Satzung der

BKK Melitta HMR,

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Übersicht zur Satzung

Artikel I ... 2
Inhalt der Satzung ... 2
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse ... 2
§ 2 Verwaltungsrat ... 3
§ 3 Vorstand ... 5
§ 4 Widerspruchsausschuss ... 5
§ 5 Kreis der versicherten Personen ... 6
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft ... 7
§ 7 Aufbringung der Mittel ... 8
§ 8 Bemessung der Beiträge ... 8
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz ... 9
§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz ... 9
§ 10 Fälligkeit der Beiträge ... 9
§ 11 Höhe der Rücklage ... 9
§ 12 Leistungen ... 10
§ 12a Wahltarif Selbstbehalt ... 21
§ 12b Primäre Prävention und Gesundheitsförderung ... 22
§ 12c Leistung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten ... 24
§ 12d Leistungsausschluss ... 25
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen ... 25
§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung ... 25
§ 13b Wahltarif besondere Versorgung ... 26
§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme ... 27
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ... 27
§ 14a Arbeitgeberbonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ... 29
§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ... 30
§ 15 Wahltarife Krankengeld ... 30
§ 16 Kooperation mit der PKV ... 36
§ 17 Aufsicht ... 36
§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband ... 37
§ 19 Bekanntmachungen ... 37
§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse ... 37
Artikel II ... 38
Inkrafttreten ... 38
Anlage 1 zu § 2 der Satzung der BKK Melitta HMR ... 39
Anlage 2 zu § 9a der Satzung der BKK Melitta HMR ... 42
Anlage 3 Besitzstand ... 45

Artikel I
Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

(1) Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen BKK Melitta HMR.
Sie ist errichtet worden am 01.01.2024 und entstanden aus

der BKK Melitta HMR, errichtet am 01.01.2022, und der Betriebskrankenkasse BPW Bergische Achsen KG, errichtet im Jahre 1919.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 32425 Minden.

(2) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe:

a) Melitta Europa GmbH & Co. KG in Minden,
b) Melitta Professional Coffee Solutions GmbH & Co. KG in Minden,
c) Melitta Group Management GmbH in Minden,
d) Cofresco Frischhalteprodukte GmbH & Co KG in Minden,
e) Melitta Single Portions GmbH & Co KG in Minden,
f) Melitta Business Service Center GmbH & Co KG in Minden,
g) Melitta Europa GmbH & Co. KG in Bremen,
h) 10X Innovation GmbH& Co.KG in Berlin,
i) Neu Kaliß Spezialpapier GmbH in Neu Kaliß,
j) Friesland Porzellanfabrik GmbH & Co. KG in Varel (Oldbg.),
k) Norddeutsche Seekabelwerke GmbH in Nordenham,
l) Nordenham Metall GmbH in Nordenham,
m) Nordenhamer Zinkhütte GmbH in Nordenham,
n) Cristallux-Werk Waldachtal GmbH in Waldachtal,
o) Kreis Herford mit seinen Dienststellen im Kreis Herford,
p) Kreiskliniken Herford-Bünde AöR, Klinikum Herford,
q) Sparkasse im Kreis Herford,
r) Energieservice Westfalen Weser GmbH, Kirchlengern,
s) und auf die Betriebe der BMI Steildach GmbH in
89605 Altheim
74722 Buchen-Hainstadt
48249 Dülmen
39175 Heyrothsberge
63150 Heusenstamm
24879 Idstedt
19357 Karstädt
84048 Mainburg
40789 Monheim
61440 Oberursel
09322 Penig OT Obergräfenhain

32469 Petershagen
21649 Regesbostel OT Rahmstorf

t) BPW Bergische Achsen KG in Wiehl sowie die Werke in Brüchermühle und Hunsheim.

(3) Die Betriebskrankenkasse ist gemäß § 173 Abs. 2 Nr. 4 SGB V geöffnet. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf die nachfolgend aufgeführten Bundesländer:

Baden-Württemberg,

Bayern,

Berlin,

Brandenburg,

Bremen,

Hessen,

Mecklenburg-Vorpommern,

Niedersachsen,

Nordrhein-Westfalen,

Sachsen,

Sachsen-Anhalt,

Schleswig-Holstein.

§ 2 Verwaltungsrat

(1) Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter nach 3 Jahren, gerechnet vom Zeitpunkt der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates.

(2) Dem Verwaltungsrat der BKK Melitta HMR gehören als Mitglieder 11 Versichertenvertreter und 11 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme. Im Fall einer Verhinderung gilt die Listenstellvertretung.

(3) 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 vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn der Vorstand für längere Zeit an der Ausübung seines Amtes gehindert ist oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist

5a. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,

6. den Vorstand zu überwachen
7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden 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 freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen
10. 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 Rechnungsführung.

(4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(5a) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

(6) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage 1 zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

(7) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.

(8) 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.

(9) Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

(10) Sitzungen des Verwaltungsrats können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Bei öffentlichen, hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der BKK Melitta HMR liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. In hybriden Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der BKK Melitta HMR liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

(11) In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrats digital (digitale Sitzung) stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrats stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der BKK Melitta HMR liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Situation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrats und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. Bei öffentlichen, digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. In digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.

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

§ 3 Vorstand

(1) Dem Vorstand der BKK Melitta HMR gehört 1 Mitglied an.

(2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

(3) 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 dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen
7. eine Kassenordnung aufzustellen
8. die Beiträge einzuziehen
9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen
10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen

(4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

(5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK Melitta HMR.

