



Satzung

BKK Melitta Plus, Körperschaft des öffentlichen Rechts

Übersicht zur Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse.....	2
§ 2 Verwaltungsrat.....	3
§ 3 Vorstand	4
§ 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	8
§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz.....	8
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	8
§ 11 Höhe der Rücklage	9
§ 12 Leistungen	9
§ 12a Wahltarif Selbstbehalt	21
§ 12b Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.....	23
§ 12c Schutzimpfungen	24
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen.....	25
§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	25
§ 13b Wahltarif besondere Versorgung.....	26
§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme.....	26
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten.....	27
§ 14a Arbeitgeberbonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	30
§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	31
§ 15 Wahltarife Krankengeld.....	31
§ 16 Kooperation mit der PKV.....	38
§ 17 Aufsicht.....	38
§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband	38
§ 19 Bekanntmachungen	38
§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse.....	39
Anlage zu § 2 der Satzung der BKK Melitta Plus	41
Anlage zu § 9a der Satzung der BKK Melitta Plus	42
Anlage zu § 14 Absatz (1) der Satzung (Punktetabelle)	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 Plus.

Sie ist errichtet worden am 01.01.2009 und entstanden aus der:

BKK Melitta Plus, gegründet am 01.01.1953,
Die maritime BKK, gegründet am 01.04.1907,
BKK des Hüttenwerks, gegründet am 01.05.1909,
BKK Ostwestfalen-Lippe / Drabert-Direkt, gegründet am 01.01.1955.

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 Zentralgesellschaft mbH & Co. KG 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) Friesland Porzellanfabrik GmbH & Co. KG in Varel (Oldbg.),
- h) Norddeutsche Seekabelwerke GmbH in Nordenham,
- i) Weser-Metall GmbH in Nordenham,
- j) Nordenhamer Zinkhütte GmbH in Nordenham,
- k) Cristallux-Werk Waldachtal GmbH in Waldachtal,
- l) Melitta Europa GmbH & Co. KG in Bremen,
- m) Neukölln Spezialpapier NK GmbH & Co. KG in Berlin.

(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:

Nordrhein-Westfalen,
Niedersachsen,
Baden-Württemberg,
Bremen,
Berlin.

§ 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 des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.
- (2) Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 8 Versichertenvertreter und 8 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- (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 die Mitglieder des Vorstandes für längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist
 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 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 Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (9) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über die Jahresrechnung oder den Haushaltsplan ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

- (1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse 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 Vorstandsvorsitzende ist berechtigt, die Betriebskrankenkasse alleine zu vertreten; im Übrigen gilt die Gesamtvertretung.

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.

§ 4 Widerspruchsausschuss

(1) Für den Erlass von Widerspruchsbescheiden werden zwei besondere Ausschüsse nach den Vorschriften des SGB gebildet. Sitze der Widerspruchsausschüsse sind Minden und Nordenham.

1. Jeder Widerspruchsausschuss besteht aus einem Vertreter der Versicherten und einem Vertreter der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse. Jedes Mitglied hat zwei Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
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. Jeder Widerspruchsausschuss wählt jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses aus seiner Mitte einen Vorsitzenden. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse 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 Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

- (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 gemäß § 5 Absatz 1 SGB V:
 1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- (2) Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (3) Die in Absatz (1) und (2) genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
 1. sie zu dem in § 1 Absatz (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 Absatz 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 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/ einem Betriebskrankenkasse/ Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.
- (4) Familienversicherte
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

- (1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- (2) Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz (1) Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse 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 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- (3) Abweichend von Absatz (1) Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz (1) Satz 4 gilt nicht.
- (4) Wenn ein Wahltarif nach §§ 12a oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 12a Absatz (7) oder 15 Absatz (3) Nr. 4, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz (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 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 0,9 % 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 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 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 70 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

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

(2) Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt über die in § 38 Absatz 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten 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 und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht fortführen kann. Die

Haushaltshilfe wird längstens für den Zeitraum von 10 Wochen gewährt.

2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den 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 Absatz 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 Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme schriftlich in Kenntnis zu setzen. In besonderen Ausnahmefällen können nach vorheriger, schriftlicher Genehmigung durch die BKK Melitta Plus auch Leistungen bei Leistungserbringern in Anspruch genommen werden, mit denen keine Vertragsbeziehungen bestehen, wenn medizinische Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistung zwingend rechtfertigen.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 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 10 v. H., mindestens 3 Euro und maximal 50 Euro, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den

Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

(5) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Abs. 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
 - a) als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
 - b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V ist um einen Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Absatz 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

2. § 12 Absatz (4) Nr. 4, 5 und 6 gelten. Zur Prüfung und Erstattung ist ein Nachweis der Verordnung einzureichen.

