Mitglied eines Berufsverbandes dieser Naturheilverfahren ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband dieser Naturheilverfahren berechtigt wäre. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen der Leistungserbringer mit ärztlicher Verordnung vorzulegen.

14. Vollnarkose bei Entfernung von Zähnen

Die Novitas BKK gewährt Versicherten nach § 11 Absatz (6) in Verbindung mit § 28 Absatz (2) SGB V die Kosten für eine von einem Vertragszahnarzt, Kieferorthopäden oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Leistungserbringer durchgeführte Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Zähnen in Höhe von bis zu 100 Euro, sofern es sich nicht um eine Leistung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung handelt.

Zur Erstattung ist die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

15. Arzneimittel bei Schwangerschaft

Über die gesetzliche Regelung nach § 34 Absatz (1) SGB V erstattet die Novitas BKK bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz (1) Satz 1) nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jod und Folsäure. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Arzt auf Privatrezept verordnet wurde und die Einnahme aufgrund der Schwangerschaft medizinisch notwendig ist. Das Arzneimittel mit einer in der Bundesrepublik Deutschland gültigen Zulassung muss von einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels (Versandapotheke) bezogen worden sein. Zur Erstattung sind die ärztliche Verordnung und die Quittung der Apotheke einzureichen.

Der Zuschuss für die Leistungen nach den Nummern 3 bis 5, 7 bis 8, 13 und 15 ist insgesamt im Kalenderjahr auf 50 Euro je Versicherten begrenzt.

§ 11a Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens 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

1. Setting-Ansatz

2. individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:
   Bewegungsgewohnheiten:

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

   Ernährung:

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

   Stressmanagement:

   a. Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multi-modales Stressmanagement)
   b. Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

   Suchtmittelkonsum:

   a. Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
   b. Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol/ Reduzierung des Alkoholkonsums.

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst oder in ihrem Auftrag durch Dritte erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im oben genannten Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein Zuschuss je Kurs in Höhe von 80

v. H. der entstandenen Kosten gewährt.

Die Leistungen nach den vorgenannten zwei Sätzen sind begrenzt auf einen Wert von maximal 300,00 EUR je Kalenderjahr, wobei für Leistungen der Betriebskrankenkasse bzw. für in ihrem Auftrage durch Dritte erbrachte Leistungen der Betrag maßgeblich ist, der von der Kasse kassenfremden Teilnehmern für diese Maßnahmen in Rechnung gestellt wird. Innerhalb dieses Budgets kann einmal je Kalenderjahr für Block- und Kompaktkurse ein Zuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 160,00 EUR gewährt werden. Im Kalenderjahr werden höchstens bis zu 2 Maßnahmen erstattet.

3. Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

   a. Die Novitas BKK bietet ihren Versicherten Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz an. Insbesondere werden Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren von der Novitas BKK angeboten, die dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

   b. Die von der Novitas BKK gewährten Leistungen müssen den „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz (2) SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz“ in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.

   c. Die Novitas BKK bietet die Leistungen nach Buchstabe b selbst an und informiert ihre Versicherten darüber in geeigneter Form. Versicherte können mehrere Leistungen je Kalenderjahr in Anspruch nehmen.

   d. Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne direkten Gesundheitsbezug vermitteln (z. B. Anwendung von Hard- und Software) oder die offene oder verdeckte Produktwerbung enthalten, dürfen von der Novitas BKK nicht angeboten werden.

§ 11b Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

Die Novitas BKK übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Absatz (1) SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) nach den folgenden Regelungen:

(1) Die Novitas BKK übernimmt aufgrund einer individuell gestellten ärztlichen Impfindikation als Satzungsleistung Impfungen.

(2) Hierzu gehören die

1. Meningokokken - B Impfung vom Beginn des 2. Lebensmonats bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres

2. Herpes zoster-Impfung für Versicherte ab 55 Jahren ohne gesundheitliche Gefährdung

3. Humane Papillomaviren- Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs für Frauen und Männer vom 18. bis 26. Lebensjahr

4. Grippeschutzimpfung ohne Altersbeschränkung und vorhandene gesundheitliche Beeinträchtigungen

(3) Die Betriebskrankenkasse übernimmt bei einem nicht beruflich beding-ten Auslandsaufenthalt und STIKO-Empfehlung die Impfung gegen

1. Hepatits A und B
2. FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)
3. Meningokokken
4. Tollwut
5. Typhus
6. Cholera
7. Gelbfieber.

(4) Die Leistung wird grundsätzlich als Sachleistung erbracht. Sofern keine vertraglichen Regelungen bestehen, hat die Betriebskrankenkasse die Kosten der Schutzimpfungen im Wege der Kostenerstattung zu übernehmen. Der Erstattungsbetrag ist auf kalenderjährlich 200 € je Versicherten begrenzt.

§ 11c Wahltarif Selbstbehalt

(1) Mitglieder können für sich abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Bei einem Jahreseinkommen bis zu 36.000,- EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt in Tarifklasse 1 125,- EUR, in Tarifklasse 2 200,- EUR und in Tarifklasse 3 275,- EUR, bei einem Jahreseinkommen ab 36.000,01 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt in Tarifklasse 4 500,- EUR.

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

1. die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Absatz (2) SGB V und nach §§ 24 bis 24b SGB V,

2. zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Absatz (1) Satz 4 Nr. 2 SGB V,

3. vertragsärztliche bzw. vertragszahnärztliche Leistungen mit Ausnahme von Kieferbruch-/Paradontose- und kieferorthopädische Behandlung, die mit der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung abgegolten sind (§ 87a Absatz (3) SGB V).

(3) Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz (2) in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Abweichend davon werden ambulante ärztliche Leistungen wie folgt je Leistungsfall auf den Selbstbehalt angerechnet:

Ambulante ärztliche Behandlung mit Verordnungsfolgen	35,- EUR

(4) Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 125,- EUR (Tarifklasse 1) jährlich 100,- EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 200,- EUR (Tarifklasse 2) jährlich 150,- EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 275,- EUR (Tarifklasse 3) jährlich 200,- EUR und bei einem jährlichen Selbstbehalt von 500,- EUR (Tarifklasse 4) jährlich 400,- EUR. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz (1) Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR nicht überschreiten. Die Zahlung der Prämie für das 1. Jahr erfolgt mit der Einschreibung im Voraus. Die Zahlung für das 2. und 3. Prämienjahr erfolgt nach Beendigung des Tarifes, spätestens jedoch zum 30.06. des Folgejahres. Zu leistende Selbstbehalte und bereits gezahlte Vorschüsse werden in Abzug gebracht.