§ 4 Widerspruchsausschuss

(1) Für den Erlass von Widerspruchsbescheiden werden vier besondere Ausschüsse nach den Vorschriften des SGB gebildet. Sitze der Widerspruchsausschüsse sind jeweils in den Geschäftsräumen der BKK Melitta HMR in Herford, Minden, Nordenham und Wiehl.

1. Jeder Widerspruchsausschuss ist paritätisch aus zwei Vertretern der Versicherten und zwei Vertretern der Arbeitgeber besetzt. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse müssen Mitglied des Verwaltungsrates sein oder die Voraussetzungen der Wählbarkeit dafür erfüllen. Ein Mitglied, das verhindert ist, wird durch einen Stellvertreter vertreten. Stellvertreter werden in genügender Anzahl benannt, es gilt die Listenvertretung.
2. Die Versichertenvertreter der Widerspruchsausschüsse und ihre Stellvertreter werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter der Widerspruchsausschüsse und ihre Stellvertreter werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt.
3. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
4. Der Vorsitz im Widerspruchsauschuss wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und einem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK Melitta HMR sein kann. An den Sitzungen nehmen die Berater des Widerspruchsausschusses ohne Stimmrecht teil.
5. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. 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.
6. Der Widerspruchsauschuss kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Mitglied des Ausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung.
7. Sitzungen des Widerspruchsausschusses können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der BKK Melita HMR liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. In hybriden Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der BKK Melitta HMR liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

8. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Widerspruchsausschusses digital (digitale Sitzung) stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer digitalen Sitzung eingehalten werden.

   Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der BKK Melitta HMR liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht. In digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der BKK Melitta HMR liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

(2) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

(3) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV in Verbindung mit § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWIG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

(1) Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören:

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigen.

(2) Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, 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.

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt des Beitritts das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.

(3) Die in Abs. (1) und (2) genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie zu dem in § 1 Abs. (2) und (3) der Satzung genannten Bereich gehören oder
2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
4. sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen 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 oder
6. sie bei einer Betriebskrankenkasse/ einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

(4) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Krankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens

jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(2) Erhebt die BKK Melitta HMR nach § 242 Abs. 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Wahlerklärung bei der neuen Krankenkasse abweichend von Abs. (1) Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die BKK Melitta HMR 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 Zusatzbeitragssatzes 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. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Wahlerklärung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Wahlerklärungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

(3) Abweichend von Abs. (1) Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind.

(4) Wenn ein Wahltarif nach §§ 12a oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 12a Abs. (7) oder 15 Abs. (5), aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V durch eine Wahlerklärung bei einer neuen Krankenkasse beendet werden. Abs. (2) gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

§ 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 Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)" in der jeweils gültigen Fassung.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,6 v. H. monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Das Ausgleichsverfahren nach den §§ 1 bis 11 AAG richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage 2 zu § 9a dieser Satzung.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

(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.
Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbeitrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

(2) Die von den Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages 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.

(3) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 20 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK Melitta HMR erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V),
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a und 26 SGB V),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),
5. des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

(2) Haushaltshilfe

1. Die BKK Melitta HMR gewährt über die in § 38 Abs. 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer nicht chronischen Krankheit nicht möglich ist, im Haushalt ein Kind lebt, welches bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht fortführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für den Zeitraum von 8 Wochen gewährt.

2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die BKK Melitta HMR kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

(3) 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.

(4) Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK Melitta HMR vor Inanspruchnahme schriftlich in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK Melitta HMR 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 Melitta HMR davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch personifizierte, spezifizierte Rechnungen sowie 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. max. 40 Euro, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat 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 5 v. H. max. 40 Euro, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die BKK Melitta HMR 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.

(5) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK Melitta HMR bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 45 v. H. als Abschlag für die der BKK Melitta HMR entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

2. § 12 Abs. (4) Nr. 4, 5 und 6 gelten.

(6) Zusätzliche Satzungsleistungen

Die BKK Melitta HMR gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

1. Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

a) Die BKK Melitta HMR erstattet ihren Versicherten über die Altersgrenze des § 34 Abs. 1 Satz 5 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V hinaus 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 Arzt auf Privatrezept erfolgte und
- das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

b) Die BKK Melitta HMR erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Nummer 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch max. bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.

c) Zur Prüfung und Erstattung sind der Betriebskrankenkasse spezifische Rechnungen der Apotheken und die Verordnungen der Ärzte nachzuweisen.

d) 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.

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

2. Osteopathie

a) 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. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen qualitätsgesicherten osteopathischen Leistungserbringer, berechtigte(n) Vertragsärztin / Vertragsarzt oder zugelassene(n) Physiotherapeutin / Physiotherapeuten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigte(n) Ärztin / Arzt oder Physiotherapeutin / Physiotherapeuten erbracht wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen parietale, viszerale und craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt wäre.

b) Die Kostenübernahme ist beschränkt auf max. fünf Sitzungen pro Versicherten und Kalenderjahr. Die Erstattung der Kosten erfolgt in Höhe von max. 60 Euro je Sitzung. Für die Erstattung sind personifizierte, spezifizierte Rechnungen einzureichen.

3. Nicht zugelassene Leistungserbringer

3.1. stationäre Behandlung

a) Die BKK Melitta HMR übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V unter folgenden Voraussetzungen:

- Es liegt Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V vor und sie wird von einem Arzt bescheinigt,
- der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
- es handelt sich nicht um eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossene Behandlungsmethode,
- der BKK Melitta HMR wurde vor Behandlungsbeginn ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers vorgelegt,
- die BKK Melitta HMR hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

b) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

c) Die Versicherten erhalten mit der Zustimmung nach Buchstabe a) eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK Melitta HMR sowie die voraussichtliche Höhe des zu leistenden Eigenanteils.

