

SATZUNG
der
Betriebskrankenkasse
MEM Meuselwitz

04610 Meuselwitz

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung	Seite(n)
§ 1 Name, Sitz und Bereich der BKK	3
§ 2 Verwaltungsrat	4-6
§ 2 a Stimmzahl – Wahlberechtigte der Gruppe der Arbeitgeber	6
§ 3 Vorstand	6-7
§ 4 Widerspruchsausschuss	7-8
§ 5 Kreis der versicherten Personen	9-12
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	12
§ 7 Aufbringung der Mittel	12
§ 8 Bemessung der Beiträge	13
§ 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nach zu zahlenden Beiträge.	13
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag	14
§ 9a aufgehoben ab 01.01.2013	14
§ 9b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	14
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	14-15
§ 11 Höhe der Rücklage	15
§ 12 Leistungen	15-21
§ 12a Primärprävention	19-20
§ 12b Schutzimpfungen	20-21
§ 12c Leistungsausschluss	21
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen	21-22
§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	22-23
§ 13b Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung	23-24
§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	24
§ 13d Wahltarif integrierte Versorgung	25
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	26
§ 15 Zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	26
§ 15 a Osteopathie	27
& 15 b Professionelle Zahnreinigung	27
§ 15 c Hautkrebsscreening	27
§ 15 d Vorsorgeuntersuchungen für Kinder – U10, U 11 und J 2	28
§ 15 e Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge	29
§ 15 f Vitaminpräparate als Vorsorge für Schwangere	29

Inhalt der Satzung	Seite(n)
§ 15 g Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für Kinder und Jugendliche vom vollendeten 12. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	29-30
§ 15 h Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)	30
§ 16 Krankengeld für freiwillige Mitglieder	30
§ 16a Wahltarife Krankengeld	31-35
§ 17 Kooperation mit der PKV	35
§ 18 Aufsicht	35
§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband	35
§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	36
§ 20 a Bekanntmachungen	36

Artikel II

Inkrafttreten	37-38
---------------	-------

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der BKK

- I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen

**Betriebskrankenkasse
MEM Meuselwitz**

Sie ist errichtet worden am 01.01.1991. Die BKK hat ihren Sitz in Meuselwitz

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe

Maschinenfabrik Herkules Meuselwitz GmbH, 04610 Meuselwitz
Meuselwitz Guß Eisengießerei GmbH, 04610 Meuselwitz

Der Bereich der BKK erstreckt sich auch auf das nachfolgend aufgeführte Land Thüringen nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V i.V. mit § 143 SGB V.

§ 2 Verwaltungsrat

- I.
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der BKK 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.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr jeweils am 01. Januar des Kalenderjahres.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder

3 Versichertenvertreter und
1 Vertreter der Arbeitgeber an.

Der Vertreter der Arbeitgeber hat insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter, bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen.

Die Regelung des § 2 Abs. II tritt mit Beginn der 11. Wahlperiode in Kraft.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschliessen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der BKK mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn der Vorstand längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert ist oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,

- 5.a einen leitenden Beschäftigten der BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
 6. den Vorstand zu überwachen,
 7. die BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen BKK zu beschließen,
 10. über die Auflösung der BKK zu beschließen.
(Eine Auflösung einer geöffneten BKK (§173 Abs.2 Satz 1 Nr. 4 SGB V) kommt nicht in Betracht (§ 152 Satz 4 SGB V).
 11. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.
 12. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat 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.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- 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 sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- 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 ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der

schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über Haushaltsplan, Jahresrechnung und Satzungsänderungen ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 2 a Stimmzahl - Wahlberechtigte der Gruppe der Arbeitgeber

- I. Abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, folgendes bestimmt:

Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat so viele Stimmen, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen.

Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.

- II. Diese Regelung tritt mit Beginn der 10. Wahlperiode in Kraft. Sie findet erstmalig auf die Sozialversicherungswahlen zu dieser Wahlperiode Anwendung.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der BKK gehört 1 Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK 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 des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,
 6. die BKK 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 BKK abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
- V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 4 Widersprachausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widersprachausschuss übertragen. Der Widersprachausschuss hat seinen Sitz in Meuselwitz.
- II.
 1. Der Widersprachausschuss setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK.
 2. Jedes Mitglied des Widersprachausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Der Versichertenvertreter des Widersprachausschusses wird von den Versicherten-vertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter

des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt.

4. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
5. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
6. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung.

Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK sein kann.

7. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 8. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 9. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i.V.m. § 69 Abs. 2, 3 und 4-5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,

- 1a. 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,
2. 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 (§144 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§143 Absatz 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,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur Darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 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.
4. Künstler und Publizisten nach näheren Bestimmungen des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. 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,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für Behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten beschäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung.

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistung 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 Bildungsweges, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigte; Auszubildende des zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige 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 beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraumes zwischen dem 1.1.1985 und der Stellung des Rentenanspruches nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. 10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1.1.1985 der 1. 1.1992 maßgebend,
13. 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 zu Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.

14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II. Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur Betriebskrankenkasse können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 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,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 des SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
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 55 Jahre alt sind,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
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 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatte und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,

6. Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 SGB V besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

III. Die in Abs. I und II genannten Personen können die BKK unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzung wählen, wenn

1. sie zu den 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 bei der BKK 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 BKK versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind.
6. sie bei einer BKK, einem Verband der BKK en beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitgliedes vorhanden ist.

IV. Familienversicherte

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 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 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.

- II. Erhebt die BKK nach § 242 Abs. 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie Ihren Zusatzbeitrag, kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats gekündigt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitrag erhöht wird. Die BKK hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Abs. 5 SGB V hinzuweisen.

Kommt die BKK ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitrag 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. Absatz I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

- I Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Absatz 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
1. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in Absatz II und III genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Absatz 4a SGB V zu zahlen ist.
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- II Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, das der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommene Leistungen verzichtet.
- III Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt 0,60 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a ab 01.01.2013 aufgehoben

(§ 9 a Prämienzahlung gemäß § 242 Abs. 2 SGB V)

§ 9 b Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Ost übertragen.
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK MEM Meuselwitz; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Ost weitergeleitet.
- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK Landesverband Ost gemäß § 9 Abs. 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Ost ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I.
 1. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem 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 Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.
 2. Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge mit Ausnahme des kassenindividuellen Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V werden entsprechend des 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 jeweiligen 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 und 2 SGB V).

§ 11 Höhe der Rücklage

- I Die Rücklage beträgt 100,00 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK 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 Absatz 2 bis 4 SGB IX

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um

einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern.

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung 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 begrenzt.

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

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich 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 Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 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.
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. Hospiz-Betreuung

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht erbracht werden kann.

Der Zuschuss beträgt kalendertäglich 10. v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV West und darf zusammen mit den Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten.

VI. Kostenerstattung

1. Versicherte können an Stelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme schriftlich zu informieren. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannten Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden, wenn sie zu den im Vierten Kapitel des SGB V genannten Berufsgruppen gehören und medizinische oder soziale Gründe ihre Inanspruchnahme rechtfertigen sowie 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 Jahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine evtl. Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung der Kündigungsfrist von 6 Wochen zum Quartalsende schriftlich kündigen.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte und quitierte Originalrechnungen nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, welche die Krankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 7,5 %, mindestens 2,50 € und maximal 40,00 € für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- oder abwandern anzuwenden ist, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10 %, mindestens 3,00 € und maximal 50,00 € für 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, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- oder abwandern anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 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.

§ 12a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK MEM auf Basis der von den Spitzenverbänden der Krankenkasse gemeinsam und einheitlich beschlossenen Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe und in dem Handlungsleitfaden „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung“ Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressreduktion/Entspannung:

- Maßnahmen zur multimodalen Stressbewältigung,
- Maßnahmen zur Entspannung

Suchtmittelkonsum:

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

Leistungen, die von der BKK MEM selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung der Versicherten gewährt. Bei nicht oder nicht regelmäßiger Teilnahme kann die BKK MEM einen Kostenzuschuss bzw. die Kostenübernahme durch den Versicherten festsetzen

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie in den im o.g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung und der Rechnung ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 v.H. der entstandenen Kosten, maximal aber 200,00 € je Kalenderjahr, gewährt.

Durch die BKK MEM werden Leistungen für die BKK-Aktivwochen übernommen. Sofern die leistungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, übernimmt die BKK MEM die Kosten für das ordnungsgemäß abgeschlossene Programm in Höhe von bis zu 160,00 Euro für Erwachsene bzw. bis zu 110,00 Euro für Kinder ab 4 Jahren im Familienprogramm. Dieser Zuschuss wird jährlich nur einmal gewährt.

