

Metzinger
Gut versichert.



Satzung der Metzinger Betriebskrankenkasse

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 8a Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen
- § 8b Nicht besetzt
- § 9 Beitragssätze
- § 9a Nicht besetzt
- § 9b Nicht besetzt
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 10a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a Primärprävention
- § 12b Schutzimpfungen
- § 12c Leistungsausschluss
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 14 Modellvorhaben Akupunktur
- § 14a Wahltarife
- § 14b Wahltarife Krankengeld
- § 15 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V
- § 15a Sportmedizinische Untersuchung
- § 15b Professionelle Zahnreinigung
- § 15c Jährliche Hautkrebsvorsorge
- § 15d Glaukom-Vorsorge
- § 15e PSA-Test
- § 15f Check-Up unter 35 Jahre
- § 15g 3D/4D Ultraschall

- § 15h Sehhilfen
- § 16 Kooperation mit der PKV
- § 16a Ausgleichsverfahren nach dem AAG
- § 17 Aufsicht
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 19 Bekanntmachungen
- § 20 Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung für Verwaltungsratsmitglieder

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse führt den Namen Metzinger Betriebskrankenkasse und die Kurzbezeichnung Metzinger BKK.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 72555 Metzingen.

Sie ist errichtet worden am 01.12.1884.

- II. Die Betriebskrankenkasse ist eine gesetzliche Krankenkasse und rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 Abs. 1 SGB V). Ihre vertretungsberechtigten Organe haben die Eigenschaft einer Behörde. Sie führen das Dienstsiegel der Betriebskrankenkasse (§ 31 Abs. 3 SGB IV).
- III. Der Bezirk der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf den Betrieb der Firma Gaenslen & Völter, 72555 Metzingen und auf die Region Baden-Württemberg.

§ 2 **Verwaltungsrat**

- I.
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat (§ 31 Abs. 3 a SGB IV). Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt (§ 40 Abs. 1 SGB IV).
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter (§ 62 Abs. 1 SGB IV). Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.01. eines jeden Kalenderjahres.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 3 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an (§§ 43 Abs. 1, 44 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Der Arbeitgeber bestimmt einen Stellvertreter, der den Arbeitgeber oder den Arbeitgebervertreter im Fall der Verhinderung vertritt (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Der Arbeitgeber hat dieselbe Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen (§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

- 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 (§ 33 Abs. 1 i.V.m. Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 b SGB V),

2. den Haushaltsplan festzustellen (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
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 Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
5. den Vorstand zu wählen (§ 35 a Abs. 5 Satz 1 SGB IV) und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln (§ 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),
6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen (§ 35 a Abs. 4 Satz 4 SGB IV),
7. den Vorstand zu überwachen (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V),
8. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten (§§ 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, 33 Abs. 2 Satz 1 SGB IV),
9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
10. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V bzw. § 150 Abs. 1 Satz 1 SGB V),
11. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen (§§ 152 Abs. 1 Satz 1, 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V).

IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung (§ 63 Abs.1 SGB IV).

- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen (§ 197 Abs. 2 SGB V).
- 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 Beträgen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens zwei Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter anwesend sind (§ 64 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt (§ 64 Abs. 2 SGB IV).
- IX. Der Verwaltungsrat kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Abs. 3 SGB IV):
1. bei Änderungen der Satzung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
 2. bei Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrats, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,
 3. in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrats im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
 4. in eiligen Angelegenheiten, die in der Regel keiner Beratung bedürfen.

Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an (§ 35 a Abs. 4 Satz 1 SGB IV).
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt, § 35a Abs. 5 Satz 1 SGB IV.
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV),
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB IV),
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten (§ 70 Abs. 1 SGB IV),
5. jährlich die Jahresrechnung nach § 31 SVHV prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen; die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung (§ 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V); (sofern für das ab-

gelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist,

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 zu gewähren.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt (§ 147 Abs. 2 Satz 6, Abs. 3 Satz 3 SGB V).

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird vom Vorstand beauftragten Mitarbeitern und dem Widerspruchsausschuss übertragen. Es werden zwei Mitarbeiter vom Vorstand beauftragt und ein Widerspruchsausschuss eingerichtet. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 72555 Metzingen.