3.2. ambulante Behandlung

a) 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. Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK Melitta HMR mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Buchstabe b getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

b) Die BKK Melitta HMR 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. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine mindestens qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

c) Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die nach dieser Regelung zur Erbringung der ambulanten Behandlung berechtigten Leistungserbringer. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis wird im Internet veröffentlicht und auf Wunsch den Versicherten zur Verfügung gestellt.

d) Die Vergütung der ambulanten Behandlung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Betriebskrankenkasse entsprechend der geschlossenen Vereinbarungen. Sie wird unmittelbar mit der BKK Melitta HMR abgerechnet.

4. Zahnärztliche Behandlung

Die BKK Melitta HMR erstattet die Kosten für folgende von Zahnärzten durchgeführte Leistungen, die über die in § 28 SGB V geregelte zahnärztliche Behandlung hinausgehen:

Die Betriebskrankenkasse erstattet ihren Versicherten die Kosten für:

a) professionelle Zahnreinigung
Die Kostenerstattung erfolgt in Höhe des Rechnungsbetrages, jedoch max. bis zu einem Betrag von 60 Euro pro Versichertem einmal pro Kalenderjahr. Versicherte, die diese Leistung bereits im Rahmen eines Wahltarifs nach § 13b der Satzung in Anspruch nehmen, sind von dieser Satzungsmehrleistung ausgeschlossen.

b) Anästhesie (Vollnarkose)
Bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern diese keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist.

Die Kostenerstattung erfolgt in Höhe von 80 v. H. des Rechnungsbetrages nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), jedoch max. bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Versicherten insgesamt pro Kalenderjahr.

c) Fissuren-Versiegelung
Der kariesfreien Prämolaren (Zähne 14, 15, 24, 25, 34, 35, 44, 45) im bleibenden Gebiss für Kinder und Jugendliche vom 6. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Die Kostenerstattung erfolgt in Höhe der für diese Leistung abrechnungsfähigen Ziffern des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Ziffer), jedoch max. bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Versicherten insgesamt pro Kalenderjahr.

d) Mikrobiologischen Test
Zur Erkennung Parodontitis verursachender Keime.

Die Kostenerstattung erfolgt in Höhe von bis zu 100 Euro pro Versicherten, alle 3 Kalenderjahre.
Versicherte, die diese Leistung bereits im Rahmen eines Wahltarifs nach § 13b der Satzung in Anspruch nehmen, sind von dieser Satzungsmehrleistung ausgeschlossen.

e) Laborgefertigte Füllungen (Inlays)
-zwei, - drei und mehrflächig, bei vorhandenen Metallrestaurationen in unmittelbarer Nachbarschaft zur geplanten Füllung.

Die Kostenerstattung erfolgt bis zu 180 Euro pro Zahn, max. 540 Euro je Kalenderjahr.

Versicherte, die diese Leistung bereits im Rahmen eines Wahltarifs nach § 13b der Satzung in Anspruch nehmen, sind von dieser Satzungsmehrleistung ausgeschlossen.

5. Geburtsvorbereitung

Die BKK Melitta HMR erstattet die Teilnahmekosten für einen Geburtsvorbereitungskurs des Partners in Höhe von max. 100 Euro. Voraussetzung zur Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer nach § 134a SGB V zugelassenen oder einer nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Hebamme durchgeführt wird.

6. Medizinische Vorsorge

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus, erstattet die BKK Melitta HMR ihren Versicherten die Kosten für folgende von Ärzten durchgeführte Vorsorgeleistungen bis zu einem Betrag von insgesamt 100 Euro je Kalenderjahr, soweit die Voraussetzungen im Einzelfall vorliegen.

Voraussetzung ist insgesamt, dass eine Erkrankung, bezogen auf die jeweilige Untersuchung im Einzelfall noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Die Voraussetzungen des § 23 SGB V müssen erfüllt sein. Der Anspruch nach den folgenden Ziffern besteht nur dann, sofern kein Anspruch auf die Regelleistung besteht. Zur Erstattung sind personifizierte, spezifizierte Rechnungen einzureichen.

a) Jährliche Hautkrebsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 35. Lebensjahres (inklusive Auflichtmikroskopie) bis maximal 40 Euro, sofern im jeweiligen Kalenderjahr kein Anspruch auf die gesetzliche Vorsorge besteht und mindestens ein Risikofaktor wie z.B. eine positive Familienanamnese vorliegt,

b) Ultraschalluntersuchung der Brust (Mamma-Sonographie) bei vorliegenden Risikofaktoren (z.B. positive Familienanamnese) bis max. 55 Euro,

c) Vaginale Ultraschalluntersuchung bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. positive Familienanamnese) bis max. 55 Euro,

d) Mammographie zur Brustkrebsvorsorgeuntersuchung für Versicherte ab dem 40. Lebensjahr bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. positive Familienanamnese) bis max. 55 Euro,

e) Erweiterte Vorsorgeleistung (ärztliche Untersuchung) nach Vollendung des 18. Lebensjahres und vor Vollendung des 35. Lebensjahres bei Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Hypertonie, Hypercholesterinämie) bis max. 35 Euro je Versicherten innerhalb von 3 Kalenderjahren,

f) Entnahme von Untersuchungsmaterial vom Gebärmutterhals (Pap-Abstrich) inkl. Untersuchung für Versicherte ab Vollendung des 35. Lebensjahres alle zwei Jahre, sofern in dem Jahr keine Regelleistung in Anspruch genommen werden kann, bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. positive Familienanamnese) bis max. 40 Euro,

