

**Betriebskrankenkasse
Deutsche Bank AG**



Satzung

**der Betriebskrankenkasse
der Deutsche Bank AG**



Übersicht zur Satzung

	Seite
Vorwort	4
Artikel I	4
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	4
§ 2 Verwaltungsrat.....	5
§ 3 Vorstand	7
§ 4 Widerspruchsstelle	8
§ 5 Kreis der versicherten Personen gemäß §§ 5 bis 10 SGB V	10
§ 6 Wahlmöglichkeiten.....	11
§ 7 Kündigung der Mitgliedschaft nach § 175 Abs. 4 SGB V	11
§ 8 Aufbringung der Mittel	13
§ 9 Bemessung der Beiträge gemäß § 240 Abs.1 Satz 1 SGB V	13
§ 9a aufgehoben zum 01.01.2009	13
§ 9b aufgehoben zum 01.08.2013	13
§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	13
§ 11 Höhe der Rücklage.....	13
§ 12 Leistungen.....	14
§ 13 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V	16
§ 13a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	21
§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme.....	22
§ 13c Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	22
§ 13d Wahltarif besondere Versorgung	23
§ 13e Wahltarif Krankengeld.....	23
§ 14 Primärprävention	29
§ 14a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	30
§ 14b Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V.....	31
§ 14c Kooperation mit der PKV	32

§ 15	Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Abs. 2 SGB V	32
§ 15a	Medizinische Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Abs. 2 SGB V.....	33
§ 16	Leistungsausschluss	33
§ 17	Aufsicht.....	33
§ 18	Mitgliedschaft zum Landesverband.....	33
§ 19	Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG	34
§ 20	Bekanntmachungen.....	34
Artikel II	35
Inkrafttreten.....	35

Anlagen

Zu § 2 Abs. VI Verwaltungsrat (Entschädigungsregelung)

Zu § 13a Ausführungsbestimmungen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die in dieser Satzung enthaltenen personen- bzw. funktionsbezogenen Begriffe geschlechtsneutral zu verstehen sind, auch wenn – den allgemeinen Gepflogenheiten entsprechend – maskuline Bezeichnungen verwendet werden.

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen Betriebskrankenkasse der Deutsche Bank Aktiengesellschaft. Sie ist errichtet worden am 01.11.1952.
Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Düsseldorf.

II. Der Bereich der Kasse erstreckt sich auf die Niederlassungen in der Bundesrepublik Deutschland der Deutsche Bank AG, Frankfurt am Main, sowie nachfolgend aufgeführte Gesellschaften:

DEUKONA Versicherungs-Vermittlungs-GmbH, Frankfurt am Main
Finanzberatungsgesellschaft mbH der Deutschen Bank, Berlin
DB Industrial Holdings GmbH, Lützen
KEBA Gesellschaft für interne Services mbH, Frankfurt am Main
DB Print GmbH, Frankfurt am Main
DWS Beteiligungs GmbH, Frankfurt am Main
Konsul Inkasso GmbH, Essen
DB HR Solutions GmbH, Eschborn
DB Management Support GmbH, Frankfurt am Main
DWS Real Estate GmbH, Frankfurt am Main
DWS Alternatives GmbH, Frankfurt am Main
DWS Grundbesitz GmbH, Frankfurt am Main
Deutsche Immobilien Leasing GmbH, Düsseldorf
DB Investment Services GmbH, Frankfurt am Main
DB Direkt GmbH, Frankfurt am Main
PCC Services GmbH der Deutschen Bank, Essen
DWS Investment GmbH, Frankfurt am Main
DWS Group GmbH & Co. KGaA, Frankfurt am Main

§ 2 Verwaltungsrat

- I.
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.
- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 15 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an. Er hat die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen.
- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:
 1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
 2. den Haushaltsplan festzustellen,
 3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.

Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
 4. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
 5. die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen,
 6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
 7. den Vorstand zu überwachen,
 8. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

10. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,
 11. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen.
- IV.** Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V.** Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- V a.** Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VI.** Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII.** Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind.
- VIII.** Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX.** Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.
- X.** Darüber hinaus kann der Verwaltungsrat ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung.
- XI.** Sitzungen des Verwaltungsrates können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Bei öffentlichen, hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen.
- XII.** In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrates vollständig digital (digitale Sitzung) stattfinden. Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Die Teilnahme mittels Bild- und Tonübertragung setzt insbesondere voraus, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für eine ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden Sitzung eingehalten werden

und jedes einzelne Mitglied sicher authentifiziert werden kann. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest.

Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Situation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht. Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

XIII. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der Betriebskrankenkasse liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Bei öffentlichen, digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Bei nicht öffentlichen hybriden und digitalen Sitzungen haben die durch Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder des Verwaltungsrates sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können.

XIV. In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.

Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der Betriebskrankenkasse liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

§ 3 Vorstand

- I.** Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an.
- II.** Der Vorstand wird vom Arbeitgeber auf dessen Kosten bestellt. Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat.
- III.** Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen,
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,
9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

IV. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

V. Zur Unterstützung des Vorstandes bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Personen.

§ 4 Widerspruchsstelle

- I.** Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird der Widerspruchsstelle übertragen. Die Widerspruchsstelle hat ihren Sitz in Düsseldorf.
- II.**
 1. Die Widerspruchsstelle setzt sich zusammen aus zwei Vertretern der Versicherten aus dem Kreis der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit zwei Stimmen.

2. Jedes Mitglied der Widerspruchsstelle hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
3. Die Versichertenvertreter der Widerspruchsstelle werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter der Widerspruchsstelle wird vom Arbeitgeber bestellt. Die Mitglieder der Widerspruchsstelle bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
4. Das Amt der Mitglieder der Widerspruchsstelle ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
5. Der Vorsitz in der Widerspruchsstelle wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und einem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung.

Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen der Widerspruchsstelle beratend teil.
7. Die Widerspruchsstelle ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und alle Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
9. Die Widerspruchsstelle kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Mitglied der Widerspruchsstelle widerspricht der schriftlichen Abstimmung.

III. Sitzungen der Widerspruchsstelle können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzung). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen der Widerspruchsstelle.

IV. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen der Widerspruchsstelle digital stattfinden (digitale Sitzung). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Die Teilnahme mittels Bild- und Tonübertragung setzt insbesondere voraus, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für eine ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden Sitzung eingehalten werden und jedes einzelne Mitglied sicher authentifiziert werden kann. Der oder die Vorsitzende der Widerspruchsstelle stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied der Widerspruchsstelle der Feststellung

widerspricht. Wenn ein Mitglied widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

- V.** Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der Betriebskrankenkasse liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich.

Bei hybriden und digitalen Sitzungen haben die durch Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder der Widerspruchsstelle sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können.

- VI.** In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende der Widerspruchsstelle entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der Betriebskrankenkasse liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

- VII.** Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von der Widerspruchsstelle aufgestellte Geschäftsordnung.

- VIII.** Die Widerspruchsstelle nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen gemäß §§ 5 bis 10 SGB V

- I.** 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 Versicherungsberechtigten.

- II. Nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen, der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

- III. Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 6 Wahlmöglichkeiten

Die in § 5 der Satzung genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie zu dem in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören oder
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder waren.

§ 7 Kündigung der Mitgliedschaft nach § 175 Abs. 4 SGB V

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Krankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft 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 nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei

der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach Absatz 1 Satz 1 bei der neuen Krankenkasse erklärt.

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 im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

- II.** Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Absatz I. Satz 4 gilt entsprechend.

Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 und dessen Ausübung, 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 Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

- III.** Abweichend von Absatz I. 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. Es gelten Absatz 1 Satz 5 und Satz 6.

Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

§ 8 Aufbringung der Mittel

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

§ 9 Bemessung der Beiträge gemäß § 240 Abs.1 Satz 1 SGB V

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.

§ 9a aufgehoben zum 01.01.2009

§ 9b aufgehoben zum 01.08.2013

§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,9 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 25 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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.

II. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege wird zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

- ### III.
1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgeltes nicht übersteigen.
 2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
 3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

IV. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in

Kenntnis zu setzen und erhalten daraufhin von der Betriebskrankenkasse schriftliche Beratungsunterlagen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er hat das Ende der Wahl der Kostenerstattung gegenüber der Betriebskrankenkasse anzuzeigen.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, der ambulanten zahnärztlichen Versorgung sowie der veranlassten Leistungen erfolgt die Kostenerstattung pauschaliert in Höhe von 30 v. H. des jeweiligen Rechnungsbetrags. Im Bereich der Arzneimittelversorgung erfolgt die Kostenerstattung pauschaliert in Höhe von 70 % des jeweiligen Rechnungsbetrags.

Auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages; in diesem Fall ist der Versicherte an das Ergebnis des individuell ermittelten Erstattungsbetrages gebunden.

6. Bei Erstattungen von Arzneimitteln nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V (Originalpräparat) sind vom Erstattungsbetrag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Herstellerrabatte nach § 130a Absatz 8 SGB V pauschal 20 v. H. sowie für die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V (Ersatzpräparat durch Vertrag der Betriebskrankenkasse) pauschal 10 v. H. abzuziehen. Die Bindungsfrist nach Nr. 3 entfällt.
7. Erstattungsbeträge nach Ziffer 5 und 6 sind um 5 v. H. für Verwaltungskosten zu kürzen. Im Falle einer pauschalierten Erstattung reduziert sich der Verwaltungskostenabschlag auf 3 v. H. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

8. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle 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. Ziffer 6 gilt entsprechend.

Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. und 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.

9. Abweichend von Ziffer 8 können in einem anderen Mitgliedsstaat 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.

§ 13 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

I. Erweiterte Vorsorgeleistungen

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für weitere Vorsorgeleistungen, sofern eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

1. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für folgende, von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Ärzten, durchgeführte oder veranlasste Vorsorgeleistungen:
 - a) Vorsorge für Kinder entsprechend der Altersempfehlung (U10, U11) bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. Bewegungsmangel, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Übergewicht, Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen) mit maximal 50,00 EUR je Untersuchung, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstehenden Kosten,
 - b) Vorsorge für Jugendliche entsprechend der Altersempfehlung (J2) bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. Bewegungsmangel, besondere Belastung durch Schule oder häusliches Umfeld) mit maximal 50,00 EUR je Untersuchung, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstehenden Kosten,
 - c) Hautuntersuchung bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. auffällige Muttermale oder erbliche Veranlagung) mit 80 v. H. der Kosten, maximal 25,00 EUR,
 - d) Brustkrebsvorsorge bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. positive Familienanamnese, früheres Lipom, Fibroadenom oder Myom) 80 v. H. der Kosten, maximal 100,00 EUR alle 2 Jahre,
 - e) PSA-Test bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. positive Familienanamnese oder unklarer Tastbefund) 80 v. H. der Kosten, maximal 20,00 EUR alle 2 Jahre.
2. Eine Leistung nach Ziffer 1 kommt nur in Betracht, sofern sie nicht im Rahmen der Regelversorgung oder geltender Verträge von der Betriebskrankenkasse übernommen wird.

II. Weitere zusätzliche Leistungen

1. Versicherte erhalten über die in § 32 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Ansprüche hinaus einen Zuschuss zu osteopathischer Behandlung, sofern diese medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Voraussetzung ist, dass die durchgeführte und durch Ärzte verordnete Leistung der Osteopathie durch Leistungserbringer erfolgt, die Mitglieder in einem Berufsverband der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung abgeschlossen haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt. Der Zuschuss ist auf kalenderjährlich 3 Sitzungen begrenzt und beträgt 80 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 40,00 EUR je Sitzung.
2. Die Betriebskrankenkasse erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der 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.

