

Satzung der BKK Werra-Meissner



Stand:12. Dezember 2014

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Beginn und Ende der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 8 a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge
- § 9 Beitragssätze
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
 - § 12 a Primärprävention
 - § 12 b Schutzimpfungen
 - § 12 c Leistungsausschluss
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen u. Leistungen zur med. Rehabilitation
 - § 13 a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
 - § 13 b Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
 - § 13 c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
 - § 13 d Wahltarif integrierte Versorgung
- § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
 - § 14 a Bonus für Versicherte vor Vollendung des 15. Lebensjahres
- § 15 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V
 - § 15a Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)
 - § 15b Osteopathie
 - § 15c Nicht zugelassene Leistungserbringer – Ambulante Behandlung
 - § 15d Krankenhausbehandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer
 - § 15e Professionelle Zahnreinigung
 - § 15f Medizinische Vorsorge, Schwangerschaft, Kinder und zahnärztliche Behandlung
 - § 15g Leistungen im Rahmen zusätzlicher Vorsorge und besonderer Therapie sowie Sehhilfen

- § 16 Wahltarife Krankengeld
- § 17 Kooperation mit der PKV
- § 18 Aufsicht
- § 19 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 20 Übertragung des Ausgleichsverfahrens
- § 21 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse
- § 22 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage 1 zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

Anlage 2 zu § 16: Teilnahmebestimmungen zum Wahltarif Krankengeld

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- I Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen BKK WERRA-MEISSNER.
Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Eschwege.

- II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe
Hyco Pacoma GmbH, 37269 Eschwege, AGCO Vertriebs GmbH, 37213
Witzenhausen und 87616 Marktoberdorf

und das Gebiet der Bundesländer Hessen und Bayern.

§ 2 Verwaltungsrat

- I
 - 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 - 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 - 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, jeweils am 1. Januar eines Jahres.

- II Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 5 Versichertenvertreter und 5 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Arbeitnehmervertreter eine Stimme.

- III Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.
Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. 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 Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkassen zu beschließen,
10. über die Bestellung des Prüfers zur Prüfung der Jahresrechnung nach § 31 SVHV zu beschließen.

IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

V a Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

- VI Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatzbarer 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 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.
- IX Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 3 Vorstand

- I Der Vorstand der Betriebskrankenkasse besteht aus einer Person.
- II Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,

3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers zur Entlastung des Vorstandes vorzulegen,
6. jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung prüfen zu lassen.

Sofern für das abgelaufene 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.

Der Vorstand bestimmt den/die Prüfer für jedes Geschäftsjahr.

7. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
8. eine Kassenordnung aufzustellen,
9. die Beiträge einzuziehen,
10. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
11. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

IV Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Eschwege.
- II
1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im 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. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgebervertreter und dem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung.

Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
- 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 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 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 (§ 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,
3. 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 Absatz 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 näherer Bestimmung 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 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 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,
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 gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente 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 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,
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 zur Regelung der 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,
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich versichert 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 12 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 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 Neunten Buches Sozialgesetzbuch, 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,
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 Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

III Die in Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie zu dem in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören oder
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
3. der Ehegatte bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren.

IV Familienversicherte

Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und Kinder von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der Betriebskrankenkasse durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat.

§ 6 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- I Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die gesetzlichen Vorschriften.
- II Abweichend von Abs. 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Die freiwillige Mitgliedschaft endet 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, Tragung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches, die Bestimmungen der Satzung und die sonstigen für die Krankenkasse verbindlichen Regelungen.

§ 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 § 76 Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB IV 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 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- II Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass 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 Beitragssätze

- I. Die Beiträge zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) werden nach den durch Rechtsverordnung der Bundesregierung festgelegten Vomhundertsätzen der Beitragspflichtigen Einnahmen (§§ 241 und 243 SGB V) bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung berechnet.
- II. Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt 0,9 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 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 (§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV). 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 (§ 23 Abs. 1 Satz 3 SGB IV).
- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge, einschließlich des 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).

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 50 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- 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 Absätze 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.

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 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 einen Monat je Krankheitsfall begrenzt.