7. Leistungen für werdende Mütter

a) Versicherte schwangere Frauen haben von der vollendeten 37. bis zur 42. Schwangerschaftswoche Anspruch auf eine Hebammenrufbereitschaft. Der Erstattungsbetrag beträgt 90 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch max. 250 Euro je Schwangerschaft. Erstattungsfähig sind nur Leistungen von Hebammen nach dem Hebammengesetz in Verbindung mit der Hebammenvergütungsvereinbarung (§ 134a SGB V) oder von Hebammen, die die Voraussetzungen des § 13 Abs. 4 SGB V erfüllen. Zur Erstattung ist eine personifizierte, spezifizierte Rechnung einzureichen.

b) Über die im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus werden der Versicherten auf Antrag nach der Entbindung die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführte, veranlasste oder direkt vom Versicherten initiierte Leistungen erstattet, wenn die Leistungen erbracht werden, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken und ein konkreter individueller Untersuchungsanlass besteht:

- Toxoplasmose-Untersuchungen (bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko, z.B. Kontakt mit Katzen),
- Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind (z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen),
- Zytomegalie-Test, (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.

c) Die BKK Melitta HMR erstattet für schwangere Versicherte alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Folsäure und/oder Magnesium und für Mütter vor der Geburt bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres ihres Kindes alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Jodid, sofern dafür eine ärztliche Verordnung des Arzneimittels auf Privatrezept erfolgte und das Arzneimittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandel bezogen wurde.

Die BKK Melitta HMR erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel in voller Höhe.

Zur Prüfung und Erstattung sind der Betriebskrankenkasse Rechnungen der Apotheken und die Verordnungen der Ärzte nachzuweisen. Von dieser Versorgung sind Arzneimittel nicht umfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 – 9 SGB V ausgeschlossen sind.

Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit Jodid, Eisen, Magnesium oder Folsäure ist ausgeschlossen. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 – 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

Voraussetzung für die Bezuschussung ist, dass die Leistungen von einem Leistungserbringer durchgeführt werden, der an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des Kapitels IV des SGB V teilnimmt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist.

Der Zuschuss ist insgesamt auf 200 Euro je Schwangerschaft begrenzt. Zur Erstattung sind personifizierte, spezifizierte Rechnungen einzureichen.

8. Künstliche Befruchtung

Die BKK Melitta HMR gewährt ihren Versicherten, die Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung entsprechend der Regelung des § 27a SGB V haben, neben den gesetzlich vorgeschriebenen 50 v. H. der Behandlungskosten bei Durchführung einer

- In-vitro-Fertilisation (IVF) oder einer
- Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI)

einen weitergehenden Zuschuss von 250 Euro je Versuch, max. für 3 Versuche.

9. Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung im Einzelfall dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Derartige Risikofaktoren sind:

a. erhöhtes Körpergewicht,
b. erhöhter Blutdruck,
c. kardiovaskuläre Vorerkrankungen,
d. Atemwegserkrankungen,
e. Skelettvorerkrankungen, z.B. Skoliose,
f. Diabetes,
g. Rauchen,
h. Alkoholmissbrauch.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigen Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin" führen.

Erstattet werden 90 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 250 Euro pro sportmedizinischer Vorsorgeuntersuchung. Zur Erstattung sind personifizierte, spezifizierte Rechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

10. Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK Melitta HMR im Einzelfall die Kosten in Höhe von max. 58,50 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifikation als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:

- Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
- die Untersuchung wird von einer Fachärztin / einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

Zur Kostenerstattung ist neben einer personifizierten, spezifizierten Rechnung die ärztliche Bestätigung der o.g. Vorbelastung einzureichen.

11. Lichttherapie - Hilfsmittel

a) Die BKK Melitta HMR erstattet als Satzungsregelung im Sinne von § 11 Abs. 6 in Verbindung mit § 33 SGB V die Kosten für nicht als Regelleistung verordnungsfähige Hilfsmittel für eine Lichttherapie, sofern

- deren Anwendung medizinisch notwendig ist, um eine leichte bis mittelschwere Acne vulgaris (ICD-Code L70.0) zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern

und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde
- die Verordnung des Hilfsmittels durch einen Facharzt / einer Fachärztin für Hautkrankheiten erfolgte und
- es sich um ein CE zertifiziertes Gerät mit Blaulicht (Wellenlänge 420-480nm) und Rotlicht (Wellenlänge 630-790nm) handelt.

b) Die BKK Melitta HMR erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Hilfsmittel nach Abs. a) einmalig in Höhe des Rechnungsbetrages, max. bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Versicherten. Zur Erstattung sind der BKK Melitta HMR spezifizierte, personifizierte Rechnungen des Herstellers und die Verordnung von einem Facharzt / einer Fachärztin für Hautkrankheiten vorzulegen.

§ 12a Wahltarif Selbstbehalt

(1) Mitglieder können für sich abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der BKK Melitta HMR zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Bei einem Jahreseinkommen

- bis zu 18.000 Euro beträgt der jährliche Selbstbehalt 300 Euro,
- bis zu 28.000 Euro beträgt der jährliche Selbstbehalt 450 Euro,
- bis zu 38.000 Euro beträgt der jährliche Selbstbehalt 600 Euro,
- über 38.000 Euro beträgt der jährliche Selbstbehalt 900 Euro.

(2) Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

1. Prävention (§§ 20 und 20i SGB V)
2. Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Abs.1 Satz 4 Nr. 2 SGB V, Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen § 22a SGB V)
3. Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
4. Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
5. Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien.