Durch die BKK MEM werden Leistungen für WELL-AKTIV - 4 oder 5 Tage für ihre Gesundheit - übernommen. Sofern die leistungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, übernimmt die BKK MEM die Kosten für einen Kurs mit 10 Einheiten für das ordnungsgemäß abgeschlossene Programm in Höhe von bis zu 100,00 Euro oder für zwei Kurse a 8 Einheiten von bis zu 150,00 Euro. Dieser Zuschuss wird jährlich nur einmal gewährt.

Die gleichzeitige Inanspruchnahme der BKK-Aktivwoche und des WELL-AKTIV-Programmes ist nicht möglich. Der Zuschuss für die Kurse wird jährlich nur einmal geleistet. Die Kosten für die Anreise, die Übernachtungen sowie für die Verpflegung trägt der Versicherte selbst.

§ 12b Schutzimpfungen

- I. Die BKK MEM gewährt zur Verhütung von Krankheiten Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten. Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisiko indiziert ist und von der ständigen Impfkommision vom Robert-Koch-Institut empfohlen werden.

Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20 d Abs. 1 SGB V besteht.

- II. Die BKK MEM gewährt diese Leistungen grundsätzlich als Sachleistungen und erstattet die Kosten unter Vorlage der Verordnung und Rechnung.
- III. Die Kosten der Schutzimpfungen werden von der BKK MEM nicht übernommen, sofern sie in die Zuständigkeit des Arbeitgebers oder eines anderen Kostenträgers fallen.
- IV. Die BKK MEM übernimmt auch die Kosten der Rotaviren-Schutzimpfung bis zur 26. Lebenswoche, Hepatitis A und B-Impfung, der Meningokokken-Impfung ohne Altersbeschränkung und der aus Anlass einer nicht beruflich bedingten Auslandsreise empfohlenen Schutzimpfungen, wie z. B. Typhus, Gelbfieber, Malaria-Prophylaxe und Cholera.

§ 12c Leistungsausschluss

1. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
2. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung 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

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

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr beträgt der Zuschuss nach Satz 1 **21,00 €**.

§ 13a 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, 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.
- II Inhalt und Ausgestaltung der Hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Hausärzte zur Verfügung.
- III Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II 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 Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach - Absatz II kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.
- IV Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V
 - I. nach ihrer Einschreibung gemäß Absatz II eine Prämie in Höhe von 40 EUR
 - II. nach 12 Monaten der ununterbrochenen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung eine Prämie in Höhe von 40 EUR.

13b Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis über die teilnehmenden Leistungserbringer zur Verfügung.
- III Der Versicherte ist an die Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden, er soll bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Absatz I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.
- IV Versicherte, die an einer besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach Absatz I teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V
 - I. nach ihrer Einschreibung gemäß Absatz II eine Prämie in Höhe von 40 EUR
 - II. nach 12 Monaten der ununterbrochenen Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung eine Prämie in Höhe von 40 EUR.

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

I 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 Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

II. Versicherte, 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
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V eine Prämienzahlung in Höhe von 40,00 €. Die Prämie nach Satz 1 in Höhe von 40,00 € wird zum Zeitpunkt der Einschreibung und in Höhe von 40,00 € nach 12 Monaten ununterbrochener Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm ausgezahlt.

§ 13d Wahltarif integrierte Versorgung

I 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.

- II Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungen 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.
- III Versicherte, die an einer integrierten Versorgung teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V eine Prämie in Höhe von 40,00 €.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie folgende Voraussetzungen vollständig nachweisen:
 1. Der Versicherte nimmt ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
 2. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
 3. Mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
 4. Der Versicherte nimmt mindestens alle 2 Jahre eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch.
 5. Der Versicherte treibt regelmäßig Sport (Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein bzw. in einem qualitätsgesicherten Fitness – Studio)

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im BKK-Bonus-Heft quittiert.

Der Bonus (Erfüllung der Punkte 1.-3. + 4. oder 1 – 3 + 5.) wird dem Versicherten als einmalige Beitragsermäßigung in Höhe von 100,00 € gutgeschrieben, wenn bis zum 31. März des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage des BKK-Bonus-Heftes vollständig nachgewiesen wurden.

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

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erstattet die BKK MEM ihren Versicherten Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V.

Die Art, Dauer und Umfang der Leistungen werden nachfolgend geregelt.

§ 15 a Osteopathie

Versicherte können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.

Die BKK MEM übernimmt die Kosten der Osteopathiebehandlung für **maximal 6 Sitzungen pro Kalenderjahr**. Erstattet werden **maximal 60,00 Euro pro Sitzung**.

Die Rechnung für die osteopathische Behandlung wird zunächst vom Versicherten selbst getragen und dann zusammen mit der ärztlichen Bescheinigung im Original bei der BKK MEM eingereicht.