Der Zuschuss beträgt 80 v. H. der Kosten und ist insgesamt auf kalenderjährlich 100,00 EUR begrenzt.

Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Rechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

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

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

3. Versicherte erhalten über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erweiterte Leistungen bei Zahnärzten. Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch eine für die kassenzahnärztliche Versorgung zugelassene Zahnarztpraxis oder einen entsprechend nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer durchgeführt wird.
 - a) Bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen beteiligt sich die Betriebskrankenkasse auf Antrag an den Kosten der Anästhesie (Vollnarkose), sofern diese keine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen vorzulegen. Der Zuschuss beträgt 80 v. H. der Kosten und ist auf maximal 200,00 EUR je Narkose begrenzt.
 - b) Bei einer von einem Zahnarzt durchgeführten oder veranlassten professionellen Zahnreinigung beteiligt sich die Betriebskrankenkasse auf Antrag an den Kosten. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen vorzulegen. Der Zuschuss beträgt 80 v. H. der Kosten und ist insgesamt auf kalenderjährlich 40,00 EUR begrenzt.
 - c) Bei Kunststofffüllungen beteiligt sich die Betriebskrankenkasse mit 80 v. H., maximal 50,00 EUR je Zahn und nicht mehr als 300,00 EUR kalenderjährlich. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen vorzulegen. Eine Bezuschussung kommt nur in Betracht, sofern diese Leistung nicht im Rahmen der Regelversorgung oder geltender Verträge von der Betriebskrankenkasse übernommen wird.

4. Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

- a) Versicherte haben Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung, sofern diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden und entsprechende Risikofaktoren vorliegen.
Derartige Risikofaktoren sind:
 - a. erhöhtes Körpergewicht
 - b. erhöhter Blutdruck
 - c. kardiovaskuläre Vorerkrankungen
 - d. Atemwegserkrankungen
 - e. Skelettvorerkrankungen, z. B. Skoliose
 - f. Diabetes
 - g. Rauchen
 - h. Alkoholmissbrauch
 - b) Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.
 - c) Der Zuschuss beträgt 80 v. H. der Kosten und ist insgesamt auf kalenderjährlich 75,00 EUR begrenzt. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.
5. Die Betriebskrankenkasse unterstützt ihre Versicherten mit vorgenannten zusätzlichen Leistungen der Ziffern 1 bis 4 im Rahmen eines Gesundheitsbudgets. Das Gesundheitsbudget beträgt insgesamt 360,00 EUR je Versicherten im Kalenderjahr.
 6. Das Gesundheitsbudget ist auf Leistungen beschränkt, die bis einschließlich 2025 erbracht werden.

III. Hebammen

1. Die Betriebskrankenkasse bietet weiblichen Versicherten, die sich für eine ambulante Entbindung entschieden haben, vor und nach der Entbindung erweiterte Hebammenleistungen. Über die Leistungen der Hebammengebührenordnung hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse, bei Vermeidung einer stationären Entbindung, die von der Versicherten zusätzlich in Anspruch genommenen Hebammenleistungen in Höhe von bis zu 500,00 EUR.

2. Die Betriebskrankenkasse übernimmt für weibliche Versicherte bei einer ärztlich nachgewiesenen Risikoschwangerschaft vor und nach der Entbindung die Kosten für die Hebammenrufbereitschaft von der 30. Schwangerschaftswoche bis zur Geburt in Höhe von bis zu 300,00 EUR.
3. Die Betriebskrankenkasse übernimmt für junge und werdende Familien den Geburtsvorbereitungskurs für den werdenden Vater bzw. alternativ einen zusätzlichen Babykurs, sofern der jeweilige Teilnehmer bei der Betriebskrankenkasse versichert ist. Die Leistung muss durch Hebammen erbracht werden. Die Höhe der Leistung beträgt insgesamt bis zu 75,00 EUR pro Neugeborenem.
4. Der Anspruch setzt voraus, dass die vorgenannten Leistungen nach 1. bis 3. von zugelassenen Hebammen gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Hebammen erbracht werden.

IV. Stationäre Behandlung

1. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:
 - a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
 - b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - c) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der Betriebskrankenkasse vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 - d) die Betriebskrankenkasse hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
3. Mit der Zustimmung nach Ziffer 1 Buchstabe d) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.
4. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, welche die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

V. Brustkrebsuntersuchung durch blinde oder sehbehinderte Menschen

Die Betriebskrankenkasse übernimmt einmalig im Kalenderjahr über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus die Kosten in

Höhe von maximal 80,00 EUR pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde oder sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als Medizinische Tastuntersucher (MTU). Eine solche Brustkrebsuntersuchung kann sowohl Abtastungen und Inspektionen wie auch die Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung umfassen. Die Kostenübernahme erfolgt unter folgenden Voraussetzungen:

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

die Untersuchung wird von einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

Zur Kostenerstattung ist neben einem spezifizierten Kostenbeleg die ärztliche Bestätigung der o.g. Vorbelastung einzureichen.

§ 13a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I.** Versicherte, die sich durch die Inanspruchnahme folgender Leistungen gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus:
 - Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Abs. 1 SGB V
 - Leistungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach §§ 25 Abs. 2 und 25 a SGB V
 - Kinderuntersuchungen nach § 26 Abs. 1 SGB V
 - Zahnärztliche Vorsorge nach § 55 SGB V
 - Schutzimpfungen nach § 20i SGB V in Verbindung mit § 15 der Satzung

- II.** Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie regelmäßig
 - eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 5 SGB V in Anspruch nehmen
 - oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen,
 - Sport in einem qualitätsgesicherten Verein, in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder Betriebssport außerhalb der Arbeitszeit treiben.