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 einen Zeitraum von einem Monat 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 einem Monat gewährt.

Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

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 Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

IV. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. 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 BKK davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. höchstens jedoch 40 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H. mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR 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 einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

V Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die BKK einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. Versicherte haben jedoch auch die Wahlmöglichkeit, ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabatt-Arzneimittel der BKK zu wählen.
2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Etwaige höhere Kosten die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Vom Erstattungsbetrag werden 20 vom Hundert als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte und 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

§ 12a Primärprävention

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

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität:
gesundheitssportliches Bewegungstraining
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme: Bewegungstraining zur Prävention spezifischer Gesundheitsrisiken

Ernährung:

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung:
Kurs zur ausgewogenen Ernährung
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht:
Gewichtsreduktions-Kurs

Stressreduktion/Entspannung:

- Maßnahmen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten: Stressreduktions-Training

Genuss- und Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelmissbrauchs:
Kurs zur Nikotin-Entwöhnung
Kurs zur Alkoholreduktion
Kurs zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten
Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauchs

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung der Versicherten für maximal zwei Maßnahmen je Kalenderjahr gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. 100 € pro Maßnahme für maximal zwei Maßnahmen je Kalenderjahr gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen

- I Die Betriebskrankenkasse 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 Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20d Abs. 1 SGB V besteht.

- II Die Betriebskrankenkasse gewährt die Leistungen nach Abs. 1 grundsätzlich als Sachleistungen oder erstattet die Kosten in Höhe der vertraglichen Regelungen. Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, gewährt die Betriebskrankenkasse keine Leistungen für Schutzimpfungen.

§ 12c Leistungsausschluss

- I Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

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 €.

§ 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 mit Ablauf des 1. Jahres analog der mit den einzelnen Verträgen (auf Landesebene) enthaltenen Bestimmungen erfolgen. Demnach ist eine Kündigung mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der BKK schriftlich zu erklären.

§ 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 jeweiligen 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 von 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 mit Ablauf des 1. Jahres analog der mit den einzelnen Verträgen (auf Landesebene) enthaltenen Bestimmungen erfolgen. Demnach ist eine Kündigung mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der BKK schriftlich zu erklären.

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V sowie im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 SGB V gemäß § 13a der Satzung 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 chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma

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.

§ 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 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.

- III Versicherte, die an einem stationären Behandlungsvertrag zur integrierten Versorgung teilnehmen, werden im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme von den Zuzahlungen dieser stationären Maßnahmen befreit.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind und folgende Voraussetzungen nachweisen:

1. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
2. Der Versicherte nimmt ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
3. Der Versicherte nimmt einmal im Jahr an der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung gem. § 28 Abs. 2 SGB V teil.
4. Der Versicherte ist seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher.
5. Der Versicherte hat die von der BKK nach § 20d SGB V gewährten Schutzimpfungen in Anspruch genommen.
6. Nachweis Organspenderausweis.
7. Nachweis Blutspende.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt oder als separater Nachweis der Leistung im BKK-Bonus-Heft quittiert.

Für den Nachweis der Pflichtkriterien 1 bis 3 erhält der Versicherte eine Geldprämie in Höhe von 40 Euro. Für den Nachweis aus den Ziffern 4 bis 7 erhält der Versicherte eine weitere Geldprämie in Höhe von 20 Euro, wenn mindestens 2 Kriterien nachgewiesen werden. Es gilt das Kalenderjahr.

Die Auszahlung der Prämien erfolgt nach Vorlage des Bonusheftes durch den berechtigten Versicherten jeweils bis spätestens 31. März des Folgejahres, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die entsprechenden Kriterien zur Auszahlung der Prämie erreicht sind und eine ungekündigte Mitgliedschaft oder Versicherung nach § 10 SGB V zum Zeitpunkt der Beantragung besteht.