Voraussetzungen für die Erstattung sind:

- Die osteopathische Behandlung wird vorab durch einen Arzt veranlasst. Eine entsprechende formlose ärztliche Bescheinigung ist vorzulegen.
- Die Behandlung wird qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

§ 15 b Professionelle Zahnreinigung

Die professionelle Zahnreinigung ist ein Hauptbestandteil der zahnmedizinischen Prophylaxe. Sie umfasst das Entfernen der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.

Die BKK MEM übernimmt die Kosten der professionellen Zahnreinigung bei einem Vertragszahnarzt ohne Alterseinschränkung **einmal jährlich** bis zu einem Betrag von **maximal 50,00 Euro**.

§ 15 c Hautkrebscreening

Seit dem 01. Juli 2008 haben gesetzlich Versicherte ab 35 Jahren alle zwei Jahre einen Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs, das sogenannte „Hautkrebs-Screening“.

Zur Vermeidung sozial- und altersbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erstattet die BKK MEM alle zwei Jahre **ohne Alterseinschränkung** die Früherkennungsuntersuchung Hautkrebsvorsorge (Beratung, Untersuchung und Auflichtmikroskopie) einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren bis zu einem Betrag von **maximal 50,00 Euro**.

§ 15 d Vorsorgeuntersuchungen für Kinder – U 10, U 11 und J 2

Damit Gefährdungen in den einzelnen Entwicklungsphasen bei Kindern rechtzeitig erkannt werden können, gibt es bundesweit 9 Kinderuntersuchungen (U1-U9) und eine Jugenduntersuchung (J1).

Die BKK MEM übernimmt für ihre Versicherten zwei zusätzliche Kinderuntersuchungen (U10 und U11) und eine weitere Jugenduntersuchung (J2). Diese Untersuchungen schließen eine zeitliche Lücke zwischen den gesetzlich vorgesehenen Kinderuntersuchungen und dienen dazu, frühzeitig Erkrankungen zu erkennen.

Der Anspruch auf diese zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen besteht für bei der BKK MEM versicherte Kinder und Jugendliche in folgenden Altersgruppen:

- von 7 bis 8 Jahren für die U 10.
- von 9 bis 10 Jahren für die U 11,
- von 16 bis 17 Jahren für die J 2.

Die Vorsorgeuntersuchungen umfassen folgende Leistungen:

U 10

- Schulleistungsstörungen
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
- Medienverhalten

U 11

- Schulleistungsstörungen
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
- Medienverhalten
- Pubertätsentwicklung

J 2

- Medizinische Risiken: Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes
- Körperhaltung und Fitness
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Entwicklung der Sexualität
- Medienverhalten
- Umgang mit Drogen

Diese Früherkennungsuntersuchung wird von Vertragsärztinnen, Vertragsärzten oder zugelassenen Einrichtungen erbracht. Die BKK MEM erstattet den Versicherten den Gesamtbetrag gegen Vorlage der Rechnung des behandelnden Vertragsarztes.

§ 15 e Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge

Die BKK MEM zahlt ihren schwangeren Versicherten nach entsprechender ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt einen Zuschuss zu folgenden vorgeburtlichen nichtinvasiven Ergänzungsuntersuchungen für die weiterführende vorgeburtliche Diagnostik und zum Ausschluss gesundheitlicher Risiken:

- zusätzliche Blutuntersuchungen wie z. B. B-Streptokokken-Test, Toxoplasmose-Test und die Untersuchung zur Feststellung von Mangelerscheinungen von Vitaminen und Spurenelementen,
- zusätzliche Ultraschalluntersuchungen,
- serologische Untersuchungen, wie der Triple Test und das Erst-Trimester-Screening.

Der auf einen Betrag von insgesamt 150,00 Euro pro Schwangerschaft begrenzte Zuschuss ist der Versicherten nach Vorlage der Originalrechnung/en der gynäkologischen Arztpraxis bzw. des Labors zu gewähren.

Der gesetzliche Anspruch gemäß § 24 d SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) bleibt unberührt.

§ 15 f Vitaminpräparate als Vorsorge für Schwangere

Die BKK MEM übernimmt für schwangere Versicherte alle nichtverschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel, die vom Arzt empfohlen bzw. auf Privatrezept verordnet wurden, mit den Wirkstoffen Folsäure und Magnesium als Monopräparate oder Kombinationspräparate bis zu einem Betrag in Höhe von 150,00 Euro je Schwangerschaft.

