

Bekanntmachung von Satzungsänderungen

1. Satzungsantrag der atlas BKK ahlmann vom 01.01.2010

Die Satzung der atlas BKK ahlmann vom 01.01.2010 wird wie folgt geändert:

Artikel I

1. § 2 Abs. III Nr. 6 wird neu gefasst:

6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,

2. § 3 Abs. I wird wie folgt neu gefasst; Abs. III Satz 2 wird gestrichen:

I. Dem Vorstand der atlas BKK ahlmann gehört 1 Mitglied an.

3. § 12 Abs. VI wird Abs. V.

4. § 12a wird neu gefasst:

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die atlas BKK ahlmann auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens "Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000" in der jeweils aktuellen Fassung Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

* Bewegungsgewohnheiten:

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

* Ernährung:

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

* Stressbewältigung/Entspannung:

- Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken

* Suchtmittelkonsum:

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

Leistungen, die von der atlas BKK ahlmann selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung (Nachweis von mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten) ein Zuschuss in Höhe von bis zu 150,00 € je Kurs für maximal 2 Kurse je Handlungsfeld je Kalenderjahr gewährt.

5. In § 12b Abs. I wird nach dem Wort "Meningokokken-Meningitis," die Worte

- Rotaviren für alle Säuglinge und Kleinkinder bis zum 6. Lebensmonat

eingefügt.

6. § 14 wird wie folgt neu gefasst:

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Mindestvoraussetzungen gem. Absatz III aus den Punkten 1 bis 11 innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen:

1. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V teil.
2. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 SGB V teil (außer Hautkrebsvorsorge).
3. Der Versicherte nimmt die zahnprophylaktischen Untersuchungen jährlich wahr. Kinder und Jugendliche von 6 bis 18 Jahren 2 x jährlich.
4. Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinder- und Jugenduntersuchungen (U1 bis U11 und J1) vollständig in Anspruch.
5. Versicherte ab dem 35. Lebensjahr nehmen alle 2 Jahre am Hautkrebs-Screening nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien teil.

6. Der Versicherte weist eine sportliche Aktivität nach, hierzu zählen:
 - die aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder einer Betriebssportgruppe,
 - die aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitness studio.
 7. Der Versicherte hat die von der atlas BKK ahlmann nach § 12 b der Satzung bzw. nach § 20d Abs.1 SGB V gewährten Schutzimpfungen vollständig in Anspruch genommen bzw. der vollständige Impfstatus wurde überprüft.
 8. Abnahme des Sportabzeichens nach den Vorgaben des Deutschen Olympischen Sportbundes. (DOSB-Sportabzeichen).
 9. Der Versicherte nimmt jährlich eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention nach § 20 SGB V in Anspruch.
 10. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt altersentsprechend zwischen 18 und 27. Bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres liegt das Gewicht altersentsprechend zwischen 10-90 Perzentile gem. den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas.
 11. Der Versicherte hat im beantragten Bonuszeitraum einen Sehtest von einem Augenarzt oder einem qualifizierten Augenoptiker in Anspruch genommen.
- II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt oder ggf. anderem qualifizierten Personal wie Apotheker bzw. dem Anbieter der Leistung im Bonusheft quittiert.
- III. Die Punkte 1 - 5 sind von Versicherten, die das entsprechende Alter zur Erfüllung der Punkte haben, zwingend zu erfüllen. Es müssen insgesamt mindestens 5 Punkte aus den Punkten 1 bis 11 erfüllt sein, damit eine Bonusauszahlung erfolgen kann.