- III.** Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. Leistungsanbieter auf der BKK-Bonus-Karte quittiert. Darüber hinaus ist ein Nachweis der Punkte auch in elektronischer Form über die App der Betriebskrankenkasse möglich.
Der Bonus wird den Versicherten in Form von Punkten für einen Geldbonus gutgeschrieben.

- IV.** Näheres zum Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten ist in der Anlage zu § 13a „Ausführungsbestimmungen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten“ dieser Satzung geregelt.

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für koronare Herzkrankheit
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassenen Fassung. Über die für die Durchführung relevanten Regionen führt die BKK Auflistungen, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt werden und die vom Versicherten auf Nachfrage eingesehen werden können.

§ 13c Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme

- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13d Wahltarif besondere Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13e Wahltarif Krankengeld

I. Allgemeines

Die BKK der Deutsche Bank AG bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an, soweit diese zum Zeitpunkt des erstmaligen Vertragsabschlusses das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und keine Versicherung mit Krankengeldanspruch bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hat.

II. Anspruch

Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationseinrichtung (§§ 40 Abs. 2 SGB V, 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z. B.

Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- III.** Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld
1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit
 2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit 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. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
- IV.** Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der 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.
- V.** Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgelersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht ebenfalls kein Anspruch auf Krankengeld.
- VI.** Der Anspruch auf Krankengeld endet
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen,

- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten vergleichbaren Leistungen, die von öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder berufsständischen Versorgungseinrichtungen bezogen werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach den Absätzen XVI und XVII,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

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

VII. Höhe

Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten wahlweise

1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 900 EUR 30 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 30),
2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 1.200 EUR 40 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 40),
3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 1.500 EUR 50 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 50),
4. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 1.800 EUR 60 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 60),
5. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 2.100 EUR 70 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 70),
6. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 2.400 EUR 80 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 80),
7. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 2.700 EUR 90 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 90),
8. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 3.000 EUR 100 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 100),

9. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 3.300 EUR 110 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 110),
10. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 3.600 EUR 120 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 120).

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. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz XVIII.

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

IX. Zahlung

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

X. Dauer

Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung für längstens 546 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 546. Tages. Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit

mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen XVII und XVIII unbeachtlich.

XI. Abweichend von Absatz X besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

XII. Ruhen

Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend. Gleiches gilt für den Bezug vergleichbarer Leistungen, die von öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder berufsständischen Versorgungseinrichtungen gezahlt werden. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens einem Monatsbeitrag im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

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

XIV. Wahl/Beginn/Laufzeit

Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn, maximal jedoch 3 Monate, kann gewählt werden. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

XV. Kündigung

Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 6 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XVI frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

XVI. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen; die Tarifierhöhungen aufgrund Alterssteigerungen nach Absatz XIX bleiben dabei außer Betracht.

XVII. Wechsel

Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, jedoch nicht innerhalb des ersten Jahres der Laufzeit, 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 XVIII – 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. 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 oder leistungseinschränkende Tarifgruppe eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz XVIII werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.

XVIII. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz VIII die in Absatz VII 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; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III besteht in diesen Fällen nicht.

XIX. Prämien

Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt für Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V in den Tarifgruppen

Tarifgruppe	S 30	S 40	S 50	S 60	S 70
	116,40 EUR	155,20 EUR	194,00 EUR	232,80 EUR	271,60 EUR

Tarifgruppe	S 80	S 90	S 100	S 110	S120
	310,40 EUR	349,20 EUR	388,00 EUR	426,80 EUR	465,60 EUR

Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt für Mitglieder nach § 46 Satz 2 SGB V in den Tarifgruppen

Tarifgruppe	K1 (Einkommen bis 420 EUR/mtl.)	K2 (Einkommen bis 900 EUR/mtl.)	K3 (Einkommen bis 1.200 EUR/mtl.)	K4 (Einkommen bis 1.500 EUR/mtl.)
	182,14 EUR	390,30 EUR	520,40 EUR	650,50 EUR

Tarifgruppe	K5 (Einkommen bis 1.800 EUR/mtl.)	K6 (Einkommen bis 2.100 EUR/mtl.)	K7 (Einkommen bis 2.400 EUR/mtl.)	K8 (Einkommen bis 2.700 EUR/mtl.)
	780,60 EUR	910,70 EUR	1.040,80 EUR	1.170,90 EUR

Tarifgruppe	K9 (Einkommen bis 3.000 EUR/mtl.)	K10 (Einkommen bis 3.300 EUR/mtl.)	K11 (Einkommen bis 3.600 EUR/mtl.)
	1.301,00 EUR	1.431,10 EUR	1.561,20 EUR

- XX.** Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Absatz XXI. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen XVII und XVIII 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 sowie Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.
- XXI.** Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 5. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs. Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.
- XXII.** Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden im Mahnverfahren Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.
- XXIII.** Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 14 Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umset-

zung von §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung - Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V) Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b

SGB V) und/oder individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V) mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
- Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum:

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums.

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, maximal 75,00 EUR je Maßnahme/Kurs gewährt.

Bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhöht sich dieser Zuschuss auf 90 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 75,00 EUR je Maßnahme/Kurs. Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro versicherter Person und Kalenderjahr begrenzt. Die Versicherten haben einen Eigenanteil für die Kosten für Unterkunft und Freizeitaktivitäten zu tragen.

§ 14a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Die in § 1 genannten Arbeitgeber erhalten einen Bonus, wenn sie die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweisen und diese nicht bereits Gegenstand ihrer Verpflichtungen aus

dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die BGF und den Krankenversicherungsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag eines Monats nicht überschreiten. Die BKK Deutsche Bank AG kann dazu mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile

einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis der Erfüllung folgender Bedingungen knüpft. Die Höhe der Boni wird im Bonusvertrag geregelt und beträgt in jeder Stufe bis zu fünf EUR je BKK-versichertem Betriebsangehörigen.