(3) Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Abs. (2) in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

(4) Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die BKK Melitta HMR dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei

einem jährlichen Selbstbehalt von 300 Euro jährlich 200 Euro, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 450 Euro jährlich 300 Euro, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 600 Euro jährlich 400 Euro, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 900 Euro jährlich 600 Euro.

(5) Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Quartals. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Abs. (1) und die Prämienzahlung nach Abs. (4) anteilig berechnet. Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich im vierten Quartal für das abgelaufene Kalenderjahr. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht.

Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Abs. (1) die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, besteht ein Sonderkündigungsrecht für den Wahltarif. In diesem Fall kann der Wahltarif abweichend von der dreijährigen Mindestbindungsfrist gemäß § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V innerhalb eines Monats nach Eintritt des Tatbestandes, der zur vollständigen Übernahme der Beiträge durch Dritte geführt hat, gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

(6) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der BKK Melitta HMR seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Abs. (1) erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Darüber hinaus erlischt die besondere Bindungsfrist bei der Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetz. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der BKK Melitta HMR nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 12b Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

(1) Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK Melitta HMR auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder

und Kriterien des GKV- Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem

- Setting- Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V)
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V)
- individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V) mit folgenden Handlungsfeldern:

1. Bewegungsgewohnheiten:
   a. Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
   b. Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

2. Ernährung:
   a. Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
   b. Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

3. Stressmanagement:
   a. Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
   b. Förderung von Entspannung (palliativ-regenerativ Stressmanagement)

4. Suchtmittelkonsum:
   a. Förderung des Nichtrauchens
   b. Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

(2) Die Förderung der verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) durch die BKK Melitta HMR ist auf max. zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt. Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung der Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o.g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss von 100 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 120 Euro je Maßnahme gewährt.

(3) Davon abweichend wird für Leistungen im Rahmen eines Aktivurlaubs, sofern dieser den im Abs. (1) genannten Qualitätskriterien des Handleitungsleitfadens genügt, bei Vorlage einer Rechnung der Fremdanbieter einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten, max. 200 Euro bzw. für Kinder 160 Euro je Maßnahme und Kalenderjahr gewährt. Dabei erfolgt eine Anrechnung auf die maximale Kursanzahl je Kalenderjahr.

(4) Abweichend von Abs. (2) erfolgt für Leistungen im Rahmen von Selektivverträgen, sofern diese den im Abs. (1) genannten Qualitätskriterien des Handleitungsleitfadens genügen, eine vollständige Kostenübernahme nach den im Selektivvertrag vereinbarten Sätzen. Es erfolgt eine Anrechnung auf die maximale Kursanzahl je Kalenderjahr.

(5) Zur Vermittlung der erforderlichen Kompetenzen für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren (Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz) bietet die die BKK Melitta HMR ihren Versicherten regelmäßig die kostenlose Teilnahme an Informationsveranstaltungen an. Die Veranstaltungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie sich als Zielgruppe exemplarisch jeweils auf erkrankte oder von Krankheit bestimmter Diagnosen oder Diagnosegruppen bedrohte Personen richtet. Anhand eines darauf jeweils konkret abgestimmten, exemplarischen „Patientenpfades" (Patient Journey) werden gesundheitsrelevante Informationen in Bezug auf digitale Anwendungen und digitale Informationsangebote neutral vermittelt, um die Kompetenzen der Teilnehmer zu selbstbestimmten Entscheidungen über den Einsatz digitaler Angebote im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung aufzubauen, zu verstärken und/oder zu verstetigen.
Die Informationsveranstaltungen erfüllen die Anforderungen und entsprechen ausschließlich Inhalten, die durch die jeweils geltenden Regelungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 20k Abs. 2 SGB V beschrieben werden. Sie finden als Besuchsveranstaltungen und/oder als „Videostream/Videokonferenz" (Internet) statt, ggf. mehrteilig und auch in Form einer permanent verfügbaren Aufzeichnung. Die Krankenkasse plant, organisiert und führt die Veranstaltungen selbst durch (Verfasser, Herausgeber).

§ 12c Leistung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

(1) Die BKK Melitta HMR übernimmt zusätzlich zu den Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Abs. 1 SGB V für folgende weitere Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten die Kosten in Höhe von 100 v. H. bis zu einem Gesamtbetrag von 250 Euro für alle Impfungen inklusive des Verabreichungshonorars je Kalenderjahr und Versicherten abzüglich der gesetzlichen Eigenanteile, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber):

- Influenza für Versicherte ohne Altersgrenze, soweit kein gesetzlicher Anspruch besteht
- Hepatitis A und B
- FSME
- Meningokokken
- Gelbfieber
- Typhus
- Humane Papillomviren (HPV) für Versicherte ab 18 Jahren
- Tollwut

- Cholera
- Japanische Enzephalitis
- Kosten für Tabletten zur Vorbeugung (Prophylaxe) von Malaria

(2) Die Betriebskrankenkasse übernimmt abweichend von Abs. (1) die Kosten auch für Schutzimpfungen in Höhe von 100 v. H. bis zu einem Gesamtbetrag von 250 Euro für alle Impfungen inklusive des ärztlichen Honorars je Kalenderjahr und Versicherten abzüglich der gesetzlichen Eigenanteile, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Dies gilt auch für Schutzimpfungen, die bei einem erhöhten Gesundheitsrisiko aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind.

§ 12d Leistungsausschluss

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

(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 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die BKK Melitta HMR kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes des Versicherten den Medizinischen Dienst einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die BKK Melitta HMR als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13 Euro. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 21 Euro.