Erstattet werden die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten des Arzneimittels. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel von einer zugelassenen deutschen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegeben wurde. Die Erstattung erfolgt nach Vorlage der spezifizierten Originalrechnung der Apotheke.

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

§ 15 g Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für Kinder und Jugendliche vom vollendeten 12. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Versicherte der BKK MEM, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, erhalten im Rahmen der Versorgung nach § 31 SGB V unabhängig vom Vorliegen von Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel. Die Verordnung dieser Arzneimittel erfolgt durch den Vertragsarzt auf Muster 16 der Anlage 2 (Vordruckvereinbarung) zum Bundesmantelvertrag der Ärzte.

Von der Versorgung sind Arzneimittel nicht umfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind.

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

§ 15 h Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

Die BKK MEM erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern

- deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- die Verordnung des Arzneimittels durch einen niedergelassenen Vertragsarzt (Kassenzulassung) auf Privatrezept erfolgte und
- das Arzneimittel durch den Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

Die BKK MEM erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.

Zur Erstattung sind der BKK MEM die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung des niedergelassenen Vertragsarztes vorzulegen.

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

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

§ 16 Krankengeld für freiwillige Mitglieder

- I. Für die in § 5 Abs. II) bezeichneten Versicherten, die nicht oder nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen.
- II. Für die in § 5 Abs. II bezeichneten, mit Anspruch auf Krankengeld Versicherten, deren Beschäftigungsverhältnis ohne Entgeltzahlung fortbesteht, bleibt der Anspruch auf Krankengeld längstens für einen Monat , im Falle eines rechtmäßigen Arbeitskampfes bis zu dessen Beendigung] erhalten

§ 16 a Wahltarife Krankengeld (ab 1. Januar 2009)

Allgemeines

- I Die Betriebskrankenkasse 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 arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse stationäre Behandlung in einem Krankenhaus steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für die Zahlung des Krankengeldes muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse MEM 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 (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen/ ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen.
- III Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 7. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld im Zusammenhang mit Leistungen aus dem Sozialgesetzbuch V
1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 43),
 2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V ab dem 15 Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel K 15)
- (Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
- IV Für vor dem 1. Januar 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesen Wahlтарifen.
- V Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb von drei Tagen nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu muss das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Die Betriebskrankenkasse MEM kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

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

VII Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XVII oder XVIII,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse MEM,

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

Höhe

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

1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von höchstens 25,- Euro € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S 43-25),

Die in § 46 Satz 2 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 MEM.

IX Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse MEM sein Arbeitsentgelt/ Arbeitseinkommen in Form des Einkommenssteuerbescheides nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/ Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse MEM 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.

- X Ein über den versicherten Krankengeldanspruch hinausgehender Anspruch auf Leistungen oder Zuschüsse, insbesondere Zuschüsse zu ggf. bestehenden Beitrags-/ Prämienverpflichtungen zu anderen Sozial-Leistungsträgern, besteht im Rahmen dieser Tarife nicht.

Zahlung

- XI Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. § 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 für längstens 300 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 3 Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 300. 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

Unabhängig vom vorherigen Versicherungsverhältnis werden auf ein neues Versicherungsverhältnis die Vorerkrankungen angerechnet.

- XIII Abweichend von Absatz XII besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.
Unabhängig vom vorherigen Versicherungsverhältnis werden auf ein neues Versicherungsverhältnis die Vorerkrankungen angerechnet.

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 Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt ; fällige Mahngebühren und Verzugszinsen 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.
- 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. Januar 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse MEM folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse MEM 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.

Kündigung

- XVII Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 4 Wochen zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse MEM. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse MEM vorbehaltlich Absatz XVIII frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen 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 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen; die Tarifierhöhungen aufgrund Alterssteigerungen nach Absatz XIX bleiben dabei außer Betracht.

Prämien

- XIX Aus der Zugehörigkeit eines Personenkreises nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VIII ergeben sich die Tarifikennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen

Tarif	EUR
S 43-25	100,75
K 15	100,25

Die Prämien werden entsprechend dem steigenden Lebensalter jährlich neu kalkuliert.

- 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 der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien, Mahngebühren sowie Verzugszinsen mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I. Kosten, die für die Erhebung der Prämie von Dritten evtl. in Rechnung gestellt werden (z.B. durch Nichteinlösung einer Lastschrift), trägt das Mitglied.