(5) Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz (1) und die Prämienzahlung nach Absatz (4) anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V oder § 225 SGB V besteht. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz (1) die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden oder der Leistungsanspruch gesetzlich ruht oder ausgeschlossen ist. Versicherungslücken bis zu 30 Tagen im Kalenderjahr sind jedoch auf die Teilnahme unschädlich.

(6) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt 3 Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz (1) erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse und endet nach Ablauf von 3 Jahren seit Beginn der Teilnahme, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz (4) SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Endet die Mitgliedschaft kraft Gesetzes, endet gleichzeitig auch die Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt.

Das Mitglied erklärt die Wahl des Wahltarifs schriftlich oder unter Nutzung des Onlineangebots. Ein Wechsel der gewählten Tarifklasse ist innerhalb des dreijährigen Teilnahmezeitraums nicht möglich.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz (1) nicht wählen. Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif wählt oder gewählt hat. Mitglieder mit Beitragsrückstand können den Tarif nicht wählen.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 11d Leistungsausschluss

(1) 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.

(2) 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.

§ 11e Zweitmeinungsverfahren

(1) Die Novitas BKK gewährt ihren Versicherten nach § 27b Absatz (6) SGB V über die gesetzlich geregelte Zweitmeinung nach § 27b SGB V in Verbindung mit der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) hinaus zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten und stationären Eingriffen sowie zu angeratenen Therapieempfehlungen. Der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht bei den in der Anlage zu § 11e zur Satzung gelisteten Indikationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

(2) Das Zweitmeinungsverfahren wird durch

- zur Leistungserbringung zugelassene Ärztinnen und Ärzte,
- zur Leistungserbringung zugelassene medizinische Versorgungszentren,
- zur Leistungserbringung ermächtigte Ärztinnen und Ärzte,
- zur Leistungserbringung ermächtigte Einrichtungen,
- zur Leistungserbringung zugelassene Krankenhäuser,
- nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen,

erbracht.

Gleiches gilt für nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigte Leistungserbringer. Die Zweitmeiner müssen die besonderen Anforderungen nach § 27b Absatz (2) Satz 3 SGB V i. V. m. § 7 Absatz (2) und Absatz (3) Zm-RL erfüllen. Die Novitas BKK führt ein Verzeichnis über die nach dieser Regelung zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigten Zweitmeiner, das sie im Internet veröffentlicht und auf Wunsch den Versicherten zur Verfügung stellt. Ebenso hält die Novitas BKK Informationen über das Zweitmeinungsverfahren bereit und übermittelt bei Bedarf die Zm-RL an die Versicherten.

(3) Im Zweitmeinungsverfahren holen die Versicherten durch die Zweitmeiner nach Absatz (2) eine unabhängige, neutrale ärztliche zweite Meinung ein, ob der ärztlich angeratene Eingriff oder die ärztlich angeratene Therapieempfehlung die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhalten die Versicherten eine Empfehlung (Zweitmeinung). Die Erbringung einer Zweitmeinung umfasst neben der eigenständigen Bewertung und Beratung der Versicherten ärztliche Untersuchungsleistungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zu dem vorgesehenen Eingriff bzw. der angeratenen Therapieempfehlung medizinisch erforderlich sind. Im Rahmen der Indikationsstellung bereits erhobene Befunde sind zu berücksichtigen, soweit sie dem Zweitmeiner von den Versicherten zur Verfügung gestellt wurden. Unabhängig von dem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es den Versicherten frei, den geplanten Eingriff bzw. die empfohlene

Therapie durchführen zu lassen. Das Zweitmeinungsverfahren hat den Vorgaben des § 8 Zm-RL (Aufgaben der Zweitmeiner) zu entsprechen. Unter Einhaltung berufsrechtlicher und vertragsärztlicher Vorgaben können telemedizinische Möglichkeiten genutzt werden.

(4) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Novitas BKK in voller Höhe.

§ 12 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz (2) SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, eine Pauschale von 100,00 EUR bei einer Mindestdauer von 14 Kalendertagen.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 25,00 EUR.

§ 12a Wahltarif 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 der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

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

(3) 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.

§ 12b Wahltarif DMP

(1) Die Novitas BKK bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.

(2) Inhalt und Ausgestaltung ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassenen Fassung.

§ 12c Wahltarif besondere Versorgung

(1) 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.

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

(3) 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.

§ 13 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

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. 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 im Bonusprogramm 1 „Vorsorge-Bonus“ nach § 65a Absatz (1) SGB V:

   Für die Anerkennung sind nachfolgende Voraussetzungen zu erfüllen und vom Arzt, dem sonstigen Anbieter oder in anderer geeigneter Form zu bestätigen.

   a. nachgewiesene Teilnahme an einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung oder an einer einmaligen Maßnahme gemäß § 25 SGB V

   b. nachgewiesene Teilnahme an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 oder 25a SGB V

   c. nachgewiesene Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung U10 – J2

   d. nachgewiesene Vorsorgeuntersuchungen U7 - U9 gemäß § 26 SGB V

   e. nachgewiesene Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft gemäß Mutterschaftsrichtlinie

   f. nachgewiesene Teilnahme an einer gesetzlich empfohlenen Zahnvorsorgeuntersuchung ab dem 2. Lebensjahr

   g. nachgewiesene einmalige Impfung (bei mehrstufigen Impfungen wird Vollständigkeit gefordert) ab dem 2. Lebensjahr gemäß der Empfehlung der STIKO für das Inland sowie der STIKO-Empfehlung für Kinder und Jugendliche oder gemäß Absatz (2) der Anlage zu § 11b der Satzung der Novitas BKK

   h. nachgewiesene vollständige Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 und nachgewiesene Inanspruchnahme von Impfungen im 1. Lebensjahr gemäß der STIKO-Empfehlung für Kinder.

4. Bonusfähige Leistungen und Voraussetzungen im Bonusprogramm 2 „Aktiv-Bonus“ nach § 65a Absatz (1a) SGB V:

   Für die Anerkennung sind nachfolgende Voraussetzungen zu erfüllen und vom Arzt, dem sonstigen Anbieter oder in anderer geeigneter Form zu bestätigen.

   a. nachgewiesene Teilnahme an einer Rückbildungsgymnastik, insoweit sie durch qualitätsgesicherte Übungsleiter durchgeführt wurde

   b. Sportverein

- Wahrnehmung von Bewegungsangeboten in Sportvereinen

c. nachgewiesene Teilnahme an einer Gesundheitsaktion einer Krankenkasse im Setting-Ansatz Lebenswelten nach § 20a SGB V

d. BMI
- Wert nach ärztlich bestätigter Gewichtsreduktion in einem Zeitraum von 12 Monaten um mindestens 5 BMI-Punkte ohne bariatrischen Eingriff abgesenkt. Das Gewicht darf das Idealgewicht nicht unterschreiten

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

f. Qualitätsgesichertes Fitness-Studio
- Wahrnehmung von Bewegungsangeboten in qualitätsgesicherten Fitness-Studios

g. Qualifizierte Gesundheitskurse
- nachgewiesene Teilnahme an mindestens einer qualitätsgesicherten Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 SGB V

h. 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

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

Der Bonus nach den Buchstaben h. bis i. wird nur in Verbindung mit einer bonusfähigen Leistung nach den Buchstaben a. bis g. gewährt.

5. Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen des Bonus können sie zwischen zwei Bonusvarianten entscheiden:

A Dabei werden folgende Beträge als Geldleistung im Bonusprogramm 1 gewährt:

zu a. jeweils 10 €,
zu b. jeweils 10 €,
zu c. jeweils 10 €,
zu d. jeweils 30 € für die Untersuchungen U7, U7a, U8 und U9,
zu e. einmalig 20 €,
zu f. einmalig 10 € für Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres, einmalig 20 € für Versicherte vom 2. bis zum 18. Lebensjahr,
zu g. jeweils 10 €,
zu h. einmalig 150 €.

Im Bonusprogramm 2 werden folgende Beträge als Geldleistung gewährt:

zu a. einmalig 20 €,
zu b. einmalig 20 €,
zu c. einmalig 10 €,
zu d. einmalig 30 €,
zu e. einmalig 30 €,
zu f. einmalig 30 €,
zu g. einmalig 10 €,
zu h. einmalig 10 €,
zu i. einmalig 10 €.

B Versicherte erhalten im Bonusprogramm 2 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. 5 pauschal um 100 Euro, maximal jedoch um die tatsächlich nachgewiesenen Kosten der im Verzeichnis der Novitas BKK genannten Leistungen (Anlage zu § 13 Nr. 5 Absatz (3)), sofern mindestens zwei bonusfähige Leistungen nach Nr. 5 im Bonusprogramm 2 erreicht werden.

Der bisher erworbene Geldbonus nach Nr. 5 erhöht sich pauschal um 200 Euro, maximal jedoch um die tatsächlich nachgewiesenen Kosten der im Verzeichnis der Novitas BKK genannten Leistungen (Anlage zu § 13 Nr. 5 Absatz (3)), mindestens vier bonusfähige Leistungen nach Nr. 5 im Bonusprogramm 2 erreicht werden.

Eine Übertragung des Wertguthabens auf das Folgejahr ist nicht möglich.

§ 13a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutz- / Arbeitssicherheitsgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.

(2) Die Novitas BKK schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile / Standorte einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

§ 13b Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten Angebot und gemäß § 20 Absatz (5) SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers

1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
3. Suchtprävention im Betrieb oder
4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

mindestens zu 80 % teilnehmen, welches der Arbeitgeber anbietet oder an einer Aktion ihres Arbeitgebers zur Krankheitsverhütung (Impfaktionen, Screenings, Check-Ups) teilnehmen.

(2) Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 20 EUR jährlich nach Beendigung einer absolvierten Maßnahme ausgezahlt, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über eine Teilnahme von mindestens 80% an einer Maßnahme nach Absatz (1) nachgewiesen wurden.

(3) Maßnahmen nach § 13b können nicht nach § 13 bonifiziert werden.

§ 14 Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

(1) Die Novitas BKK bietet den in § 53 Absatz (6) SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz (2) Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben und am Tag der Teilnahmeerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente erreicht haben, können diesen Tarif nur wählen, wenn sie

- in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder
- mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
- unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens zwölf Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz (2) Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist.
- Mitglieder, die am Tag der Teilnahmeerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
- in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder
- mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren;
- unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens zwölf Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder
- mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenkasse versichert waren.

Anspruch

(2) Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Novitas BKK durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Absatz (2) SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Absatz (4) SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Novitas BKK bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Kranken-

geld nach § 44 Absatz (1) SGB V in Verbindung mit den Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des G-BA und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Soweit nachfolgend nichts anderweitig geregelt ist, 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.

(3) Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz (2) Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 45, S 65 und S 85) (Karenzzeit)

2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel K),

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz (14) festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die nach Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Absatz (14)), besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif sich nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt.

(4) 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 Novitas BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Novitas BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst (MD) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

(5) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Absatz (5) SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

(6) Der Anspruch auf Krankengeld endet

1. mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit zu dem in § 53 Absatz (6) SGB V genannten Personenkreis,

2. mit dem Bezug einer der in § 50 Absatz (1) SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,

3. mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Absatz (2) Satz 2 SGB VI,

4. mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz (15) oder (16),

5. mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Novitas BKK,

6. mit dem Erreichen des Renteneintrittsalters für eine Regelalterrente, wenn das Mitglied nicht

   in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens 24 Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder

   mit Anspruch auf Krankengeld versichert war oder

   unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurückzuzahlen.

Höhe

(7) Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Absatz (2) Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten

1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von einem 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße 45,00 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 45),

2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von einem 28. Teil der monatlichen Bezugsgröße 65,00 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 65),

3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in Höhe der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Krankenversicherung 85,00 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 85).

Die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V/Tarifschlüssel K).

(8) Das Mitglied hat auf Verlangen der Novitas BKK sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens ist der Novitas BKK unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und der hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

(9) Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz (4) durch das Mitglied voraus. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

Dauer

(10) Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 365 Tage innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). 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.

(11) Abweichend von Absatz (10) besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

(12) Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Absatz (2) SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs- / Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, die nach Art und Umfang her dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar sind, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz (2) Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 1 Monatsbetrag im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt (fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich). Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.

(13) Die §§ 16, 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

(14) Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Novitas BKK folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue einjährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Kündigung

(15) Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 1 Monat zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Novitas BKK. Abweichend von § 175 Absatz (4) Satz 5 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Novitas BKK vorbehaltlich Absatz

(16) frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

(16) 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 vom Hundert, bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

(17) Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen nach Absatz (8) die in Absatz (7) genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Novitas BKK über das Unterschreiten folgt; erfolgt die Feststellung während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit, gilt die neue Tarifgruppe ab Beginn des Kalendermonats, der auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 3 besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

(18) Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen

Tarif	**Bemessung/Euro**
S 45	21,78 EUR
S 65	54,45 EUR
S 85	74,25 EUR
K	0,75 vom Hundert der gegenüber der Künstlersozialkasse abgegebenen Einkommensschätzung.