§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die BKK Melitta HMR bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine

hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

(3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
- die Freiwilligkeit der Teilnahme,
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme,
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung, und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13b Wahltarif besondere Versorgung

(1) Die BKK Melitta HMR bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

(3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
- die Freiwilligkeit der Teilnahme,
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme,
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

(1) Die BKK Melitta HMR bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für soziale Sicherung zugelassenen Fassung.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

a) Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 SGB V

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Geldbonus wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, eine der folgenden Maßnahmen innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres nachweisen:

1. Inanspruchnahme von Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennungen von Krankheiten oder Teilnahme an einem organisierten Früherkennungsprogramm nach §§ 25, 25a SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Nr. 3 SGB V.

2. Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung nach § 26 SGB V (Kinder- und Jugendvorsorge U4 - J1).

3. Durchführung empfohlener Schutzimpfungen nach § 20i SGB V. Voraussetzung ist, dass die Immunisierung abgeschlossen ist. Kombinationsimpfungen gelten dabei als eine bonifizierbare Maßnahme.

4. Durchführung einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung nach §§ 21, 22 Abs. 1, 22a SGB V in Verbindung mit § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

5. Durchführung einer professionellen Zahnreinigung.

Die Maßnahmen der Punkte 1 bis 5 werden mit 10 Euro je Maßnahme honoriert. Ein Nachweis mehrfacher Leistungen im Kalenderjahr ist zulässig.

b) Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben darüber hinaus Anspruch auf einen Geldbonus wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, eine der folgenden Maßnahmen innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres nachweisen:

1. Inanspruchnahme regelmäßiger Bewegungsangebote:

   - als Mitglied in einem qualifizierten Sportverein.
     Maßnahmen des Schulsportes können im Bonusprogramm nicht berücksichtigt werden.
   - als Mitglied in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder vergleichbaren Anbietern, deren Mitarbeiter aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation (Physiotherapeut/in, Diplom-Sportlehrer/in) zur Durchführung der Bewegungsmaßnahmen berechtigt sind. Maßnahmen des Rehabilitationssports sind von einer Bonifizierung ausgeschlossen.

2. Regelmäßige Bewegungsangebote im Rahmen des Betriebssportes außerhalb der Arbeitszeit oder des Hochschulsportes.

3. Teilnahme an einer öffentlichen Sportveranstaltung im Ausdauerbereich (Laufstrecken ab 2.000 Meter) oder an Sportveranstaltungen unter qualifizierter Leitung. Ein Nachweis an der Veranstaltung und den damit verbundenen Trainingseinheiten erfolgt durch eine Bestätigung eines zertifizierten Übungsleiters eines Sport- und Wandervereins.

4. Inanspruchnahme einer zertifizierten Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V.

   Die Maßnahmen der Punkte 1 bis 4 werden mit jeweils 10 Euro honoriert und können je Kalenderjahr nur einmal nachgewiesen werden.

c) Teilnahmebedingungen

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im Bonuspass der BKK Melitta HMR quittiert nachgewiesen. Sofern diese Möglichkeit nicht besteht, können Versicherte den Nachweis auch anhand geeigneter Dokumente erbringen, wenn daraus die Erfüllung der jeweiligen Maßnahme ersichtlich ist. Dazu zählen:

- Rechnungen oder Kontoauszüge
- Impfpass
- Mutterschaftspass des Gemeinsamen Bundesausschuss
- Kinderuntersuchungsheft des Gemeinsamen Bundesausschuss
- Bonusheft zum Nachweis von Zahngesundheitsuntersuchungen
- Nachweise innerhalb der elektronischen Patientenakte (ePA)
- Teilnahmebescheinigungen

Versicherte haben die Möglichkeit, die Maßnahmen gesammelt über die Online-Geschäftsstelle (Web oder App) einzureichen und einmalig eine Auszahlung zu beantragen. Hierzu sollen entsprechende Ablichtungen in elektronischer Form, wie das Abfotografieren der Belege und Datei-Upload, beigezogen werden.

Der Geldbonus wird dem Versicherten ausgezahlt, wenn bis zum 31.05. des Jahres für das zurückliegende Jahr die Voraussetzungen durch Vorlage des Bonuspasses nachgewiesen wurden. Als Bonuszeitraum gilt jeweils ein Kalenderjahr. Die Erfüllung der Maßnahmen kann zwischen dem 01.01. und dem 31.12. des jeweiligen Jahres nachgewiesen werden.

Anspruch auf Auszahlung des Bonus für darüber hinaus zurückliegende Jahre besteht nicht.

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der BKK Melitta HMR.

d) Baby-Bonus

Für Kinder, die nach dem 01.01.2022 geboren werden, haben weibliche Versicherte Anspruch auf einen Baby-Bonus, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Die Versicherte nimmt während der Schwangerschaft sämtliche im Mutterpass vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen entsprechend der Mutterschaftsrichtlinie G-BA wahr.

2. Für das Kind werden die Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U3 durchgeführt.

Die Maßnahme des Punkt 1 wird mit 50 Euro gewährt, die Maßnahme des Punkt 2 wird mit 50 Euro je Kind gewährt.

Der Bonus wird auf Antrag der Versicherten nach Vorlage der entsprechenden Nachweise ausgezahlt.

§ 14a Arbeitgeberbonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind.

(2) Die BKK Melitta HMR schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an min. einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Abs. 2 i. V. m. § 20 Abs. 5 SGB V in den Handlungsfeldern teilnehmen, die im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V) in der jeweils geltenden Fassung vorgesehen sind. Der Anspruch auf den Bonus besteht, wenn das Angebot im Rahmen eines Vertrages nach § 14a Abs. (2) dieser Satzung erfolgt und jeweils min. 80 v. H. der einzelnen Maßnahme durch den Teilnehmer absolviert wurden.