- II. Ein Bonus der Stufe 1 wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber eine im Bonusvertrag definierte Anzahl von Kriterien aus den Kategorien „BGF Basis“ und „BGF Aktion“ nachweist.

Kategorie „BGF Basis“:

Als Grundlage für qualifizierte, nachhaltig angelegte BGF sind in dieser Kategorie vom Arbeitgeber Nachweise über die Existenz von Strukturen und den Einsatz von Ressourcen zu führen.

Kategorie: „BGF Aktion“:

Durch Nachweise in dieser Kategorie ist vom Arbeitgeber die Umsetzung qualifizierter Maßnahmen und Angebote der BGF zu belegen.

- III. Der Bonus aus Stufe 1 erhöht sich in der Stufe 2, wenn der Arbeitgeber zusätzlich BGF-Angebote der Kategorie „BGF Premium“ nachweist.

Kategorie: „BGF Premium“:

Mit dem Nachweis weiterführender Beratungs- bzw. Betreuungsmaßnahmen ist vom Arbeitgeber besonderes Engagement in der BGF für solche Mitarbeiter zu belegen, die mit Angeboten der Kategorie „BGF Aktion“ nicht hinlänglich zu erreichen sind.

- IV. Der Bonus aus Stufe 1 und 2 erhöht sich in der Stufe 3, wenn die BKK Deutsche Bank AG mit dem Arbeitgeber aufgrund der nach den Absätzen II und III durchgeführten Maßnahmen gesundheitsbezogene Effekte („BGF Effekt“) ermittelt. Ein Bonus der Stufe 3 kann frühestens nach zwei Jahren der Teilnahme des Arbeitgebers am Bonusprogramm der BKK Deutsche Bank AG gewährt werden. Kostensenkungen infolge gesetzgeberischer Änderungen oder Entlassung kranker Mitarbeiter werden dabei nicht bewertet.

§ 14b Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V

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

telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

- II. Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50,00 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.
- III. Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z. B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.

§ 14c Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 15 Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Abs. 2 SGB V

- I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V die Kosten folgender weiterer Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten/Krankheitserreger, soweit sie ärztlich empfohlen sind und kein anderer Kostenträger (Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) zuständig ist:
 - FSME auch für Personen, die nicht den Nachweis erbringen, in FSME-Risikogebieten einer besonderen Zecken-Exposition ausgesetzt zu sein,
 - Influenza auch für Personen, bei denen nicht eine besondere Indikation nach den Schutzimpfungsrichtlinien vorliegt,
 - HPV, für alle Versicherten ab vollendetem 18. bis vollendetem 26. Lebensjahr,
 - Tollwut auch für Personen, auch wenn sie nicht den Nachweis erbringen, in Regionen mit hoher Tollwutgefährdung einem besonderen Infektionsrisiko ausgesetzt zu sein.

Darüber hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse auch Schutzimpfungen aufgrund einer ärztlichen, individuell gestellten Impfindikation.

- II. Die Betriebskrankenkasse gewährt die Leistungen nach Abs. I grundsätzlich als Sachleistungen. Kann die Erbringung als Sachleistung nicht erfolgen, sind nur tatsächlich entstandene Kosten erstattungsfähig. Den Versicherten entsteht für die Arzneimittel eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 31 Abs. 3 SGB V. Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, gewährt die Betriebskrankenkasse keine Leistungen.

- III. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Aufenthaltes indiziert sind, in Höhe von 80 v. H., wenn diese von der STIKO empfohlen werden. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

§ 15a Medizinische Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Abs. 2 SGB V

Bei Gewährung ambulanter Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe einen Pauschalbetrag von 100,00 EUR, sofern die Maßnahme mindestens 14 Tage dauert.

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

§ 16 Leistungsausschluss

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- II. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 17 Aufsicht

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

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

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

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

§ 20 Bekanntmachungen

- I. Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkkdb.de, nachrichtlich durch zweiwöchigen Aushang in der Geschäftsstelle. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen.
Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.
- II. Die BKK Deutsche Bank AG veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK Deutsche Bank AG veröffentlicht und liegen zur Einsicht in der Geschäftsstelle aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 24.04.1996 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.01.1996 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 01.01.1989 und die dazu ergangenen Nachträge Nr. 1 - 12 außer Kraft.

Bad Wildungen, den 24.04.1996



Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates



Siegel

Satzungsnachtrag Nr. 1 gültig ab	01.08.1996
Satzungsnachtrag Nr. 2 zu Punkt 1. gültig ab zu Punkt 2. gültig ab	01.01.1997 01.12.1996
Satzungsnachtrag Nr. 3 gültig ab	01.01.1997
Satzungsnachtrag Nr. 4 gültig ab	01.01.1997
Satzungsnachtrag Nr. 5 gültig ab zu § 1 gültig ab	01.01.1998 25.09.1997
Satzungsnachtrag Nr. 6 gültig ab zu § 1 gültig ab	01.01.1999 01.04.1998
Satzungsnachtrag Nr. 7 gültig ab zu § 1 (Boja Beteiligungs AG) gültig ab zu § 1 (Deutsche Family Office GmbH)	01.07.1999 01.01.1999 22.02.1999
Satzungsnachtrag Nr. 8 gültig ab Servicegesellschaft der DB 24 mbH ab	01.09.1999 01.08.1999
Satzungsnachtrag Nr. 9 – mit Ausnahme von § 1 - gültig ab Nachtrag § 1 – mit Ausnahme von : DGE, Eschborn ECONOS Consulting GmbH Sinius GmbH, Düsseldorf gültig ab Der Nachtrag: Deutsche Grundbesitz Europa Kapitalgesellschaft, Eschborn rückwirkend ab ECONOS Consulting GmbH, Frankfurt ab Sinius GmbH, Düsseldorf ab und Moneyshelf.com AG, Frankfurt ab	01.01.2001 01.09.2000 26.04.1999 09.03.2000 01.08.2000 01.09.2000
Satzungsnachtrag Nr. 10 gültig ab	01.01.2001