Die vom Vorstand Beauftragten entscheiden über

- + Widersprüche, deren Streitwert unter 1.000 Euro liegt, wenn dies eindeutig bezifferbar ist,
- + Widersprüche betreffend die Genehmigung von ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- + Widersprüche betreffend die Krankengeldansprüche,
- + Widersprüche betreffend die Versicherungs- und Beitragsansprüche,
- + Widersprüche betreffend die Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. die Höhe des Zusatzbeitrages.

- II. 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus zwei Vertretern der Versicherten, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen (§ 36a Absatz 2 SGB IV).
2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
3. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses werden vom Verwaltungsrat gewählt.

Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses wählen den Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses und dessen Stellvertreter; § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB IV gilt entsprechend.
Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
2. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird (§ 5 Abs. 3 SGB V),
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
4. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V),
5. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),

6. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
7. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
8. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in den Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX beschäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V),
9. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V),
10. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V),
11. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubil-

dende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V),

12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraumes Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V),
13. Personen, die eine selbstständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend (§ 5 Abs. 1 Nr. 11a SGB V),
14. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben (§ 5 Abs. 1 Nr. 12 SGB V).
15. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

- a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
- b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V).

II. Freiwillige Versicherung

Der Versicherung in der Betriebskrankenkasse können unter den im SGB V und in der Kassensatzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen (§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, 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 Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),

4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
5. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 SGB V).

Der Beitritt ist der Betriebskrankenkasse innerhalb von drei Monaten schriftlich anzuzeigen (§§ 9 Abs. 2, 188 Abs. 3 SGB V).

- III. Die in Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den im SGB V und in der Kassensatzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
 1. sie in der in § 1 Absatz 3 der Satzung genannten Region arbeiten bzw. wohnen (§173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V),
 2. bei ihr vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V),
 3. der Ehegatte bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V),
 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 (§ 173 Abs. 4 SGB V),

5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr als Rentner versichert sind (§ 173 Abs. 5 SGB V),
6. sie bei der Betriebskrankenkasse oder bei einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist (§ 174 Abs. 2 und 3 SGB V).

IV. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse (§ 10 Abs. 5 SGB V).

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt (§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Dem Mitglied ist unverzüglich spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V).

- II. Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

- III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind (§ 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V). Abs. I Satz 4 gilt nicht.

- IV. Absatz II gilt nicht, wenn ein Wahltarif nach § 14b gewählt wurde. Absatz I gilt mit der Maßgabe, dass die Mitgliedschaft nur unter den zusätzlichen Voraussetzungen des § 14b Absatz XVIII gekündigt werden kann.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht (§ 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

§ 8 Bemessung der Beiträge

Für die Bemessung der Beiträge gelten die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

§ 8a Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen

Für die Ermäßigung und den Erlass von Beitragsschulden gelten die „Einheitlichen Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung (§ 265a Abs. 4 SGB V).

§ 8b Nicht besetzt

§ 9 Beitragssätze

Für die Höhe des Beitragssatzes zur Krankenversicherung gelten die gesetzlichen Vorschriften der §§ 241 – 248 SGB V.

§ 9a Nicht besetzt

§ 9b Nicht besetzt

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig. Im Übrigen gilt § 23 SGB IV.
- II. Die von den Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich eines gegebenenfalls kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).
- IV. Die Erstattung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen, Arbeitseinkommen oder aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 231 SGB V erfolgt nur auf Antrag. Der Erstattungsantrag kann jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahres oder nach Beendigung der Vorrangversicherung gestellt werden (§ 231 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

§ 10a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen

I. Pauschale Mahngebühr

Entsprechend der Vorschrift des § 1 LVwVGKO wird eine pauschale Mahngebühr erhoben.

Diese beträgt ein halbes vom Hundert des Mahnbetrages, mindestens jedoch 4 Euro und höchstens 75 Euro.

II. Beitragsvorschüsse

Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge von Arbeitgebern erheben (§ 28e Abs. 5 SGB IV),

1. die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
2. bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
3. die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
4. die keine Beitragsnachweise einreichen.

Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (§ 261 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 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. (§ 11 Abs. 2 SGB V).

II. Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat) erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege, höchstens 26 Wochen je Krankheitsfall, begrenzt.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist, im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 13 Wochen gewährt.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v.H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v.H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 SGB V).
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

V. Kostenerstattung (§ 13 SGBV)

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Versicherten haben die Metzinger BKK vor Inanspruchnahme der Kostenerstattung in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Metzinger BKK 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. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die kollektiv auf die Zulassung verzichtet haben (§ 95b Absatz 3 Satz 1 SGB V) ist ausgeschlossen.
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 hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Versorgung nachzuweisen.
4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Metzinger BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
5. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Metzinger BKK davon Kenntnis erhält.

6. Der Erstattungsbetrag ist nach Abzug der Zuzahlungen um 5 v.H., maximal 40,00 €, für Verwaltungskosten zu kürzen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Ziffer 6 gilt entsprechend.

Der Erstattungsbetrag ist um 7,5 v. H. (mindestens 2,50 € und maximal 50,00 €) für vom Arbeitgeber nicht getragene Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in anderen Staaten im Geltungsbe-
reich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und
des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum Kranken-
hausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung
durch die Metzinger BKK in Anspruch genommen werden. Die Zustim-
mung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Ver-
sicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der
medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krank-
heit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden
kann.

VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V
haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die
Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte kön-
nen unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein ande-
res Arzneimittel wählen,

(1) als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Ab-
satz 8 SGB V geschlossen hat oder

(2) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen
vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der
Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hät-
te, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere
Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen
Versicherte selbst tragen. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach §
129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 30 v. H. als Abschlag für die der BKK
entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höhe-

ren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

3. § 12 Abs. V Nr. 6 der Satzung gilt.

§ 12a Primärprävention

Versicherte haben Anspruch auf primärpräventive Maßnahmen gemäß der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 1 SGB V beschlossenen prioritären Handlungsfeldern und Kriterien für Leistungen. Je Kalenderjahr können höchstens zwei Maßnahmen beansprucht werden.

Leistungen, die von der Metzinger BKK selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung der Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern werden bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung Kosten in Höhe von 80% maximal 120,00 Euro gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen (§ 23 Abs. 9 SGB V)

Die Kosten für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder gemäß § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz empfohlen werden, übernimmt die Betriebskrankenkasse, sofern die Schutzimpfungen nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden, nicht in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen oder wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen sind.

Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen wurden (vgl. Anlage), sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber).

Die Kosten für Schutzimpfungen, die wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes erforderlich sind, werden nicht übernommen.

§ 12c Leistungsausschluss

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 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 Abs. 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.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V)

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 €.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 €.

§ 14 Modellvorhaben Akupunktur

gestrichen

§ 14a Wahltarife

I. Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

1. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
2. Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der in Ziffer 1 genannten Leistungserbringer gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Ausgenommen hiervon sind grundsätzlich Fachärzte für Gynäkologie, Augenärzte und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlung. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der Metzinger BKK genannt ist. Dem Bestätigungsschreiben ist ein Informationsblatt über die wesentlichen Inhalte der hausarztzentrierten Versorgung beigelegt. Damit verbunden ist ein 14-tägiges Widerrufsrecht der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung. Die Frist beginnt mit Erhalt des Bestätigungsschreibens. Nimmt der Versicherte nicht nur den von ihm gewählten Hausarzt, sondern einen weiteren Hausarzt in Anspruch, soll ihm die Betriebskrankenkasse die durch diese Behandlung entstehenden Kosten auferlegen. Dies gilt auch, soweit Versicherte ohne Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes ambulante fachärztliche Leistungen in Anspruch nehmen.
3. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Ziffer 2 ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Ziffer 2 kann frü-

hestens acht Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von acht Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären. Kündigt der Versicherte nicht oder nicht fristgerecht, setzt sich die Teilnahme automatisch fort.

4. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen nach Absatz II für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Hausärzte zur Verfügung.

II. Wahltarif Integrierte Versorgung

1. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
2. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
3. Versicherten, die an einer integrierten Versorgung nach Ziffer 1 teilnehmen, ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Ab-

satz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach dem Fünften Sozialgesetzbuch vorgesehenen Zuzahlungen, die anlässlich der Teilnahme an Verträgen der integrierten Versorgung entstehen, in Höhe von 80 v. H. Die Ermäßigung wird pro Versicherten und Jahr auf max. 100,00 € beschränkt. Diese Begrenzung gilt auch für den Fall, dass der Versicherte in einem Jahr an mehreren Verträgen im Sinne des Absatz 3 Satz 1 teilnimmt.

4. Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach den Sätzen 1 und 2 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

III. Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 53 Abs. 3 SGB V)

1. 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 Asthma
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für COPD
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs.

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

2. Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr die an folgenden strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen

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

erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V eine Prämienzahlung in Höhe von 25,00 €. § 53 Absatz 8 Satz 4 SGB V gilt.

- IV. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V nach den Absätzen II und III an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen für einen oder mehrere Tarife bis zu 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR jährlich nicht überschreiten.

§ 14b Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

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

Anspruch

- II. Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Metzinger BKK bestehen.

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (bspw. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen/ergangenden höchstrichterliche Rechtsprechung.

Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergangenden höchstrichterliche Rechtsprechung entsprechend.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

Mitglieder oberhalb einer Altersgrenze von 65 Jahren oder älter können den Wahltarif Krankengeld nur wählen, wenn unmittelbar zuvor (nahtlos) bereits eine Versicherung mit Krankengeldanspruch bestand.

III. Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 5. 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 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif S),
2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif F).

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 16 festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich in dieser Zeit ereignet hat.

Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die einen Krankengeldwahltarif der Metzinger BKK zwischen dem 01.01.2009 und dem 31.07.2009 gewählt haben, besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif zum 1. August 2009 gewählt wird. Für vor dem 01. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit am 1. August 2009.

IV. Für vor dem 1. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesen Wahlтарифen; in Absatz 3 genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.

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 Metzinger BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Metzinger BKK 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 der in § 50 Abs. 1 SGB V genannten 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 Absatz 17 oder 18,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Metzinger BKK.

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

Höhe

- VIII. Die in § 53 Abs. 6 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 Metzinger BKK.

- IX. Das Mitglied hat auf Verlangen der Metzinger BKK sein Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts / Arbeitseinkommens ist der Metzinger BKK 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 der hierzu ergangenen / ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.
- X. Ein über den versicherten Krankengeldanspruch hinaus gehender Anspruch auf Leistungen oder Zuschüsse, insbesondere Zuschüsse zu ggf. bestehenden Beitrags-/Prämienverpflichtungen zu anderen (Sozial-) Leistungsträgern, besteht im Rahmen dieser Tarife. Die Höhe wird anhand des tatsächlichen Zahlungsbetrags analog der gesetzlichen Bestimmungen zum Krankengeld nach § 44 SGB V ermittelt.

Zahlung

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

Dauer

- XII. Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit (aufgrund derselben Erkrankung) für längstens 360 Tage innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem Drei-Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 360. Tages. Sofern im letzten Drei-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen Drei-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.
- XIII. Abweichend von Absatz 12 besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, wie nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

XIV. Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monaten im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht zahlt. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

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

Wahl / Beginn / Laufzeit

XVI. Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Metzinger BKK folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Metzinger BKK gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Kündigung

XVII. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens zwei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Metzinger BKK. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Metzinger BKK vorbehaltlich Absatz 18 frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

XVIII. 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 ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Prämien

- XIX. 1. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie bemisst sich in dem Tarif für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten nach dem Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt. Es gilt ein Prozentsatz in Höhe von 2,5 %.
2. Für die in Nr. 1 genannten Personen findet eine Beitragsbemessung bis zur Höhe der jeweils gültigen Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung statt.
3. Für die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitglieder beträgt der Beitrag in Tarif F 9,50 € monatlich.

XX. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt gemäß Absatz 21. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien sowie Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.

XXI. Die Prämie ist monatlich zu zahlen und wird jeweils im Voraus, spätestens am 5. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs, fällig.

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 Metzinger BKK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

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

Die Metzinger BKK gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Die Kosten für Leistungen, die aus den nachfolgenden §§ 15 a bis 15 h der Satzung der Metzinger BKK von den Versicherten der Metzinger BKK in Anspruch genommen werden können, werden in einem Kalenderjahr bis zu einer maximalen Höhe von insgesamt 120,00 Euro übernommen. Eine Kostenübernahme über 120,00 Euro aus den §§ 15 a bis 15 h der Satzung der Metzinger BKK in einem Kalenderjahr erfolgt nicht.

§ 15a Sportmedizinische Untersuchung

Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, welche die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.

Die Metzinger BKK übernimmt maximal 120,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung ist die Originalrechnung bis spätestens 15.03. des Folgejahres vorzulegen.