§ 14a Bonus für Versicherte vor Vollendung des 16. Lebensjahres

Versicherte vor Vollendung des 16. Lebensjahres haben Anspruch auf einen Bonus, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind und folgende Voraussetzungen nachweisen:

1. Der Versicherte nimmt die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres vollständig in Anspruch.
2. Der Versicherte nimmt ab dem 6. Lebensjahr zur Verhütung von Zahnerkrankungen mindestens einmal im Jahr an einer Individualprophylaxe gem. § 22 Abs. 1 SGB V teil.
3. Die nach § 20d SGB V empfohlenen Schutzimpfungen wurden durchgeführt.
4. Nachweis durch Vorlage der Urkunde an Bundesjugendspielen.
5. Aktives Mitglied im Sportverein.
6. Versicherte haben alters- und geschlechtsabhängig einen BMI im Bereich des Normalgewichts.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt oder als separater Nachweis der Leistung im BKK-Bonus-Heft quittiert.

Für den Nachweis der Pflichtkriterien 1 und 2 erhält der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter eine Geldprämie in Höhe von 40 Euro. Für den Nachweis aus den Ziffern 3 bis 6 erhält der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter eine weitere Geldprämie in Höhe von 20 Euro, wenn mindestens 2 Kriterien nachgewiesen werden. Es gilt das Kalenderjahr.

Die Auszahlung der Prämien erfolgt nach Vorlage des Bonusheftes durch den berechtigten Versicherten jeweils bis spätestens 31. März des Folgejahres, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die entsprechenden Kriterien zur Auszahlung der Prämien erreicht sind und eine ungekündigte Mitgliedschaft oder Versicherung nach § 10 SGB V zum Zeitpunkt der Beantragung besteht.

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

Die BKK Werra-Meissner gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Die Leistungen müssen während der Mitgliedschaft zur BKK Werra-Meissner entstanden sein. Für die Inanspruchnahme der Leistungen gilt das Kalenderjahr. Bei Antragstellung muss eine ungekündigte Mitgliedschaft oder Versicherung nach § 10 SGB V bestehen. Eine Antragstellung ist bis zum 31. März des Folgejahres möglich. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen. Die Leistungen müssen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

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

1. Die BKK Werra-Meissner erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
 - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerungen zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
 - c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
2. Die BKK Werra-Meissner erstattet die entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Abs. 1 unter Abzug von Zuzahlungen entsprechend § 31 Abs. 3 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.
3. Zur Erstattung sind der BKK Werra-Meissner die spezifizierten Rechnungen und die Verordnungen vorzulegen.

4. Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
5. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

§ 15b Osteopathie

1. Versicherte haben Anspruch auf osteopathische Leistungen, die von einem Arzt verordnet wurden, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern sofern die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung abgeschlossen hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.
2. Die BKK Werra-Meissner übernimmt die Kosten für maximal vier Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 50 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

§ 15c Nicht zugelassene Leistungserbringer - Ambulante Behandlung

1. Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Voraussetzungen einer zulässigen Leistungsart im Sinne des § 11 Abs. 1 bis 4 SGB V erfüllen. Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK Werra-Meissner mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

2. Die BKK Werra-Meissner trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.
3. Die BKK Werra-Meissner führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Die BKK Werra-Meissner stellt den Versicherten auf Anforderung das Verzeichnis zur Verfügung.
4. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

§ 15d Krankenhausbehandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

1. die BKK Werra-Meissner übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze, sofern die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Die Kostenübernahme setzt voraus dass
 - a) die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung in entsprechender Anwendung des § 39 SGB V von einem Arzt bescheinigt wird,
 - b) eine zumindest gleichwertige Versorgung durch den Leistungserbringer wie in einem zugelassenen Krankenhaus gewährleistet ist,
 - c) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers der BKK Werra-Meissner vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird und
 - d) die BKK Werra-Meissner der Behandlung vor Behandlungsbeginn zugestimmt hat.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 39 Abs. 4 i.V. mit § 61 Satz 2 SGB V.
4. Mit der Zustimmung nach Absatz 1 Buchstabe d erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK Werra-Meissner sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§ 15e Professionelle Zahnreinigung

1. Die BKK Werra-Meissner erstattet Kosten für eine professionelle Zahnreinigung bei Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, um Zahnerkrankungen zu verhüten.
2. Zur Erstattung ist die Originalrechnung des Vertragszahnarztes vorzulegen. Die BKK Werra-Meissner beteiligt sich an den Kosten in Höhe von maximal 35,00 EUR pro Kalenderjahr.