Satzungsnachtrag Nr. 11

gültig ab 01.07.2001

Satzungsnachtrag Nr. 12

gültig ab 01.01.2002

mit Ausnahme von:

SWAN Wealth Management GmbH, Frankfurt, rückwirkend zum 01.05.2001

Registrar Services GmbH rückwirkend zum 01.07.2001

Satzungsnachtrag Nr. 13

gültig ab 01.01.2002

mit Ausnahme von:

KEBA Gesellschaft für interne Services mbH rückwirkend zum 01.07.2002

Satzungsnachtrag Nr. 14

gültig ab 01.01.2003

Satzungsnachtrag Nr. 15

gültig ab 01.07.2003

Satzungsnachtrag Nr. 16

rückwirkend ab 01.01.2003

Artikel I § 14a gültig ab 11.06.2003

Satzungsnachtrag Nr. 17

DB Trust AG, Frankfurt am Main, rückwirkend zum 01.07.2003

DB Real Estate Investment GmbH, Eschborn, rückwirkend zum 01.08.2003

Deutsche Vermögensbildungsgesellschaft mbH, Frankfurt am Main, zum 23.06.2004

§ 13 Abs. V Nr. 1-6 und 8, gültig ab 01.01.2004

§ 13 Abs. V Nr. 7 mit dem Tage der Bekanntmachung = 13.02.2004

Satzungsnachtrag Nr. 18

rückwirkend ab 01.01.2004

mit Ausnahme von:

§ 14a – Kooperation mit der PKV, gültig ab 01.04.2004

Satzungsnachtrag Nr. 19

gültig ab 22.04.2004

Satzungsnachtrag Nr. 20

gültig ab 22.04.2004

Satzungsnachtrag Nr. 21

european transaction bank GmbH, Frankfurt am Main, rückwirkend zum 21.05.2004

BANA Immobilien GmbH, Frankfurt am Main, rückwirkend zum 16.12.2003

Betriebs-Center für Banken Payments AG, Frankfurt am Main,

rückwirkend zum 01.07.2004

Satzungsnachtrag Nr. 22

gültig ab 01.07.2005

Satzungsnachtrag Nr. 23

DB Print GmbH, Frankfurt am Main, rückwirkend zum 25.10.2004
 DWS Holding & Service GmbH, Frankfurt am Main, rückwirkend zum 02.04.2003
 § 5 Abs. I Nr. 3 und 4 sowie 11a, II Nr. 6 und 7 gültig ab 01.01.2005
 § 9 Abs. II und Abs. III g) gültig ab 01.01.2005
 § 13 Abs. III 1. d) und § 14d – Modellvorhaben Hautscreening
 nach dem Tage der Bekanntmachung = 12.07.2005

Satzungsnachtrag Nr. 24

Anpassung der Anlage zu § 2 Absatz VI, rückwirkend zum 01.09.2005
 Nachtrag zu §§ 11, 19 und 20 gültig ab 01.01.2006
 Nachtrag zu §§ 13, 13c, 14 und 15 nach dem Tage der Bekanntmachung = 17.01.2006
 Nachtrag zu § 14c, rückwirkend zum 30.01.2004

Satzungsnachtrag Nr. 25

DB Kredit Service GmbH, rückwirkend zum 13.09.2005
 Konsul Inkasso GmbH, rückwirkend zum 13.10.2005
 Nachtrag zu §§ 14, 17 nach dem Tage der Bekanntmachung = 27.09.2006
 Nachtrag zu § 14d Modellvorhaben Hautscreening, rückwirkend zum 01.07.2006

Satzungsnachtrag Nr. 26

DB HR Solutions GmbH, Frankfurt am Main, rückwirkend zum 26.06.2006
 Xchanging Transaction Bank GmbH, Frankfurt am Main, rückwirkend zum 19.06.2006
 Nachtrag zu § 1 Abs. II 1. Halbsatz rückwirkend zum 19.06.2006
 Streichung § 14b zum 31.12.2006
 Umbenennung § 14c in § 14b zum 31.12.2006

Satzungsnachtrag Nr. 27

DB Management Support GmbH, Frankfurt am Main, rückwirkend zum 01.12.2005
 Deutsche Auskunft Service GmbH, Hamburg, rückwirkend zum 01.10.2006
 Nachträge zu § 5, §7, § 9 III Nr. 1 i), j), § 9 III Nr. 3, § 9a, § 9b, § 13 Abs. V,
 § 16a rückwirkend zum 01.04.2007
 Nachträge zu § 9 III Nr. 1 b), h), § 12 rückwirkend zum 01.01.2007
 Nachträge zu § 11 Abs. I Nr. 1 und Nr. 2 nach dem Tage der Bekanntgabe = 16.10.2007

Satzungsnachtrag Nr. 28

Nachträge zu §§ 13b, 13c, 13d rückwirkend zum 01.04.2007

Satzungsnachtrag Nr. 29

Business Reengineering Berliner Bank der Berliner Bank & Co. KG, Berlin,
 rückwirkend zum 01.10.2007

Satzungsnachtrag Nr. 30

RREEF Management GmbH, Eschborn, RREEF Spezial Invest GmbH, Eschborn,
und RREEF Investment GmbH, Eschborn, rückwirkend zum 06.07.2007
Deutsche Immobilien Leasing GmbH, Düsseldorf, rückwirkend zum 01.10.1992
Nachträge zu den §§ 9 Abs. III Nr. 1 h), 13 Abs. VI, 13c Abs. II und Abs. III,
15 Abs. I nach dem Tage der Bekanntgabe = 01.02.2008