§ 15b Professionelle Zahnreinigung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch nehmen, wenn diese von berechtigten Vertragszahnärzten oder Kieferorthopäden gemäß § 95 SGB V oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführt wurden.

Die Metzinger BKK übernimmt maximal 120,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung ist die Originalrechnung bis spätestens 15.03. des Folgejahres vorzulegen.

§ 15c Jährliche Hautkrebsvorsorge

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können über die im SGB V geregelte Vorsorgeleistung hinaus eine jährliche Hautkrebsvorsorge (inklusive Auflichtmikroskopie) in Anspruch nehmen, wenn diese von dafür zugelassenen Leistungserbringern durchgeführt wurde.

Die Metzinger BKK übernimmt maximal 120,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung ist die Originalrechnung bis spätestens 15.03. des Folgejahres vorzulegen.

§ 15d Glaukom-Vorsorge

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können über die im SGB V geregelte Vorsorgeleistung hinaus eine Glaukom-Vorsorge in Anspruch nehmen, wenn diese von dafür zugelassenen Leistungserbringern durchgeführt wurde.

Die Metzinger BKK übernimmt maximal 120,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung ist die Originalrechnung bis spätestens 15.03. des Folgejahres vorzulegen.

§ 15e PSA-Test

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können über die im SGB V geregelte Vorsorgeleistung hinaus durch zugelassene Leistungserbringer einen Bluttest zur Bestimmung des PSA-Wertes vornehmen lassen.

Die Metzinger BKK übernimmt maximal 120,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung ist die Originalrechnung bis spätestens 15.03. des Folgejahres vorzulegen.

§ 15f Check-Up unter 35 Jahre

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können über die im SGB V geregelte Vorsorgeleistung hinaus durch zugelassene Leistungserbringer eine Gesundheitsuntersuchung („Check-Up“) vor Vollendung des 35. Lebensjahres vornehmen lassen.

Die Metzinger BKK übernimmt maximal 120,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung ist die Originalrechnung bis spätestens 15.03. des Folgejahres vorzulegen.

§ 15g 3D/4D Ultraschall

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können über die im SGB V geregelte Vorsorgeleistung hinaus durch zugelassene Leistungserbringer eine 3D/4D Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft vornehmen lassen.

Die Metzinger BKK übernimmt maximal 120,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung ist die Originalrechnung bis spätestens 15.03. des Folgejahres vorzulegen.

§ 15 h Sehhilfen

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können über die im SGB V geregelte Versorgung mit Hilfsmitteln hinaus Sehhilfen (Brillengläser und Kontaktlinsen) in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass es sich um eine Erstversorgung mit einer Sehhilfe handelt oder sich die Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat. Der Anspruch besteht bei einer Sehschärfenveränderung von mindestens 0,5 Dioptrien jährlich. Bei keiner Veränderung der Sehschärfe besteht der Anspruch alle drei Jahre.

Die Metzinger BKK übernimmt maximal 120,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung ist die Originalrechnung sowie die entsprechende augenärztliche Verordnung oder die Bescheinigung des Optikers bis spätestens 15.03. des Folgejahres vorzulegen.

§ 16 Kooperation mit der PKV (§ 194 Abs. 1a SGB V)

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16a Übertragung des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG)

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird ab 01.01.2008 der mhplus BKK übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).

- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Metzinger Betriebskrankenkasse; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an die mhplus BKK weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).

- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens im Sinne des AAG wird der mhplus BKK die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird die mhplus BKK ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

- I. Die Bekanntmachungen der Metzinger BKK erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.metzinger-bkk.de, nachrichtlich durch einwöchigen Aushang in den Geschäftsräumen der Betriebskrankenkasse sowie im Zentralblatt des Staatsanzeigers Baden-Württemberg. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.
- II. Über Satzungsänderungen der Betriebskrankenkasse wird im Staatsanzeiger unter Angabe des entsprechenden Paragraphen sowie seiner Überschrift informiert und auf die Möglichkeit zur Einsichtnahme der aktuellen Fassung der Satzung in den Geschäftsräumen der Betriebskrankenkasse und im Internet unter www.metzinger-bkk.de hingewiesen.
- III. Öffentliche Zustellungen gemäß § 10 VwZG erfolgen im Internet unter www.metzinger-bkk.de. Die Veröffentlichungsfrist beträgt 14 Tage.