§ 15f Medizinische Vorsorge, Schwangerschaft, Kinder und zahnärztliche Behandlung

1. Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK Werra-Meissner die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführte oder veranlasste Vorsorgeleistungen in Höhe des nachgewiesenen Rechnungsbetrages, insgesamt höchstens jedoch 100,00 EUR jährlich für:
 - a) Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung (Mammografie unter 50 Jahren, Ultraschalluntersuchung - „Sono-Check“) alle zwei Jahre,
 - b) eine sportmedizinische Untersuchung, sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen. Die sportmedizinische Untersuchung kann alle zwei Jahre erstattet werden.
2. Über die in im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die BKK Werra-Meissner für folgende, von Ärzten durchgeführte, veranlasste oder direkt vom Versicherten initiierte Leistungen insgesamt höchstens 100,00 EUR je Schwangerschaft für:
 - a) Geburtsvorbereitung für den Ehemann sowie Unterbringung des begleitenden Elternteils im Elternzimmer, sofern bei der BKK Werra-Meissner versichert,

- b) Nackenfaltenmessung,
- c) Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien,
- d) Triple-Test,
- e) Ultraschalluntersuchungen, sofern keine Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien.

3. Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die BKK Werra-Meissner Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250,00 EUR einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.

Die Kostenerstattung ist gebunden an die Versicherung des Neugeborenen zur BKK Werra-Meissner.

Zur Erstattung sind die Originalrechnungen vorzulegen.

4. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Förderung der geistigen und körperlichen Entwicklung haben Kinder bis zum sechsten Lebensjahr Anspruch auf kalenderjährlich einen Kurs aus dem Bereich Babyschwimmen, Kleinkinderschwimmen, Babymassage oder Pekip. Bei regelmäßiger Teilnahme wird ein Zuschuss bis zu maximal 100,00 EUR je Kalenderjahr gewährt. Die genannten Kurse müssen von qualifizierten Anbietern durchgeführt werden. Zur Erstattung ist die Original-Teilnahmebescheinigung einzureichen. Die Teilnahmebescheinigung muss folgende Inhalte aufweisen: Name und Vorname des Versicherten, Anbieter, Kursleitung, Kursbeginn und Kursende, Kurseinheiten, Anzahl der absolvierten Kurseinheiten und Kursgebühr.

5. Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die BKK Werra-Meissner die Kosten für folgende, von Zahnärzten oder Kieferorthopäden durchgeführte oder veranlasste Leistungen zu Ziff. a) höchstens 100,00 EUR jährlich, zu Ziff. b) höchstens 50,00 EUR jährlich:

- a) Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung,
- b) Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren (Zähne 14, 15, 24, 25, 34, 35, 44, 45) im bleibenden Gebiss.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen einzureichen.

§ 15g Leistungen im Rahmen zusätzlicher Vorsorge und besonderer Therapie sowie Sehilfen

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden maximal 60 Euro im Kalenderjahr nach Vorlage der Originalrechnungen und Zahlungsbestätigungen erstattet:

1. Vorsorgeuntersuchungen

PSA-Wert-Bestimmung, Gesundheits-Check-Up zwischen dem 18. und 34. Lebensjahr, Glaukom-Vorsorge, Messung des Augeninnendrucks, Knochendichtemessung, Hautkrebsvorsorge (außerhalb der Vorsorgeuntersuchungen gem. § 25 SGB V), Doppler-Sonografie, zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung „Intervall-Check“, Durchführung eines HPV-Tests zusammen mit einem PAP-Test.

2. Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche außerhalb der Vorsorgeuntersuchungen gem. § 26 Abs. 1 SGB V.

3. Besondere Behandlungsformen

Massagen und Krankengymnastik außerhalb ärztlicher Verordnung, Akupunktur außerhalb ärztlicher Verordnung.