(19) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse 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.

(20) 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 zurückzuzahlen.

(21) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach § 19 Absatz (2) VwVG erhoben.

(22) Die Novitas BKK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Absatz (2) SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 15 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16 Aufsicht

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

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 18 Bekanntmachungen

(1) Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse Novitas BKK erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter ***www.novitas-bkk.de***, sowie nachrichtlich durch 2-wöchigen Aushang in den Geschäftsstellen und durch Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift.

Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

(2) Des Weiteren veröffentlicht die Novitas BKK im elektronischen Bundesanzeiger unter der angegebenen Homepage zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise.

§ 19 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz - AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage dieser Satzung.

Bereich der Betriebskrankenkasse
- Anlage zu § 1 Absatz (2) der Satzung -

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

1. ThyssenKrupp Aktiengesellschaft, Duisburg und Essen

2. ThyssenKrupp Steel Europe AG, Duisburg, in
   - 2.1 Duisburg-Hamborn
   - 2.2 Duisburg-Beeckerwerth
   - 2.3 Duisburg-Ruhrort
   - 2.4 Duisburg-Hüttenheim
   - 2.5 Finnentrop

3. ArcelorMittal Ruhrort GmbH, Duisburg

4. *Eisenbahn und Häfen GmbH, Duisburg

5. Bildungswerk Witten/Hattingen GmbH, Hattingen

6. *Immeo Wohnen GmbH, Essen

7. *TKL GmbH, Rosdorf

8. ThyssenKrupp Printmedia GmbH, Duisburg

9. unbesetzt

10. *Tridelta Dortmund GmbH, Dortmund

11. *ThyssenKrupp DeliCate GmbH, Düsseldorf

12. ArcelorMittal Hochfeld GmbH, Duisburg

13. *Deutsche Edelstahlwerke, Witten, in
    - 13.1 *Witten
    - 13.2 *Krefeld

14. *ThyssenKrupp Stainless GmbH, Krefeld, mit Standorten in
    - 14.1 *Bayern
    - 14.2 *Baden-Württemberg
    - 14.3 *Berlin
    - 14.4 *Hamburg
    - 14.5 *Hessen
    - 14.6 *Niedersachsen
    - 14.7 *Nordrhein-Westfalen

15. unbesetzt

16. HOT-Härte und Oberflächentechnik GmbH & Co. KG, Nürnberg

17. *ThyssenKrupp Nirosta GmbH, Krefeld, in
    17.1 *Krefeld
    17.2 *Dahlerbrück

18. Institute, Kliniken und Verwaltungen der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

19. *Hauptverwaltung der Evonik Steag GmbH, Essen mit Betriebsstätten in
    19.1 *Bergkamen
    19.2 *Bochum
    19.3 *Bonn
    19.4 *Bottrop
    19.5 *Dinslaken
    19.6 *Dorsten
    19.7 *Duisburg
    19.8 *Essen
    19.9 *Gelsenkirchen
    19.10 *Herne
    19.11 *Lünen
    19.12 *Voerde

20. Boehringer Ingelheim microParts GmbH, Dortmund

21. *Evonik Goldschmidt GmbH, Essen

22. *Elektro-Thermit GmbH & Co. KG, Essen und auf die von ihr errichteten Außenstellen

23. *Goldschmidt TIB GmbH, Mannheim

24. *Casco surfaces, Essen und Schöppenstedt

25. *Evonik Tego Chemie Service GmbH, Essen

26. Elektro-Thermit GmbH & Co. KG Niederlassung Halle

27. Gleitlagertechnik, Essen GmbH, Essen

28. *Aluform Systemtechnik GmbH in
    28.1 *Bonn
    28.2 *Bernsdorf
    28.3 *Neuburg

29. *Schorch Elektrische Maschinen und Antriebe GmbH, Mönchengladbach mit den externen Vertriebsregionen

29.1 *Nord in Hamburg
29.2 *West in Essen
29.3 *Südwest in Böblingen
29.4 *Südost in Nürnberg
29.5 *Ost in Dresden

30. Verein für die bergbaulichen Interessen, Essen

31. ohne Inhalt

32. Statistik der Kohlenwirtschaft e. V., Essen

33. Unternehmensverband Ruhrbergbau, Essen

34. Bergbau-Verwaltungs GmbH, Essen

35. *DeutscheMontanTechnologie für Rohstoff, Energie, Umwelt e. V. (vormals Steinkohlenbergbauverein), Essen

36. *Deutsche Montan Technologie VerwaltungsGmbH, Essen, Potsdam, Leipzig

37. *Bergwerksverband GmbH, Essen

38. *Fachnormenausschuss Bergbau, Essen

39. ohne Inhalt

40. DMT Gesellschaft für Lehre + Bildung mbH, Bochum

41. Aachener Straßenbahn und Energieversorgungs-AG, Aachen, in
41.1 Hauptverwaltung und Betriebsstellen in Aachen
41.2 Betriebsstellen in Herzogenrath-Kohlscheid

42. Alexanderwerk AG, Remscheid

43. Merseburger Verpackung GmbH, Merseburg

44. *Weber Rohrleitungsbau GmbH & Co.KG, Merseburg

45. *KÖ-Hebezeugtechnik GmbH, Leuna

46. unbesetzt

47. KSB Service GmbH, Leuna

48. *Interessengemeinschaft Bildung e.V., Leuna

49. MCE Consulting Deutschland GmbH, Leuna

50. *Leuna-Harze GmbH, Wiesbaden

51. *Leuna Wohnungsgesellschaft mbH, Leuna
.