Satzungsnachtrag Nr. 31

Berliner Bank AG & Co. KG, Berlin, rückwirkend zum 01.03.2008
Nachträge zu den §§ 2 Abs. III und 3 Abs. III rückwirkend zum 01.01.2008
Nachträge zu den §§ 12 Abs. II und 15 Abs. I nach dem Tage der Bekanntgabe = 23.08.2008

Satzungsnachtrag Nr. 32

Nachträge zu §§ 7, 9, 9a, 10 und 11 rückwirkend zum 01.01.2009

Satzungsnachtrag Nr. 33

Nachträge zu § 13e Wahltarife gültig ab 01.01.2009

Satzungsnachtrag Nr. 34

Nachtrag zu § 12 rückwirkend zum 01.01.2009
Nachtrag zu § 13e rückwirkend zum 01.08.2009

Satzungsnachtrag Nr. 35

Nachtrag zu § 1 rückwirkend zum 01.10.2009
Nachträge zu den §§ 4, 13 Abs. I und 14 nach dem Tage der Bekanntgabe = 16.02.2010
Nachtrag zu § 13 Abs. VI rückwirkend zum 23.07.2009

Satzungsnachtrag Nr. 36

Nachträge zu den §§ 13c und 15 Abs. II gültig ab 01.01.2010

Satzungsnachtrag Nr. 37

Nachtrag zu § 15 Abs. I nach dem Tage der Bekanntgabe = 04.03.2010

Satzungsnachtrag Nr. 38

Nachtrag zu § 1 Abs. II nach dem Tag der Bekanntgabe = 22.07.2010

Satzungsnachtrag Nr. 39

Nachtrag zu § 13 Abs. V rückwirkend zum 02.01.2011
Nachtrag zu den §§ 13c, 14, 14 b, 18 und 19 nach dem Tag der Bekanntgabe = 10.02.2011

Satzungsnachtrag Nr. 40

Nachtrag zu § 1 rückwirkend zum 01.12.2010

Satzungsnachtrag Nr. 41

DB Risk Center GmbH, Berlin, rückwirkend zum	07.07.2011
Deutsche Card Services GmbH, Frankfurt am Main, rückwirkend zum	31.08.2011
GMS Gebäudemanagement und Service GmbH, Frankfurt am Main, und	
GTG Gesellschaft für Technisches Gebäudemanagement mbH, Frankfurt	
am Main, rückwirkend mit Ablauf des	29.08.2011
Nachtrag zu § 13 Abs. III und Abs. V am Tag nach der Bekanntmachung =	23.03.2012

Satzungsnachtrag Nr. 42

Nachträge zu § 13 Abs. III Nr. 1 d) und e) sowie §§ 14a und 14b	
am Tag nach der Bekanntmachung =	11.09.2012

Satzungsnachtrag Nr. 43

Nachträge zu §§ 11, 12 und 13 gültig ab	01.01.2013
---	------------

Satzungsnachtrag Nr. 44

Nachträge zu §§ 5, 6, 13, 13a und 13f am Tag nach der Bekanntmachung =	16.04.2014
Nachtrag zu § 9b rückwirkend zum	01.08.2013
Nachtrag zu § 13e rückwirkend zum	01.01.2012

Satzungsnachtrag Nr. 45

Nachträge zu §§ 13, 13e, 13f, 14a und 20 am Tag nach der Bekanntmachung =	06.09.2014
Nachtrag zu § 1 Abs. II rückwirkend zum	01.09.2013
Nachtrag zur Anlage zu § 2 Absatz VI der Satzung rückwirkend zum	01.01.2014

Satzungsnachtrag Nr. 46

Nachtrag zu § 20 am Tag nach der Bekanntmachung =	28.11.2014
---	------------

Satzungsnachtrag Nr. 47

Nachträge zu §§ 9 und 10 gültig ab	01.01.2015
------------------------------------	------------

Satzungsnachtrag Nr. 48

Nachtrag zu § 13 gültig ab	01.01.2015
Nachtrag zu § 13f am Tag nach der Bekanntmachung =	30.12.2014

Satzungsnachtrag Nr. 49

Nachtrag zu § 1 Abs. II am Tag nach der Bekanntmachung =	11.11.2015
Nachtrag zu § 7 rückwirkend zum	01.01.2015

Satzungsnachtrag Nr. 50

Nachträge zu § 1:	
DB Direkt GmbH, Frankfurt am Main, rückwirkend zum	07.12.2015
DB Risk Center GmbH, Berlin, rückwirkend zum	01.09.2015
registrar services GmbH, Eschborn, rückwirkend zum	01.10.2016
Deutsche Card Services GmbH, Frankfurt am Main, rückwirkend zum	01.10.2016
Nachträge zu §§ 12 Abs. I., Abs. III., 13e, 14, 15 Abs. I. am Tag nach	
der Bekanntmachung =	17.08.2016

Nachträge zu §§ 13c und 13d rückwirkend zum 23.07.2015
 Nachtrag zu § 15 Abs. II. gültig ab 01.01.2017

Satzungsnachtrag Nr. 51

Nachträge zu § 1:
 Deutsche Vermögensbildungsgesellschaft mbH, Frankfurt am Main,
 rückwirkend zum 22.04.2009
 Deutsche Auskunft Service GmbH, Hamburg, rückwirkend zum 29.07.2016
 Nachträge zu §§ 12 Abs. I. und 13a am Tag nach der Bekanntmachung = 28.12.2016
 Nachtrag zu § 13 gültig ab 01.01.2017
 Nachtrag zu § 13b gültig ab 01.04.2017