4. Heilpraktiker

Erstattung von Heilpraktikerbehandlungskosten inklusive der von den Heilpraktikern verordneten homöopathischen Arzneimittel.

5. Präventionskurse

Erstattung von Präventionskursen außerhalb des Präventionsleitfadens ohne Anrechnung von Eigenanteilen bereits bewilligter Präventionskurse.

6. Mitgliedsbeitrag zum Fitnessstudio.

7. Brillenzuschuss

Die BKK bezuschusst die Kosten für Brillengläser oder Kontaktlinsen bei einem sphärischen oder zylindrischen Korrekturbedarf von mindestens 0,5 Dpt. je Auge. Für jedes Brillenglas oder Kontaktlinse werden höchstens 25 Euro erstattet. Der Anspruch besteht im Abstand von 2 Jahren.

§ 16 Wahltarife Krankengeld

Die BKK Werra-Meissner bietet

- hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V),
- unselbstständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V)

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und

- Künstlern und Publizisten (§ 46 Satz 2 SGB V)

einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.

Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage 2, die Bestandteil der Satzung ist.

§ 17 Kooperation mit der PKV

Die BKK Werra-Meissner vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 18 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Regierungspräsidium in Darmstadt.

§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem Landesverband Süd der Betriebskrankenkassen in 70806 Kornwestheim als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 20 Übertragung des Ausgleichsverfahrens

1. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird der BKK-Arbeitgebersversicherung des BKK Landesverbandes Mitte übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).
2. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK Werra-Meissner; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an die BKK-Arbeitgebersversicherung des BKK Landesverbandes Mitte weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).

Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird der BKK-Arbeitgebersversicherung des BKK Landesverbandes Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird die BKK-Arbeitgebersversicherung des BKK Landesverbandes Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 21 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Betriebskrankenkasse 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 die Versicherten verständlichen Weise. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse erfolgt darüberhinaus durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und in der Mitgliederzeitschrift.

Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 12 Wochen.

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

§ 22 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse, außerdem durch Bekanntgabe in der Mitgliederzeitung und im Internet.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist eine Woche.

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

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 26. September 2014 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am ersten des auf die Aushangfrist folgenden Monats in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 01. Januar 1996 und der dazu ergangener Nachtrag 1 außer Kraft.

Siegel

Der Vorsitzende
des Verwaltungsrates

Ralf Kirch

Anlage 1 zu § 2 der Satzung der BKK Werra-Meissner

I Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrates

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

1. Erstattung der Barauslagen

1) Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Hessischen Reisekostengesetzes. Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 12 HRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Hessischen Reisekostengesetzes.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

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 § 6 Abs. 1 des Hessischen Reisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.

2. Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates 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 Bezugsgrößen gem. § 18 SGB IV.

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstauffall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstauffall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstauffall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 55 €.

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 volles 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 Pflegekassenorganen stattfinden.

5. Pauschbeträge für Ausschussvorsitzende und deren Stellvertreter

Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende von Ausschüssen der Organe erhalten bei Sitzungen ihres Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.

II Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen:

Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb der Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 85 €.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

III Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates 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 auf Grund eines besonderen Auftrages gezahlt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Anlage 2 Wahltarife Krankentagegeld

Teilnahme

1. Die BKK Werra-Meissner bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankentagegeld zur Wahl an. Der Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 S. 2 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Krankentagegeld als Entgeltersatz für Einnahmen i.S.d. §223 Abs. 3 S. 2 SGB V wählen (Premiumtarif). Der Tarif kann nicht gewählt werden, wenn das 60. Lebensjahr am Tag der Wahlerklärung vollendet ist, es sein denn, der Tarif wird im unmittelbaren Anschluss an einen vorher bestehenden Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt.
2. Die Teilnahme zu dem Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK Werra-Meissner erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK Werra-Meissner folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden. Frühestmöglicher Beginn des Tarifs ist der 1. August 2009.
3. Für Mitglieder, die rückwirkend zum 01.08.2009 mit Anspruch auf ein gesetzliches Krankengeld versichert sind, beginnt der Tarif auf Wunsch des Mitglieds am 01.08.2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 31.1.2010 erfolgt ist. Die Teilnahme gilt in diesem Fall als bis zum 31.07.2009 gegenüber der BKK Werra-Meissner vollständig erklärt.