52. Schiele Kabel-Bau-Elektro GmbH, Leuna

53. *fit Chemische Produkte GmbH, Hirschfelde

54. Taminco Germany GmbH, Leuna

55. TÜV Nord MPA Gesellschaft für Materialprüfung und Anlagensicherheit mbH & Co. KG, Leuna

56. Dienstleistungsgesellschaft für Versorgungs- und Industrieunternehmen GmbH, Großkayna

57. MCE Industrietechnik Ost GmbH, Leuna

58. *DOMO Caproleuna GmbH, Leuna

59. MCE VOEST Industriefacharbeiter/Personalservice Deutschland GmbH, Leuna

60. *ISL Industriehandel & Service GmbH, Leuna

61. *Leuna Tenside GmbH, Leuna

62. *Leuna Katalysatoren GmbH, Leuna

63. ChemTec Gesellschaft für Chemie und Technologie mbH, Leuna

64. LEUNA-EURKommerz GmbH, Leuna

65. BASK Leuna GmbH, Leuna

66. INFRA LEUNA Infrastruktur und Service GmbH, Leuna

67. GKN Driveline Deutschland GmbH, Offenbach a.M.

68. Siebenwurst Werkzeugbau GmbH, Zwickau

69. Johnson Controls Objekt Zwickau GmbH & Co. KG, Zwickau

70. Sachsenring Automobiltechnik AG, Zwickau

71. SASIT Industrietechnik GmbH Zwickau, Zwickau

72. *Tower Automotive Presswerk Zwickau GmbH & Co. KG, Zwickau

73. Sächsische Aufbau- und Qualifizierungsgesellschaft mbH, Zwickau

74. Fahrzeug-Entwicklung-Sachsen (FES) GmbH, Zwickau

75. *Kögel Werdau GmbH & Co., Werdau

76. Autohaus „Wiener Spitze“ Werdau GmbH, Werdau

77. *Thorn Licht GmbH, Arnsberg

78. unbesetzt

79. *Brockhaus Soehne GmbH Plettenberg

80. *Kaltwalzwerk Brockhaus GmbH, Plettenberg

81. Kissing GmbH, Menden

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

88. AXA Konzern AG, Köln

89. *AXA Colonia Versicherung AG

90. AXA Lebensversicherung AG, Köln

91. *CIMAG-COLONIA Immobilien AG, Köln

92. AXA Merkens Fonds GmbH, Köln

93. AXA Service AG, Köln

94. AXA Bausparkasse AG, Dortmund

95. AXA Krankenversicherung AG, Köln

96. Deutsche Ärzteversicherung AG, Köln

97. AXA Customer Care GmbH, Köln

98. DARAG Deutsche Versicherungs- und Rückversicherungs-AG, Berlin

99. AXA Bank AG, Köln

100. *AXA Technology Services Germany GmbH, Köln mit sämtlichen Niederlassungen, Verwaltungsdirektionen und Geschäftsstellen im gesamten Bundesgebiet

101. Schoeller Textil GmbH & Co. KG, 52382 Niederzier

102. Rasselstein Verwaltungs GmbH, Neuwied

103. *Rasselstein GmbH, Andernach mit ihrer Betriebsstätte in Andernach

104. *Gruner + Jahr AG & Co KG, Hauptverwaltung, Hamburg und deren unselbständige Betriebsstätten, die da sind:
    *G+J Verlagsgruppe Köln, Eupener Straße 70, 50927 Köln
    *G+J Verlagsgruppe München, Weihenstephaner Straße 7, 89145 München
    *G+J Unternehmensbereich Druck (jetzt PRINOVIS Itzehoe GmbH & Co. KG) Voßbarg, 25524 Itzehoe
    *G+J-Verlagsbüro Berlin, Kurfürstenstraße 72-74, 10787 Berlin
    *G+J Verlagsbüro Düsseldorf, Heinrichstraße 24, 40230 Düsseldorf
    *G+J Verlagsbüro Frankfurt, Adalbertstraße 44-48, 60486 Frankfurt
    *G+J Verlagsbüro München, Maria-Theresia-Straße 11, 81675 München
    *G+J -Verlagsbüro Stuttgart, Rotebühlplatz 8, 70173 Stuttgart
    *Redaktion STERN Außenbüro Bonn, Dahlmannstraße 13, 53113 Bonn

105. Aurubis AG, Hamburg

106. *Spiess-Urania Chemicals GmbH mit folgenden Betriebsstätten:
    *Hamburg
    *Hannover
    *Kleinkarlbach/Rheinland-Pfalz
    *Köln

*Elsterwerda/Sachsen
*Hamm/Westfalen
*Münster/Westfalen
*Löcknitz/Mecklenburg-Vorpommern
*Pritzwalk/Brandenburg
*Christinenthal/Schleswig-Holstein

107. PEUTE BAUSTOFF GMBH, Hamburg

108. Altenloh, Brinck & Co. GmbH & Co. KG, 58256 Ennepetal, Kölner Str. 71 – 77

109. SPAX-International GmbH & Co. KG, 58256 Ennepetal, Kölner Str. 71 – 77

110. *ABC Umformtechnik GmbH & Co. KG, 58285 Gevelsberg, Kölner Str. 64

111. *Demag Cranes & Components GmbH, Wetter mit folgenden Betriebsstätten:

*Bad Bergzabern
*Berlin
*Bielefeld
*Bremen
*Dresden
*Frankfurt
*Freiburg
*Hamburg
*Hannover
*Koblenz
*Korntal-Münchingen
*Leipzig
*Luisenthal
*Mannheim
*München
*Nürnberg
*Saarbrücken
Uslar
Wetter

112. ThyssenKrupp Automotive AG, Bochum mit dem Bereich:

112.1 *Thyssen Umformtechnik + Guss GmbH in den Niederlassungen
112.1.1 *Concordiahütte Bendorf
112.1.2 *Friedrich Wilhelm Hütte, Mülheim
112.1.3 *Feingusswerk Carp & Hones, Moers
112.1.4 *Aluminium Feinguss, Soest
112.1.5 *Carp & Hones, Verneis
112.1.6 *Druckgusswerk Völkel, Wuppertal

112.1.7 *Duisburg-Wanheim
112.1.8 *Werk Brackwede
112.2.1 *Krupp Hoesch Federn GmbH in Werdohl und die dazugehörenden unselbstständigen Betriebsteil in Hagen
112.2.2 Krupp-Bilstein GmbH in Ennepetal und Mandern
112.2.3 *Krupp-Bilstein Wagenheber GmbH in Mandern
112.2.4 *Krupp-Bilstein Suspension GmbH in Ennepetal und Mandern

113. *ThyssenKrupp Elevator AG, Essen mit dem Bereich
113.1 *Thyssen Aufzugswerke GmbH, Neuhausen
113.2 *Thyssen Fahrtreppen GmbH, Hamburg
*Thyssen Aufzüge GmbH, Neuhausen
*Thyssen Aufzüge Düsseldorf GmbH, Neuss
*Außenbüros in Essen, Dortmund, Köln
113.3 *Thyssen Aufzüge Frankfurt GmbH, Frankfurt
*Außenbüros in Saarbrücken, Mannheim, Mainz, Gustavsburg
113.4 *Thyssen Aufzüge Hamburg GmbH, Hamburg
*Außenbüros in Kiel, Bremen, Hannover, Bielefeld, Kassel
113.5 *Thyssen Aufzüge München GmbH, München
*Außenbüros in Regensburg, Nürnberg
113.6 *Thyssen Aufzüge Stuttgart GmbH, Neuhausen
*Außenbüros in Freiburg, Karlsruhe, Weingarten