Satzungsnachtrag Nr. 52

Nachtrag zu § 10 gültig ab 01.01.2017

Satzungsnachtrag Nr. 53

Nachträge zu § 1:
 Servicegesellschaft der Deutschen Bank Privat- und Geschäftskunden mbH,
 Bonn, rückwirkend zum 24.06.2011
 DB Kredit Service GmbH, Berlin, PBC Services GmbH der Deutschen Bank,
 Frankfurt am Main, PCC Services GmbH der Deutschen Bank, Essen,
 rückwirkend zum 20.10.2016
 Nachtrag zu § 13a und die Anlage zu § 13a gültig ab 01.01.2018

Satzungsnachtrag Nr. 54

Nachtrag zu § 1:
 Deutsche Asset Management Investment GmbH, Frankfurt am Main,
 rückwirkend zum 07.03.2016
 Nachtrag zu § 13 gültig ab 01.01.2018

Satzungsnachtrag Nr. 55

Nachträge zu §§ 12, 13 und 14 am Tag nach der Bekanntmachung = 01.08.2018

Satzungsnachtrag Nr. 56

Nachträge zu § 1:
 Finanzberatungsgesellschaft mbH der Deutschen Bank, Berlin, rückwirkend zum 24.04.2018
 DB Industrial Holdings GmbH, Sössen, rückwirkend zum 22.11.2010
 DB Trust AG, Frankfurt am Main, rückwirkend zum 15.12.2005
 DB HR Solutions GmbH, Eschborn, rückwirkend zum 30.07.2010
 Berliner Bank AG & Co. KG, Berlin, rückwirkend zum 07.11.2016

Satzungsnachtrag Nr. 57

Nachträge zu § 1 am Tag nach der Bekanntmachung = 15.08.2019
 Deutsche Family Office GmbH, Frankfurt am Main
 Deutsche Bank Privat- und Geschäftskunden AG, Frankfurt am Main
 DB Privat- und Firmenkundenbank AG, Frankfurt am Main
 Sinius GmbH, Düsseldorf

RREEF Management GmbH, Eschborn
DWS Real Estate GmbH, Frankfurt am Main
RREEF Spezial Invest GmbH, Eschborn
DWS Alternatives GmbH, Frankfurt am Main
RREEF Investment GmbH, Eschborn
DWS Grundbesitz GmbH, Frankfurt am Main
Deutsche Asset Management Investment GmbH, Frankfurt am Main
DWS Investment GmbH, Frankfurt am Main
Nachträge zu § 1 am Tag nach der Bekanntmachung = 20.12.2019
DWS Holding & Service GmbH, Frankfurt am Main
DWS Beteiligungs GmbH, Frankfurt am Main

Satzungsnachtrag Nr. 58

Nachträge zu § 1 am Tag nach der Bekanntmachung = 06.01.2020
DB Industrial Holdings GmbH, **Lützen**
Betriebs-Center für Banken Payments AG, Frankfurt am Main
DWS Group GmbH & Co. KGaA, Frankfurt am Main
Nachtrag zu § 12 Abs. I. Nr. 5. rückwirkend zum 01.01.2018
Nachtrag zu § 12 Abs. IV. Nr. 6. rückwirkend zum 13.05.2017
Nachtrag zu § 12 Abs. IV. Nr. 8. und § 15 rückwirkend zum 11.05.2019
Nachtrag zu § 13 Abs. II., Abs. III. und Abs. VIII. am Tag nach der
Bekanntmachung = 06.01.2020
Nachtrag zu § 13 Abs. III. Nr. 6. gültig ab 01.01.2020

Satzungsnachtrag Nr. 59

Nachtrag zu § 10 gültig ab 01.01.2020

Satzungsnachtrag Nr. 60

Nachträge zu §§ 5, 13 am Tag nach der Bekanntmachung = 14.08.2020
Nachtrag zu § 12 gültig ab 01.10.2020
Nachtrag zu § 17 rückwirkend zum 01.01.2020

Satzungsnachtrag Nr. 61

Nachtrag zu § 13a gültig ab 01.01.2021

Satzungsnachtrag Nr. 62

Nachtrag zu § 1 am Tag nach der Bekanntmachung = 18.02.2022

Satzungsnachtrag Nr. 63

Nachträge zu §§ 2, 4 am Tag nach der Bekanntmachung = 18.02.2022

Satzungsnachtrag Nr. 64

Nachtrag zu § 10 gültig ab 01.01.2023

Satzungsnachtrag Nr. 65

Vorwort und Nachträge zu §§ 2, 4 und 14 am Tag nach der Bekanntmachung = 19.08.2023
Nachtrag zu § 7 rückwirkend zum 01.01.2021

Satzungsnachtrag Nr. 66

Nachtrag zu § 2 Abs. VI (Anlage Entschädigungsregelung)
am Tag nach der Bekanntmachung = 19.08.2023

Satzungsnachtrag Nr. 67

Nachtrag zu § 10 gültig ab 01.01.2024

Satzungsnachtrag Nr. 68

Nachträge zu §§ 1 (Deutsche Bank Bauspar AG, Frankfurt am Main), 5, 9, 12, 13 Abs. III. Nr. 4
Buchstabe b), 13 Abs. VI., 13b, 14b, 16 und Anlage zu § 13a

„Ausführungsbestimmungen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten“
am Tag nach der Bekanntmachung = 28.02.2024

Nachtrag zu § 7 gültig ab 01.07.2023

Nachtrag zu § 13 Abs. III. Nr. 6 rückwirkend zum 01.01.2021

Satzungsnachtrag Nr. 69

Nachträge zu §§ 13a, 15 und 15a am Tag nach der Bekanntmachung = 25.04.2024

Satzungsnachtrag Nr. 70

Nachträge zu §§ 7, 13 am Tag nach Bekanntmachung = 08.08.2024

Satzungsnachtrag Nr. 71

Nachträge zu §§ 2, 4 am Tag nach Bekanntmachung = 13.08.2024