Höhe der Prämien:

Kinder und Jugendliche, die das 18.Lebensjahr noch nicht vollendet haben und entweder selbst Mitglied oder familienversichert sind:

50,- Euro

Familienversicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

70,- Euro

Mitglieder, die das 18.Lebensjahr vollendet haben:

120,- Euro

- IV. Der Bonuszeitraum ist das Kalenderjahr. Die Erstattung der Geldprämie erfolgt im Folgejahr, wenn der Antrag bis zum 31.03. des jeweiligen Folgejahres bei der Kasse vorliegt, die Mindestvoraussetzungen nach den Punkten 1 bis 11 im Bonusheft nachgewiesen werden und zu diesem

Zeitpunkt eine ungekündigte Mitgliedschaft bei der atlas BKK ahlmann besteht.

7. § 15 wird wie folgt eingefügt:

§ 15 Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

- I Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an, den in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitgliedern bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres, danach nur dann, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Laufzeit mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld versichert waren.

Anspruch

- II Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V oder Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Abs. 4 SGB V steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- III Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang

der Wahlerklärung ereignet hat. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel SU), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

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

(Karenzzeit), 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 XV festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich in diesem Zeitraum ereignet hat. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Für Mitglieder, die

- bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben,
- den Tarif im Rahmen des § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V wählen,

besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif sich im Falle des Absatzes XV nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt oder mit Wirkung vom 1. August 2009 bzw. zu dem in § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V genannten Termin gewählt wird. Für bis zum 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach dem bis zum 31. Juli 2009 gewählten Krankengeld-Wahltarif kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit am 1. August 2009.

IV - unbesetzt -

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

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

VII Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XVI oder XVII
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,

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

Höhe

VIII Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 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 jährlich 44.100,00 Euro = 25,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif "SU-25"),

2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 44.100,00 Euro = 45,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif "SU-45"),
3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 44.100,00 Euro = 65,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif "SU-65"),
4. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 44.100,00 Euro = 85,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif "SU-85"),

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

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse.

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

Zahlung

- X Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für

Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen

Dauer

- XI Anspruch auf Krankengeld besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zu deren 42. Tag.

Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung für längstens 27 Tage innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer. Sofern im letzten 12 Monatszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 12 Monatszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen XVIII oder XIX unbeachtlich.

- XII -unbesetzt-

Ruhen

- XIII Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, die nach Art und Umfang her dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar sind, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3

SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit

vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

- XIV Die §§ 16 Abs. 1-3a und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- XV Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt – vorbehaltlich § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V – mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt. 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.

Für Mitglieder, die bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben, beginnt der Tarif am 1. August 2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 31. Dezember 2009 erfolgt ist; der Antrag gilt in diesem Fall als bis zum 30. September 2009 gestellt. Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden.

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Kündigung

- XVI Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

- XVII 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 Prämienhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

XVIII Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist – vorbehaltlich Absatz XIX – höchstens einmal pro Zeitjahr der Mindestbindungsfrist möglich. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden Kalendermonat nach Eingang der Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende Tarifgruppe eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III von 6. Kalendermonaten. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz XIX werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.

XIX Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz IX die in Absatz VIII genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn

des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt.

Prämien

XX Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VII ergeben sich die Tarifikennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen/Tarifgruppen

Tarif	EUR
<i>SU 25</i>	<i>15,00</i>
<i>SU 45</i>	<i>30,00</i>
<i>SU 65</i>	<i>45,00</i>
<i>SU 85</i>	<i>60,00</i>
KUP	8,75

XXI Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt gemäß Absatz XXII. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. (Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen XVIII oder XIX ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe 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.

XXII Die Prämie wird jeweils im voraus fällig, spätestens
- bei monatlicher Zahlung am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs,

XXIII Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.

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

8. In § 18 werden die Worte "Landesverband der Betriebskrankenkassen Niedersachsen-Bremen" durch die Worte "BKK Landesverband Mitte" ersetzt.

Artikel II

Artikel I Nr. 1 – 8 treten rückwirkend am 01.01.2010 in Kraft.

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 15. März 2010 beschlossene 1. Nachtrag zur Satzung gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 05. Mai 2010
IIO3 – 59305.0-940/2009

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Beckschäfer)