§ 20 Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse

Die Metzinger BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für den Versicherten verständlichen Weise (§ 305b SGB V). Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Metzinger BKK erfolgt darüber hinaus durch Einsicht in den Räumen der Betriebskrankenkasse. Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung der nächsten Jahresergebnisse eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Artikel II

Inkrafttreten

- IV. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 19.12.2006 beschlossen.
- V. Die Satzung tritt am 01.01.2007 in Kraft.
- VI. Die in der Sitzung vom 26.03.2007 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Sozialministerium mit Bescheid vom 25.04.2007, AZ 31-5221-2.415 genehmigt. Die Satzung wurde in der Sitzung vom 12.06.2007 geändert. Die hier beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Sozialministerium mit Bescheid vom 30.08.2007, AZ 31-5221-2.415 genehmigt. Die Satzungsänderung in Ziffer 1 zu § 1 tritt am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft. Die Satzungsregelungen in den Ziffern 2 ff. treten rückwirkend zum 01.04.2007 in Kraft.
- VII. Die in der Sitzung vom 17.12.2007 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Sozialministerium mit Bescheid vom 08.01.2008, AZ: 31-5221-2.415 genehmigt. Die Satzungsänderungen zu den §§ 10, 12a und 14 treten am Tag nach Ihrer Bekanntmachung in Kraft. Die Satzungsänderungen zu § 16a treten rückwirkend zum 01.01.2008 in Kraft.
- VIII. Die in der Sitzung vom 09.12.2008 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Sozialministerium mit Bescheid vom 19.12.2008 und vom 17.02.2009, AZ: 31-5221-2.415, genehmigt. Die Satzungsänderungen zu den §§ 1 und 5 treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft. Alle übrigen Satzungsänderungen treten zum 01.01.2009 in Kraft.
- IX. Die in der Sitzung vom 28.07.2009 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Sozialministerium mit Bescheid vom 01.09.2009, AZ: 31-5221-2.415, genehmigt. Die Satzungsänderungen des § 2 Abs. 2a treten mit Beginn der 11. Wahlperiode in Kraft. Sie finden erstmalig auf die Sozialversicherungswahlen zu dieser Wahlperiode Anwendung. Die Regelungen des § 2 Abs. 7a treten mit Konstituierung des Verwaltungsrats der 11. Wahlperiode in Kraft. Gleichzeitig treten die Regelungen des § 2 Abs. 2

und 7 außer Kraft. Die übrigen Satzungsänderungen treten zum 01.10.2009 in Kraft.

- X. Die in der Sitzung vom 22.12.2009 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Sozialministerium Baden-Württemberg mit Bescheid vom 27.01.2010, AZ: 31-5221-2.415, genehmigt. Die Satzungsänderungen in den §§ 5, 8, 9, 9a, 9b, 10, 12 Abs. 2 und 12a treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft. Die Anpassung des § 12 Abs. 5 tritt rückwirkend zum 23.07.2009 in Kraft. Die Satzungsänderung in § 14b tritt rückwirkend zum 01.08.2009 in Kraft.

- XI. Die vom Verwaltungsrat im Rahmen des schriftlichen Verfahrens beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Sozialministerium Baden-Württemberg mit Bescheid vom 23.04.2010, AZ: 31-5221-2.415, genehmigt. Die Satzungsänderungen in den §§ 2 und 3 treten rückwirkend zum 01.01.2010 in Kraft.

- XII. Die in der Sitzung vom 14.07.2010 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Sozialministerium Baden-Württemberg mit Bescheid vom 27.08.2010, AZ: 31-5221-2.116.5-01, genehmigt. Die Satzungsänderungen in § 2 treten mit Beginn der 11. Wahlperiode in Kraft. Sie finden erstmalig auf die Sozialversicherungswahlen zu dieser Wahlperiode Anwendung.

- XIII. Die in der Sitzung vom 20.12.2010 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Sozialministerium Baden-Württemberg mit Bescheid vom 18.01.2011, AZ: 31-5221-2.415, genehmigt. Die Satzungsänderungen in § 12a treten rückwirkend zum 01.01.2011 in Kraft.