Laufzeit/Bindungsfrist

4. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3 -jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

Tarifende/Kündigung

5. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der BKK Werra-Meissner.
6. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, 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, oder Zubiilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Ein-

gang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, 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.

Obliegenheiten der Teilnehmer

7. Die Mitglieder müssen die BKK Werra-Meissner unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK Werra-Meissner aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK Werra-Meissner haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu machen und Nachweise dazu vorzulegen.
8. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK Werra-Meissner nachzuweisen und die BKK Werra-Meissner über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
9. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

10. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

für den Personenkreis der Selbständigen iSv § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der u.a. unständig Beschäftigten iSv § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

Krankentagegeld kalendertäglich	10€	20€	30€	40€	50€
Prämie monatlich	10€	20€	30€	40€	50€

für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten iSv § 53 Abs. 6 SGB V

Krankentagegeld kalendertäglich	10€	20€	30€	40€	50€	60€	70€	80€	90€
Prämie monatlich	5€	10€	15€	20€	25€	30€	35€	40€	45€

11. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Krankentagegeldes nach den Absätzen 33 und 34 ist die für das neu vereinbarte Krankentagegeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Krankentagegeldhöhe zu zahlen.

12. Während des Bezugs von Krankentagegeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
13. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
14. Die BKK Werra-Meissner darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

15. Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Krankentagegeld muss eine Mitgliedschaft iSd § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK Werra-Meissner bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Krankentagegeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen – oder innerstaatlichen Rechts.
16. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
17. Anspruch auf Krankentagegeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankentagegeld. Im Falle des Satzes 2 beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit zu laufen. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Krankentagegeld
 1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit
 2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

(Karenzzeit) wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
18. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

19. Für Mitglieder die einen zum 31.07.2009 beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V abgeschlossen hatten, besteht keine Wartezeit, wenn der Tarif zum 1. August 2009 gewählt wird und damit nahtlos an den beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V anschließt. In diesen Fällen wird für vor dem 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, die Karenzzeit mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit vor dem 31.07.2009 berechnet.
20. Für vor dem 1. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Wahlтарifen; in Absatz 19 genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.
21. Für den Anspruch auf Krankentagegeld 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. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK Werra-Meissner nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK Werra-Meissner kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
22. Ein Anspruch auf Krankentagegeld besteht nicht bzw. ein bestehender Krankentagegeldanspruch endet
- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Sozialhilfe, Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld, -hilfe, Unterhaltsgeld bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 N. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK Werra-Meissner.
23. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Krankentagegeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nach zu berechnenden Prämien ist zulässig.

24. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
25. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

26. Die Zahlung des Krankentagegeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Krankentagegeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 21 erbracht worden ist. Das Krankentagegeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankentagegeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
27. Im Rahmen des Premiumtarifs wird Krankentagegeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK Werra-Meissner an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Krankentagegeld gezahlt. Der Anspruch auf Krankentagegeld endet, wenn wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

28. Anspruch auf Krankentagegeld im Premiumtarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizistentarif besteht bis zum max. 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

29. Die Höhe des Krankentagegeldes können
1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten
- in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK Werra-Meissner eine Erklärung über die

Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK Werra-Meissner eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

30. Die BKK Werra-Meissner kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 34.

31. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Krankentagegelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens abzugeben.

32. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK Werra-Meissner sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK Werra-Meissner auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK Werra-Meissner im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der BKK Werra-Meissner unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt 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 Krankentagegeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

33. Eine Änderung der Höhe des Krankentagegeldes (Krankentagegeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich Absatzes 34 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Krankentagegeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK Werra-Meissner nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK Werra-Meissner

folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Krankentagegeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Krankentagegeldstufe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Krankentagegeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

34. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Krankentagegeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 29ff genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Krankentagegeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK Werra-Meissner über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 17 besteht in diesen Fällen nicht.