114. *ThyssenKrupp Technologies AG, Essen mit dem Bereich:
114.1 Thyssen Still Otto Anlagentechnik GmbH, Bochum
114.2 *Still Otto Montage GmbH, Bochum
114.3 *Carl Still GmbH Vermögensverwaltung, Recklinghausen
114.4 *Still Grundstücksverwaltungsgesellschaft, Wengern
114.5 Hüller Hille GmbH, Ludwigsburg
114.6 *Nothelfer GmbH, Lockweiler
114.7 *Krupp Elastomertechnik GmbH, Hamburg-Harburg
114.8 *Krupp Berco Bautechnik GmbH
114.9 *Krupp Stahlbau Hannover GmbH, Hannover

115. *Essener Verkehrs-Aktiengesellschaft, Essen

116. Walzengießerei, Meiderich GmbH, Duisburg

117. Doncasters Precision Castings-Bochum GmbH

118. *ThyssenKlönne GmbH, Duisburg

119. ohne Inhalt

120. ohne Inhalt

121. *Schalker Verein Rohrsysteme GmbH, Gelsenkirchen

121. *IWG Werbeagentur GmbH, Bochum

122. Ruhrpumpen GmbH, Witten

123. *TULO Loh GmbH & Co. KG, Regalbau Loh GmbH & Co. KG, Fröndenberg Meta Regalbau GmbH & Co. KG, Arnsberg

124. *Thyssen Bausysteme GmbH, Dinslaken

125. *Seppelfricke GmbH & Co. Gelsenkirchen

126. ohne Inhalt

127. *Seppelfricke Gießerei Technik GmbH & Co. KG, Gelsenkirchen

128. ohne Inhalt

129. Maschinenfabrik Köppern GmbH & Co. KG, Hattingen

130. Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Stiftung, Essen

131. Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Krankenhaus gGmbH, Essen

132. Widia GmbH, Essen

133. *Austenal Medizintechnik GmbH, Essen

134. Bär & Ollenroth KG, Berlin mit den Bereichen Berlin, Bremen, Cottbus, Fürstenwalde, Luckenwalde, Potsdam, Rathenow, *Groß-Machnow

135. Collin & Krammig KG, Duisburg

136. *Collin & Moormann KG; Duisburg

137. *Deutsche Grove GmbH, Wilhelmshaven

138. *Deutsche Titan GmbH, Essen

139. BWS Technologie GmbH, Grevenbroich

140. ELA Elektroanlagen GmbH, Essen

140. *Holzhauer KG, Merzig

141. *HTI Bär & Ollenroth GmbH u. Co. Handels KG, Berlin mit den Bereichen Berlin, Groß-Machnow und Cottbus

142. HTI Collin & Schulten KG, Duisburg

143. HTI GmbH & Co. Handels KG, Duisburg

144. *Krupp Kunststofftechnik, Essen

145. *Krupp Hoesch Stahlexport GmbH, Essen

146. *Krupp Binnenschifffahrt GmbH, Duisburg

147. *Krupp Druckereibetriebe GmbH, Essen

148. *Krupp Energiehandel GmbH, Essen mit den Bereichen Essen, Bremen, Frankfurt, Karlsruhe

149. *Krupp GfT Gesellschaft für Anlagen-, Bau- und Gleistechnik mbH, Essen, mit den Bereichen Essen, Berlin, Bremen, Dortmund, Dresden, Mülheim/Ruhr, Karben, Hamburg, Hannover, Laasdorf (Jena), Köln, Magdeburg, München, Nürnberg, Broderstorf (Rostock), Stuttgart, Waltershausen, Alsfeld, Leipzig, Mannheim, Gerlingen, Radeberg (Dresden)

150. *ThyssenKrupp Dienstleistungen GmbH, Essen

151. *Immeo Wohnen GmbH, Essen

152. *Krupp Hoesch International GmbH, Essen

153. *Krupp Montage- und Servicetechnik GmbH, Duisburg

154. ohne Inhalt

155. *Krupp Seeschifffahrt GmbH, Hamburg

156. *MaK DATA System Kiel GmbH, Kiel

157. *MaK Motoren GmbH & Co. KG, Kiel mit den Bereichen Kiel, Bremen, Duisburg, Hamburg, Ludwigshafen, Rövershagen

158. *MaK System Gesellschaft mbH, Kiel

159. Mineralölhandel Weil am Rhein GmbH, Weil

160. *Panopa Reisebüro GmbH, Essen

161. *Panopa Logistik GmbH, Duisburg mit den Bereichen Duisburg, Berlin, Bochum, Chemnitz, Dinkelsbühl, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Eisenhüttenstadt, Essen, Gotha, Hagen, Iserlohn, Kiel, Köln, Langenfeld, Leipzig, Leverkusen, Rostock, Siegen, Stuttgart, Unterwellenborn, Werdohl, Wilhelmshaven

162. *Pressen Engeneering Essen GmbH, Essen

163. *Pressen Service Essen GmbH, Essen

163. Rhein-Ruhr Collin KG, Duisburg

164. Vossloh Schienfahrzeugtechnik GmbH, Kiel

165. Hermann Stitz und Co., Barsbüttel

166. *VSG Energie- und Schmiedetechnik GmbH, Essen

167. *Westdeutsches Assekuranz-Kontor GmbH, Essen

168. *Hoesch Hohenlimburg GmbH Geschäftsbereich Waggonbau Brüninghaus und Kranausleger-Komponenten

169. *Metall Spezialrohr GmbH in Schwerte

170. Brüninghaus Hydromatik GmbH in Horb

171. Wickeder Westfalenstahl GmbH in Wickede (Ruhr) und das dazugehörende Werk in Hagen

172. *Wickeder Westfalenstahl Verwaltungsgesellschaft mbH in Wickede (Ruhr)

173. AUBI Baubeschläge GmbH in Hermeskeil und Reinsfeld

174. *Fa. Carl Dan. Peddinghaus GmbH und Co. KG, Ennepetal und Daun

175. *Blohm + Voss GmbH, Hamburg

176. *Blohm + Voss Industrie GmbH, Nürnberg, Gengenbach, Essen

177. *Blohm + Voss Repair GmbH, Hamburg, Brunsbüttel

178. *Blohm + Voss Inspection Service GmbH, Hamburg

179. *Blohm + Voss GmbH, Arge F 124, Wilhelmshaven

180. *Blohm + Voss GmbH, Büro Rostock

181. GALERIA Karstadt Kaufhof GmbH, Essen
   - 181.01 Augsburg
   - 181.02 Bad Homburg
   - 181.03 Bamberg
   - 181.04 Bayreuth
   - 181.05 Berlin-Charlottenburg