- XXI Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens - bei monatlicher Zahlung - am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs,
- XXII Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben. Für jeden angefangenen Monat des Zahlungsverzuges sind zudem Verzugszinsen in Höhe des

jeweiligen Interbanken-Tagesgeldzinssatz auf die rückständigen, auf 50 EUR nach unten abgerundeten, Prämien zu zahlen.

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

§ 17 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 18 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK führt das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit.

§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die BKK gehört dem BKK Landesverband Mitte als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Betriebskrankenkasse 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. Zu veröffentlichen sind die in § 305 b 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.

Zudem werden diese Angaben in der Mitgliederzeitschrift der BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsräumen der BKK aus.

§ 20 a Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK erfolgen durch Aushang in den Räumen der BKK und in den in Absatz 1 Satz II genannten Betrieben, außerdem durch Bekanntgabe in der überregionalen Tageszeitung sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift und im Internet unter www.BKK-MEM.de

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der BKK beträgt die Aushangfrist vier Wochen.

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

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 24.08.2009 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.01.2009 in Kraft.

Gleichzeitig treten die am 05.06.2007 aufgestellte Satzung und die dazu ergangenen Nachträge und Ergänzungen außer Kraft.

Der Verwaltungsrat hat den Nachtrag zu § 2 Absatz II am 15.12.2010 beschlossen; er tritt mit Beginn der 11. Wahlperiode in Kraft.

Der Verwaltungsrat hat den Nachtrag zu § 9a sowie der Anlage zu § 2 der Satzung am 10.12.2012 beschlossen; er tritt am 01.01.2013 in Kraft.

Der Verwaltungsrat hat den Nachtrag zu den §§ 12, 15, 15a, 15b, 15c, 15d, 15e, 15f, und 15g der Satzung am 03.03.2014 beschlossen; er tritt rückwirkend am 01.01.2014 in Kraft.

Der Verwaltungsrat hat den Nachtrag zu den §§ 5 Abs. II Nr. 6, 12 a, 15 g, 15 h, 20 a der Satzung am 11.08.2014 beschlossen, er tritt rückwirkend am 01.07.2014 in Kraft.

Der Verwaltungsrat hat den Nachtrag zu den §§ 9 und 20 der Satzung am 13.11.2014 beschlossen, er tritt ab 01.01.2015 bzw. rückwirkend ab 01.01.2014 in Kraft.

Der Verwaltungsrat hat den Nachtrag zu § 9 der Satzung am 20.12.2016 beschlossen, er tritt ab 01.01.2017 in Kraft.

Meuselwitz, den 01.01.2017

Die Vorsitzende
des Verwaltungsrates

Dienstsiegel

gez. Bärbel Hoffmann

Das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Erfurt, hat mit Bescheid vom 04.09.2009, Az.: 42/26307/ 8, die Satzung rückwirkend zum 01.01.2009 genehmigt.

Das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Erfurt, hat mit Bescheid vom 29.12.2009, Az.: 42/26307/8, die Änderung der §§ 9a Nr. I Satz 1 und 17 mit Wirkung ab 01.01.2010 genehmigt.

Das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Erfurt, hat mit Bescheid vom 29.12.2010, Az.: 42/6307/8, die Änderungen der §§ 2 Absatz II und 9a Absatz I Satz 1 mit Wirkung ab 01.01.2011 genehmigt.

Das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Erfurt, hat mit Bescheid vom 20.12.2012/05.02.2013, AZ.:42-6313/2-6-48242/2012, die Änderung des § 9a Absatz 1 Satz 1 sowie die Anlage zu § 2 der Satzung mit Wirkung ab 01.01.2013 genehmigt.

Das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Erfurt, hat mit Bescheid vom 07.03 2014, AZ.:42-6313/2-6-11694/2014 die Neufassung der §§ 12, 15, 15a mit 15g mit Wirkung ab 01.01.2014 genehmigt.

Das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Erfurt hat mit Bescheid vom 28.08.2014, AZ.:42-6313/2-6-39962 /2014 die Neufassung der §§ 5 Abs. II Nr. 6, 12 a, 15 g, 15 h, 20 a mit Wirkung ab 01.07.2014 genehmigt.

Das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Erfurt hat mit Bescheid vom 20.11.2014, AZ:42-6313/2-6-52995/2014 die Neufassung der §§ 9 und 20 mit Wirkung ab 01.01.2015 bzw. rückwirkend ab 01.01.2014 genehmigt.

Das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie hat mit Bescheid vom 21.12.2016, AZ: 42-6313/2-6-160275/2016 die Änderung des § 9 mit Wirkung ab 01.01.2017 genehmigt.