(2) Der Bonus kann direkt nach erfolgreicher Teilnahme an der Maßnahme durch den Versicherten beantragt werden. Die Auszahlung in Höhe von 50 Euro erfolgt bis zum 31.03. des Folgejahres. Die erfolgreiche Teilnahme ist durch die Vorlage einer Bescheinigung nachzuweisen. Der Anspruch verfällt nach Ende des mit dem Arbeitgeber geschlossenen Vertrages nach § 14a Abs. (2), spätestens zum 31.12. des laufenden Kalenderjahres. Über diesen Zeitpunkt werden die bei der BKK Melitta HMR versicherten Beschäftigten nach erfolgreichem Abschluss der jeweiligen Maßnahme durch die BKK Melitta HMR gesondert informiert. Die Betriebskrankenkasse kann eine Abänderung des Bonusmodells nur für die Zukunft vornehmen.

§ 15 Wahltarife Krankengeld

(1) Die BKK Melitta HMR bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt).

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

(3) Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie

a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt min. vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder

b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen min. 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

(4) Die Teilnahme zum Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK Melitta HMR erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats,

der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

(5) Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue dreijährige 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.

(6) Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung oder elektronisch spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse.

(7) 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 Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche oder elektronische Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang 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 Prämienerhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

(8) Die Mitglieder müssen die BKK Melitta HMR 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 Melitta HMR aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Betriebskrankenkasse haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.

(9) Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK Melitta HMR nachzuweisen und die Betriebskrankenkasse über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.

(10) Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

(11) Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt für den Personenkreis der Selbstständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB

V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

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

für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V:

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

(12) 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 Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 32 und 33 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

(13) Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.

(14) Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.

(15) Die BKK Melitta HMR darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

(16) Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK Melitta HMR bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen– oder innerstaatlichen Rechts.

(17) 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 i. V. m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.

(18) Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten 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 Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:

a) bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
b) bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

(19) Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

(20) Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind 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 Melitta HMR nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den zuständigen Medizinischen Dienst (MD) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

(21) Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet

a) mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif,
b) wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Rente wegen voller Erwerbsminderung bezogen werden,
c) die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
d) 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,
e) solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre,

f) wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
g) wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden,
h) mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
i) mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK Melitta HMR.

(22) Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

(23) 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. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 15 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Satz 1 keine Anwendung.

(24) Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

(25) Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne der Absatz 20 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

(26) Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK Melitta HMR 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 Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

(27) Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder in diesem Tarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils

nach der gesetzlichen Blockfrist.

(28) Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

a) 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 Euro - Schritten bis zu 50 Euro kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 Satz 1 SGB V 70 v. H. des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der BKK Melitta HMR eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/ Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen,

b) die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 Euro - Schritten bis zu 90 Euro kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70 v. H. des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK Melitta HMR eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

(29) Die BKK Melitta HMR kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 32 und 33.

(30) Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.

(31) Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK Melitta HMR sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die Betriebskrankenkasse auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Betriebskrankenkasse im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. 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 Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw.

Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

(32) Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche oder elektronische Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich der Absatz 33 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK Melitta HMR nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

(33) Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 28 genannten Grenzen unterschreiten solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK Melitta HMR über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne der Absatz 18 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die BKK Melitta HMR vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK Melitta HMR führt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die BKK Melitta HMR gehört dem BKK-Landesverband NORDWEST als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK Melitta HMR erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkk-melitta-hmr.de.

Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die BKK Melitta HMR veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem liegen diese Angaben zur Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK Melitta HMR aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II
Inkrafttreten

1. Die Satzung wurde von der Betriebskrankenkasse Melitta HMR am 22. September 2023 und 12. Dezember 2023 und der Betriebskrankenkasse BPW Bergische Achsen KG am 25. September 2023 und 08. Dezember 2023 beschlossen.

2. Die Satzung tritt mit dem Wirksamwerden der Vereinigung in Kraft.

Minden, den 12.12.2023

BKK Melitta HMR 1

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
der BKK Melitta HMR

Wiehl, den 08.12.2023

Betriebskrankenkasse der BPW Bergische Achsen Kommanditgesellschaft 51655 Wiehl

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
der BKK BPW Bergische Achsen KG

Genehmigungsbescheid

Die von den Verwaltungsräten am 22. und 25. September sowie 8. und 12. Dezember 2023 beschlossene Satzung der BKK Melitta HMR wird mit Ausnahme von Artikel I § 1 (Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse), Absatz (2)

- h) 10X Innovation GmbH& Co.KG in Berlin,
- Neu Kaliß Spezialpapier GmbH in Neu Kaliß, sowie
- Absatz (3) der Worte Berlin und Mecklenburg-Vorpommern

gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V und § 41 Absatz 4 des Sozialgesetzbuches IV jeweils in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 15. Dezember 2023
213 - 10204#00016#0014

Bundesamt für Soziale Sicherung
Im Auftrag

Antje Domscheit

Anlage 1 zu § 2 der Satzung der BKK Melitta HMR vom 01.01.2024

Bemessung und Entschädigung für die Mitglieder der Selbstverwaltung

---

Entschädigung der Organmitglieder in der Selbstverwaltung (§ 41 SGB IV)

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane haben auf Grundlage des § 41 SGB IV in Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit neben dem Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoarbeitsverdienstes sowie der Erstattung ihrer baren Auslagen Anspruch auf folgende Entschädigungen:

§1
Tagegeld

(1) Tagegeld wird nach den jeweils gültigen Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes gewährt.
(2) Wird von Amts wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 v. H. für das Mittag- und das Abendessen um je 40 v. H. des vollen Tagesgeldes gekürzt.
(3) Abweichend von der Regelung des Abs. 2 können bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten des Sozialversicherungsträgers generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 v. H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Abs. 4a des EStG nicht übersteigen.