- XIV. Die vom Verwaltungsrat im Rahmen des schriftlichen Verfahrens beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Sozialministerium Baden-Württemberg mit Bescheid vom 08.07.2011, AZ: 31-5221-2.415, genehmigt. Die Satzungsänderungen in § 2 treten mit Beginn der 11. Wahlperiode in Kraft. Die übrigen Satzungsänderungen treten rückwirkend zum 01.01.2011 in Kraft.

- XV. Die in der Sitzung vom 14.07.2011 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Sozialministerium Baden-Württemberg mit Bescheid vom 07.10.2011, AZ: 31-5221-2.415, genehmigt. Die Satzungsänderungen treten am 01.01.2012 in Kraft.
- XVI. Die in der Sitzung vom 20.12.2011 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg mit Bescheid vom 13.04.2012, Az.: 52-5221-2.415, genehmigt. Die Satzungsänderungen treten rückwirkend zum 01.01.2012 in Kraft.
- XVII. Die in der Sitzung vom 06.12.2012 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg mit Bescheid vom 21.01.2012, Az: 52-5221-2.415 genehmigt. Die Satzungsänderungen treten zum 01.01.2013 in Kraft.
- XVIII. Die in der Sitzung vom 10.12.2013 beschlossenen Satzungsänderungen zu § 4 wurden vom Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg mit Bescheid vom 18.12.2013, Az: 52-5221-2.415 genehmigt. Die Satzungsänderungen treten zum 01.01.2014 in Kraft.
- XIX. Die in der Sitzung vom 10.12.2013 beschlossene Satzungsänderung zu § 1 (Namensänderung) wurde vom Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg mit Bescheid vom 18.12.2013, Az: 52-5221-2.415 genehmigt. Die Satzungsänderung tritt zum 01.03.2014 in Kraft.
- XX. Die in der Sitzung vom 02.07.2014 beschlossenen Satzungsänderungen zu §§ 12a, 14a, 15 bis 15h wurden vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg mit Bescheid vom 15.07.2014, Az: 52-5221-2.415 genehmigt. Die Satzungsänderungen zu §§ 12a, 15 bis 15h treten am 01.10.2014 in Kraft, die Satzungsänderungen zu § 14a am Tag nach ihrer Bekanntmachung.
- XXI. Die in der Sitzung vom 16.12.2014 beschlossenen Satzungsänderungen zu §§ 2, 6, 9a, 9b und 10 wurden vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg mit Bescheid vom 17.12.2014, Az: 52-5221-2.415 genehmigt. Die Satzungsänderungen zu §§ 6, 9a, 9b und 10 treten am 01.01.2015 in Kraft,

die Satzungsänderung zu § 2 am Tag nach ihrer Bekanntmachung.

XXII. Die in der Sitzung vom 15.07.2015 beschlossenen Satzungsänderungen zu §§ 5, 6, 8a, 8b, 10, 12, 19 und 20 wurden vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg mit Bescheid vom 28.07.2015, Az: 52-5221-2.415 genehmigt. Die Satzungsänderungen treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

Metzingen, den 15.08.2015

Eberhard Stanger
Vorstand

Siegel

Anlage zu § 2 der Satzung (Entschädigungsregelung)

Stand 01.01.2013

Die nachfolgende Entschädigungsregelung begrenzt die Entschädigung auf die im Bundesreisekostengesetz (BRKG) enthaltenen Beträge. Sie wurde erstellt unter Berücksichtigung der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner über die Entschädigung der Organmitglieder in der Selbstverwaltung vom 23.10.2012.

I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrats

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

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

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

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

1.2 Fahrkosten

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

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse/2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-)klasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrats werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV (in der Fassung des Einigungsvertrages, Anlage I, Kapitel VIII, Sachgebiet F, Abschnitt III, Nr. 1 Buchstabe c).

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstausfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Ver-

dienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 65 EUR.

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

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

5. Pauschbeträge für Ausschussvorsitzende und ihre Stellvertreter

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

II. Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 108 EUR.

Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 81 EUR.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

2. Auslagenersatz

Die dem Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen mit Ausnahme von Reisekosten werden durch einen Pauschbetrag ohne Nachweis der tatsächlichen Kosten abgegolten. Der Pauschbetrag darf die regelmäßig entstehenden Ausgaben nicht übersteigen.

Der Pauschbetrag beträgt für den Vorsitzenden 28 EUR.

Der Pauschbetrag beträgt für den stellvertretenden Vorsitzenden 21 EUR.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

III. Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

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

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