181.06	Berlin, Hermannplatz
181.07	Berlin, Kurfürstendamm
181.08	Berlin-Spandau
181.09	Berlin-Steglitz
181.10	Berlin-Tempelhof
181.11	Berlin-Wedding
181.12	Bielefeld
181.13	Bochum, Ruhrpark
181.14	Bremen
181.15	Celle
181.16	Dresden
181.17	Düsseldorf, Schadowstraße
181.18	Duisburg
181.19	Erfurt
181.20	Essen
181.21	Esslingen
181.22	Frankfurt, Zeil
181.23	Freiburg, im Breisgau
181.24	Fulda
181.25	Gießen
181.26	Göttingen
181.27	Goslar
181.28	Hamburg
181.29	Hamburg, Alstertal-Einkaufszentrum
181.30	Hamburg-Eimsbüttel
181.31	Hamburg Harburg
181.32	Karlsruhe
181.33	Kiel, Sophienblatt
181.34	Köln
181.35	Konstanz
181.36	Landshut
181.37	Leonberg
181.38	Limburg
181.39	Lörrach
181.40	Lübeck
181.41	Lüneburg
181.42	Magdeburg
181.43	Memmingen
181.44	Mülheim-Heissen
181.45	München-Bahnhofplatz
181.46	München-Schwabing
181.47	Münster
181.48	Nürnberg-Langwasser
181.49	Offenburg
181.50	Potsdam-Stadtpalais
181.51	Rosenheim
181.52	Siegen
181.53	Singen
181.54	Wiesbaden

181.55 Wismar

182. *ARCANDOR Aktiengesellschaft, Essen

183. ohne Inhalt

184. *Deutsche Pensions Group GmbH, Düsseldorf

185. *Le Buffet System-Gastronomie und Dienstleistungs-GmbH, Essen

186. *Mitteldeutsches Druck- und Verlagshaus GmbH & Co.KG
186.01 *Artern
186.02 *Aschersleben
186.03 *Berlin
186.04 *Bitterfeld
186.05 *Bonn
186.06 *Dessau
186.07 *Eisleben
186.08 *Gräfenhainischen
186.09 *Hettstedt
186.10 *Hohenmölsen
186.11 *Jessen
186.12 *Köthen
186.13 *Magdeburg
186.14 *Merseburg
186.15 *Obersdorf
186.17 *Quedlingburg
186.18 *Querfurt
186.19 *Roßlau
186.20 *Sangerhausen
186.21 *Weißenfels
186.22 *Wittenberg
186.23 *Zeitz

187. *PHOENIX Traffic Technology GmbH, Hamburg mit den Standorten Hamburg Waltershausen (Landkreis Gotha)

188. *Conti Tech Fluid Automotive GmbH mit den Standorten Hamburg und Waltershausen (Landkreis Gotha)

189. *PHOENIX Fluid Handling Industry GmbH mit den Standorten Hamburg und Waltershausen (Landkreis Gotha)

190. PHOENIX Conveyer Belt Systems GmbH mit den Standorten Hamburg, Hildesheim, Waltershausen (Landkreis Gotha) und Bad Blankenburg

191. PHOENIX Compounding Technology GmbH mit den Standorten Hamburg und Waltershausen (Landkreis Gotha)

192. PHOENIX Dichtungstechnik GmbH mit den Standorten Hamburg und Waltershausen (Landkreis Gotha)

193. Conseo GmbH, Hamburg

194. INTECH Thüringen GmbH, Waltershausen (Landkreis Gotha)

195. *PHOENIX Airbag GmbH und Co KG, Hildesheim

196. *IPM GmbH Informationen Prozesse Menschen, Hamburg

197. Conti Tech MGW GmbH mit seinen Standorten Hann. Münden, Hedemünden und Oedelsheim

198. New-York Hamburger Gummi-Waaren Compagnie AG, Lüneburg

199. ESSO Deutschland GmbH
    - 199.1 Zentrale Hamburg, Läger
    - 199.2 *EXXON Handels- und Dienstleistungs-Gesellschaft mbH in Hamburg

200. *Hydranten-Betriebsgesellschaft Flughafen Frankfurt/Main (HBG)

201. Advanced Nuclear Fuels GmbH, Lingen/Ems

202. TLS Tanklager Stuttgart GmbH, Stuttgart

203. TBN Tanklager Betriebsgesellschaft Nürnberg mbH, Nürnberg

204. ETB ESSO Tankdienstgesellschaft Bremen mbH, Bremen *und Betrieb Saarbrücken

205. BFS Berlin Fuelling Services GbR, Berlin

206. ExxonMobil Central Europe Holding GmbH, Hamburg

207. ExxonMobil Chemical Central Europe GmbH, Köln

208. *Deutsche Infineum GmbH, Köln

209. *SMS Siemag AG, Düsseldorf in
    - 209.1 *Düsseldorf
    - 209.2 *Hilchenbach
    - 209.3 *Jünkerath
    - 209.4 *Hilden

210. SMS Schloemann-Siemag AG & Co. OHG, Hilchenbach

211. *SMS GmbH, Düsseldorf

211.1 *Düsseldorf
211.2 *Hilchenbach

212. *WALDRICH SIEGEN Werkzeugmaschinen GmbH, Burbach

213. *WALDRICH Maschinen und Werkzeuge GmbH, Burbach

214. INGERSOLL Werkzeuge GmbH, Haiger in
214.1 Haiger
214.2 Vaihingen-Horrheim

215. OPS-INGERSOLL Funkenerosion GmbH, Burbach

216. WALDRICH GmbH & Co. KG, Siegen

217. HerkulesGroup Services GmbH, Burbach

218. Gontermann-Peipers GmbH, Siegen

219. Battenfeld GmbH, Troisdorf

220. Rexnord Kette GmbH, Betzdorf

221. *SMS Logistiksysteme GmbH, Netphen

222. *PSi Printer Systems international GmbH, Siegen

223. *KWP Informationssysteme GmbH, Landshut in
223.1 *Landshut
223.2 *Chemnitz

224. SRZ Software und Beratungs GmbH, Siegen

225. SIEMAG Rechenzentrum GmbH, Netphen

226. Inter Data Systems GmbH, Maintal

Die mit einem * versehenen Betriebsstätten der aufgeführten Arbeitgeber sind durch Bescheid des Bundesamtes für Soziale Sicherung vom 20.12.2021 nicht genehmigt und sind aktuell nicht Gegenstand der Anlage zu § 1 Absatz (2) der Satzung.