§ 2
Übernachtungsgeld

(1) Übernachtungsgeld wird in der jeweils für den Vorstand geltenden Höhe gezahlt.
(2) Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.
(3) In den in § 7 Abs. 2 BRKG genannten Fällen wird kein Übernachtungsgeld gezahlt.

§ 3

Fahrtkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrtkosten erstattet.

1. Kilometergeld
   Die Nutzungskosten eines Kraftfahrzeuges werden durch eine Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG abgegolten.

2. Bahnkarten
   a) Fahrscheine bis zur Höhe der Kosten der 1. Klasse
   b) Aufpreise und Zuschläge für Züge
   c) Reservierungsentgelte
   d) Bettkarten oder Liegeplatzzuschläge

3. Kosten für Fahrten vom und zum Bahnhof sowie sonstige Kosten
   a) Öffentlicher Nahverkehr
   b) Taxi
   c) Parkplatz und Garagenkosten
   d) Sonstige Kosten die im Zusammenhang mit der Reise entstehen

§ 4

Pauschbetrag für Zeitaufwand

(1) Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane

a) Für die Sitzung der Selbstverwaltungsorgane, des Satzungs-, und Finanz- und Widerspruchsausschüsse sowie für Tätigkeiten im Zusammenhang mit dem Amt des Verwaltungsrates wird den Mitgliedern für jeden Kalendertag ein Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 70 Euro gezahlt. Für die Sitzungsleitung der Sitzungen des Verwaltungsrates und der Ausschüsse beträgt die Pauschale 140 Euro. Virtuelle oder hybride Beratungen, sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten.

b) Den Organmitgliedern kann ein Pauschalbetrag für Zeitaufwand für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen ausnahmsweise dann gewährt werden, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags vorliegt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Interessen. In Betracht kommt für diese Fälle die Gewährung eines Pauschalbetrages für Sitzungen oder eines Bruchteils hiervon.

(2) Entschädigungsregelung für die Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Für die Vorsitzenden des Verwaltungsrats der Betriebskranken-/Pflegekasse gelten über die allgemeinen Entschädigungsregelungen hinaus die folgenden Bestimmungen:

Der Vorsitzende sowie der alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung der Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand. Die Höhe des monatlichen Pauschalbetrages beträgt 140 Euro.

§ 5

Pauschalbeträge für Auslagen außerhalb von Sitzungen

(1) Der Vorsitzende sowie der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats erhalten zur Abgeltung besondere Kosten aus ihrer Amtsführung (Telefon, Porto sowie sonstige Kosten) einen monatlichen Pauschbetrag. Die Höhe des monatlichen Pauschalbetrages beträgt 25 Euro.

(2) Anderen Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane werden die notwendigen und angemessenen Auslagen in Höhe der tatsächlichen Kosten erstattet.

(3) Die Pauschbeträge für Auslagen dürfen nicht mit den Pauschbeträgen für Zeitaufwand vermischt werden.

Anlage 2 zu § 9a der Satzung der BKK Melitta HMR vom 01.01.2024

Ausgleichsverfahren

---

§ 1
Anwendbare Vorschriften

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der BKK Melitta HMR Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2
Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

(1) Die BKK Melitta HMR erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 65 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.

(2) Die BKK Melitta HMR erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag

1. 100 v. H. des nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 AAG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld sowie
2. 100 v. H. des nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 AAG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgeltes.

(3) Hinsichtlich der Erstattung nach Abs. 2 Nr. 2 werden dem Arbeitgeber die von diesen zu tragenden Beiträgen nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG pauschaliert in Höhe von 20 v. H. des fortgezahlten Arbeitsentgelts erstattet.

§ 3
Aufbringung der Mittel

(1) Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.

(2) Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, für das Umlageverfahren U1 jedoch höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

(3) Die BKK Melitta HMR verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG).

§ 4
Umlagesätze

(1) Der Umlagesatz U1 beträgt 2,70 v. H. für den allgemeinen Erstattungssatz.

(2) Der Umlagesatz U2 beträgt 0,36 v. H..

§ 5
Widerspruchsausschuss

§ 4 der Satzung der BKK Melitta HMR gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder der Arbeitgebervertreter mitwirken.

§ 6
Organe, Zusammensetzung

(1) Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der BKK Melitta HMR obliegt dem Vorstand, der diese gerichtlich und außergerichtlich vertritt.

(2) In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

(3) Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.

(4) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 7
Haushaltsplan

Für die Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes gilt § 70 Abs. 1 SGB IV entsprechend (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 AAG).

§ 8
Jahresrechnung

Für die Ausstellung, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses (Jahresrechnung) gilt § 77 Abs. 1 SGB IV i. V. m. § 9 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 4 AAG entsprechend. Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließen die Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.

§ 9
Prüfung der Geschäfts-, Betriebs- und Rechnungsführung

Die §§ 2 und 3 der Satzung gelten entsprechend.

Anlage 3 zu § 12a der Satzung der BKK Melitta HMR vom 01.01.2024

Übergangsregelung

Mitglieder, die bis zum 31. Dezember 2023 eine Wahlentscheidung für den Wahltarif nach § 12a (Wahltarif Selbstbehalt) Absatz 5 der Satzung der Betriebskrankenkasse Melitta HMR wirksam vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2023 getroffen haben, gilt dieser Wahltarif bis zum Ende der jeweiligen Mindestbindungsfrist, maximal bis zum 31. Dezember 2026.