Entschädigungsregelung
- Anlage zu §§ 2 und 2a der Satzung -

(1) Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates

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

1. Erstattung der Barauslagen

   Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Absatz (2) Satz 1 BRKG zu kürzen.

   Übernachtungsgeld nach dem jeweils gültigen Satz des Bundesreisekostengesetzes. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.

   Fahrkosten

   Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (zum Beispiel Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt

   Dabei können erstattet werden:

   a. die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,

   b. bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy-Klasse,

   c. bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Absatz (2) des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

   Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tä-

tige Arbeitnehmer nach § 168 Absatz (1) Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

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 Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 79,00 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 gegebenenfalls Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Das 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.

(2) Besondere Entschädigung für die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 553,00 EUR. Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

(3) Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder

der alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach Absatz (1) Nr. 1 und 2.
Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrages gezahlt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

(4) Entschädigung für Ehrenamtliche Novitas-Beratende

Die Ehrenamtlichen Novitas-Beratenden erhalten einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 45,00 EUR.

(5) Pauschaler Auslagenersatz für die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten als Ersatz für ihre Auslagen eine monatliche pauschale Entschädigung in Höhe von 68,00 EUR.

Zweitmeinungsverfahren
- Anlage zu § 11e Absatz (1) -

M05-M14	Entzündliche Polyarthropathien
M15-M19	Arthrose
M20-M25	Sonstige Gelenkkrankheiten
M40-M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M45-M49	Spondylopathien
M50-M54	Sonstige Gelenkkrankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M65-M68	Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
M70-M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
M80-M85	Veränderungen der Knochendichte und –struktur
M91-M94	Chondropathien
C00-C75	Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen (der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx, der Verdauungsorgane, der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe, des Knochens und des Gelenkknorpels, Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut, des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes, der Brustdrüse [Mamma], der weiblichen Genitalorgane, der männlichen Genitalorgane, der Harnorgane, des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems, der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen)
C76-C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81-C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
C97-C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- Anlage zu § 13 Nr. 5 der Satzung -

Verzeichnis nach § 13 Nr. 5 der Satzung der Novitas BKK für Bonusprogramm 2

(1) Versicherte können den erworbenen Bonusanspruch anstelle der Geldleistung auch für die Erstattung von Ausgaben für nachgewiesene Gesundheitsleistungen verwenden.

(2) Für die Erstattung von Ausgaben für nachgewiesene Gesundheits-leistungen erhöht sich der bisher erworbene Bonusanspruch (Geld) pauschal um 100 oder 200 Euro, maximal jedoch um die tatsächlich nachgewiesenen Kosten der Leistungen nach Absatz (3) Nr. 1 – 27, sofern mindestens zwei oder vier bonusfähige Leistungen nach § 13 Satz 2 Nr. 5 erreicht werden.

(3) Für die Erstattung der nachfolgend benannten Leistungen sind die Originalrechnungen vorzulegen:

1. Erstmaliger Abschluss einer privaten Kranken- und Pflegeergänzungsversicherung (mit Ausnahme der Auslandsreiseversicherung) und Sterbegeldversicherung sowie Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen und Unfallversicherungen.

   Die Erstattung bezieht sich ausschließlich auf den ersten Jahresbeitrag.

2. Sportmedizinische Untersuchung.

   Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen und die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

3. Teilnahme an folgenden Kursen, insoweit das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet ist: Eltern-Baby-Kurs (Pekip®, DELFI®, ElBa®), Baby-Schwimmkurs, Eltern-Kind-Turnen.

4. Kosten und Gebühren für einen Daten- und Dokumentenservice für medizinische Notfälle,

5. Erstattung von Sehhilfen (Brillengläser oder Kontaktlinsen),

6. Erste Hilfe-Kurs,

7. Fahrsicherheitstraining,

8. Irisdiagnostik,

9. Sehtest,

10. Akupunktur, sofern die Novitas BKK nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist,

11. Chelattherapie,

12. Einlagerung von Nabelschnurblut,

13. Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus,

    Mindestanforderung an das Gerät sind die Aufzeichnung von Schritten, Pulsfrequenz, Aktivitäten und Schlaf,

14. Intrauterinpessare (Spirale) für Frauen bis zum 22. Lebensjahr,

15. Heilpraktikerbehandlung, soweit nicht gesundheitsschädlich,

16. Gesundheitsreise über AKON (Eigenanteil),

17. Personal Training durch qualifizierte Fitnesstrainer,

18. Implantatversorgung,

19. privatärztliche Behandlung bei Vertragsärzten,

20. kieferorthopädische Behandlung außerhalb der GKV,

21. Osteopathie,

22. Hebammenrufbereitschaft,

23. Doula,

24. ausgeschlossene Heil- und Hilfsmittel mit ärztlicher Verordnung,

25. Gesundheitskurse (auch online) außerhalb der Zertifizierung,

26. professionelle Zahnreinigung,

27. Impfstoffe.

Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) - Anlage zu § 19 der Satzung -

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG)

§ 1 Anwendbare Vorschriften

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

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber, Erstattungsanspruch

(1) Die Novitas BKK erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 60 vom Hundert des für den in § 3 Abs.1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt. Für Aufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1) sind die vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge i. S. d. § 1 Absatz I Nr. 2 AAG mit dem oben genannten Erstattungssatz abgegolten

(2) Die Novitas BKK erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U 2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes (MuschG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 11 des MuschG bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt. Die vom Arbeitgeber nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG getragenen Sozialversicherungsbeiträge und die Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit werden in vollem Umfang erstattet.

§ 3 Aufbringung der Mittel

(1) Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.

(2) Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

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

§ 4 Umlagesätze

(1) Der Umlagesatz U1 beträgt 2,8 vom Hundert.

(2) Der Umlagesatz U2 beträgt 0,4 vom Hundert.

§ 5 Widerspruchsausschuss

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

§ 6 Organe, Zusammensetzung

(1) Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der Novitas BKK obliegt dem Vorstand, der diese gerichtlich und außergerichtlich vertritt.

(2) In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

(3) Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.

(4) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 7 Haushaltsplan, Jahresrechnung

(1) Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf.

(2) Die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt dem Verwaltungsrat.

(3) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Rechnungsprüfungsausschuss zur Vorbereitung der Abnahme der Jahresrechnung.

(4) Der Vorstand hat den Rechnungsabschluss aufzustellen und dem Rechnungsprüfungsausschuss nach Abs. 3 vorzulegen. Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung des Vorstandes.