(6) Zusätzliche Leistungen

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Absatz 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 Betriebskrankenkasse erstattet ihren Versicherten 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 Betriebskrankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Nummer 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.

c) Zur Prüfung und Erstattung sind der Betriebskrankenkasse 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 Absatz 1 Sätze 7-9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.

e) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 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, berechnigte(n) Vertragsärztin / Vertragsarzt oder zugelassene(n) Physiotherapeutin / Physiotherapeuten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechnigte(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 berechnigt wäre.

b) Die Kostenübernahme ist beschränkt auf maximal drei Sitzungen pro Versicherten und Kalenderjahr. Die Erstattung der Kosten erfolgt in Höhe von 80 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 50 Euro je Sitzung. Für die Erstattung sind die Rechnungen und die ärztliche Verordnung im Original vorzulegen.

3. Nicht zugelassene Leistungserbringer – stationäre Behandlung

a) Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragsätze abzüglich der Zuzahlung nach § 39 Absatz 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 Betriebskrankenkasse wurde vor Behandlungsbeginn ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers vorgelegt,
- die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse sowie die voraussichtliche Höhe des zu leistenden Eigenanteils.

4. Zahnärztliche Behandlung

Die Betriebskrankenkasse 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) eine professionelle Zahnreinigung.

Die Kostenerstattung erfolgt in Höhe des Rechnungsbetrages, jedoch maximal bis zu einem Betrag von 60 Euro pro Versichertem einmal pro Kalenderjahr.

Versicherte, die diese Leistung bereits im Rahmen eines Wahltarifs nach § 13 b 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 GOÄ, jedoch maximal 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 BEMA-Ziffer, jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Versicherten insgesamt pro Kalenderjahr.

5. Geburtsvorbereitung

Die Betriebskrankenkasse erstattet die Teilnahmekosten des Partners bei Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs, der von einer zugelassenen oder einer nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Hebamme durchgeführt wird.

Die Teilnahmekosten werden auch dem bei der Betriebskrankenkasse versicherten werdenden Vater maximal in Höhe von 70 Euro pro Schwangerschaft erstattet. Voraussetzung ist, dass auch die Mutter bei der Betriebskrankenkasse versichert ist.

6. Medizinische Vorsorge

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus, erstattet die Betriebskrankenkasse 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 die Originalrechnungen vorzulegen.

a) Jährliche Hautkrebsvorsorge (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 maximal 55 Euro

c) Mammographie zur Brustkrebsvorsorgeuntersuchung für Versicherte vor Vollendung des 50. Lebensjahres bei vorliegenden Risikofaktoren (z.B. positive Familienanamnese) bis maximal 55 Euro

d) Gesundheitsuntersuchung („Check-Up“) vor Vollendung des 35. Lebensjahres bei Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Bewegungsmangel) bis maximal 35 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 % des Rechnungsbetrages, jedoch maximal 250 Euro je Schwangerschaft. Erstattungsfähig sind nur Leistungen von Hebammen nach dem Hebammengesetz in Verbindung mit der Hebammenvergütungsvereinbarung (§ 134 a SGB V) oder von Hebammen, die die Voraussetzungen des § 13 Absatz 4 SGB V erfüllen. Zur Erstattung ist die Originalrechnung 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:

- Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bei festgestellten Auffälligkeiten,
- 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,
- Ersttrimester Untersuchung für Risikoschwangere.

c) Die Betriebskrankenkasse erstattet für schwangere versicherte alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Folsäure und/oder Magnesium als Monopräparate oder Kombinationspräparate und für Mütter vor der Geburt bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres ihres Kindes alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Jodid als Monopräparat, 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 Betriebskrankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherter. 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 Absatz 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 Absatz 1 Sätze 2 – 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

Voraussetzung für die Zuschussung ist, dass die Leistungen von einem Leistungserbringer durchgeführt werden, der an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnimmt oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist. Der Zuschuss ist insgesamt auf 150 Euro je Schwangerschaft begrenzt. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen vorzulegen.

8. Künstliche Befruchtung

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren versicherten Ehepaaren, 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, maximal 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 berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.

Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro sportmedizinischer Vorsorgeuntersuchung und nicht mehr als 120 Euro pro Behandlung, wenn diese die genannten zusätzlichen Leistungen beinhaltet. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen 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. Flash-Glukose-Messsystem (FGM)

1. Auf Antrag des Versicherten übernimmt die BKK Melitta Plus die Kosten der Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash Glukose Messsystem mit dem Ziel einer besseren Kontrolle und Steuerung des Glukoseverlaufes zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder Hyperglykämie (Überzuckerung).
2. Voraussetzungen sind, dass
 - a) eine intensivierete konventionelle Insulintherapie bei Diabetes mellitus erfolgt,
 - b) die zwischen Ärztin/Arzt und Patient/in festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation nicht erreicht werden können und
 - c) die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen durch eine Verordnung bestätigt wird:
 - aa. Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - bb. Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ beziehungsweise mit vergleichbarer Qualifikation oder
 - cc. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie.“

3. Vor Behandlungsbeginn ist mit dem behandelnden Vertragsarzt oder berechtigten Arzt ein individuelles Therapieziel bezogen auf den Einsatz von FGM festzulegen und der weitere Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind von dem jeweiligen Arzt vor der Anwendung sicherzustellen. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Gerätes verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein.
4. Die BKK Melitta Plus hat der Versorgung vor Beginn zugestimmt. Übernommen werden die Kosten für das Auslesegerät, bezogen auf einen Versorgungszeitraum von jeweils einem Jahr, einmalig und die Kosten für bis zu acht Sensoren je Quartal abzüglich einer Eigenbeteiligung zu dem Lesegerät sowie zu der jeweiligen Quartalsversorgung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Absatz 8 SGB V i.V.m. § 61 SGB V.

(7) Ärztliche Zweitmeinung Onkologie

1. Die Krankenkasse gewährt ihren Versicherten auf Antrag und auf der Grundlage von § 27b Abs. 6 SGB V bei onkologischen Indikationen zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten und/oder stationären Eingriffen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.
2. Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch Ärzte, mit denen die Krankenkasse eine Vereinbarung nach Absatz 5 getroffen hat, prüfen lassen, ob der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von diesem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.
3. Der Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung besteht bei Vorliegen einer der nachfolgend aufgeführten gesicherten Diagnosen: ICD Code C00-C97- Bösartige Neubildungen in den Bereichen Lippe, Mundhöhle, Pharynx, Verdauungsorgane, Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, Knochen und Gelenkknorpel, Haut, Mesotheliales Gewebe, Weichteilgewebe, Brustdrüse (Mamma), weibliche Genitalorgane, männliche Genitalorgane, Harnorgane, Auge, Gehirn, sonstige Teile des Zentralnervensystems, Schilddrüse, sonstige endokrine Drüsen, sowie bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisation, des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, Primärtumoren an mehreren Lokalisationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

4. Alle Versicherten der Krankenkasse können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Krankenkasse krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.
5. Die Krankenkasse trifft zur Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen mit nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Erbringer der Zweitmeinung über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind
 - a) eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
 - b) Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.Die Krankenkasse führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der Krankenkasse veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die Krankenkasse den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
6. Im Rahmen der vorgenannten Vereinbarungen verpflichtet die Krankenkasse ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.
7. Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Krankenkasse in voller Höhe. Rechnet der Leistungserbringer die Kosten nicht unmittelbar mit der Krankenkasse ab, ist die Originalrechnung vorzulegen.
8. Die vorstehenden Regelungen gelten bis zur Bekanntmachung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den § 27b Abs. 2 SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V.

(8) Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

1. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
2. Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der BKK für die Versicherten tätig wird.
3. Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK.
4. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 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 Betriebskrankenkasse 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 Absatz 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 Absatz (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 Betriebskrankenkasse 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) Bei Auszubildenden nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V beträgt der jährliche Selbstbehalt 160 Euro und die jährliche Prämie maximal 150 Euro, höchstens jedoch 20 % der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge zur Krankenversicherung. Auszubildende können dem Wahltarif bis zum 31.12.2018 beitreten. Sie erhalten die Prämie entsprechend anteilig ausgezahlt. Absätze (2), (3), (6) und (7) gelten entsprechend. Der Wahltarif endet mit dem Tage des Wegfalls der Zugehörigkeit zum Personenkreis sowie mit dem Ende der Ausbildung.
- (6) 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 Absatz (1) und Absatz (5) und die Prämienzahlung nach Absatz (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 Absatz (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 Absatz 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.
- (7) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz (1) erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. 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 Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 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 Betriebskrankenkasse 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-regeneratives 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 Betriebskrankenkasse ist auf maximal 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 % 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 Handlungsleitfadens genügt, bei Vorlage einer Rechnung der Fremdanbieter einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v.H. der Kurseinheiten, maximal 160 Euro bzw. für Kinder 110 Euro je Maßnahme und Kalenderjahr gewährt. Dabei erfolgt eine Anrechnung auf die maximale Kursanzahl je Kalenderjahr.

§ 12c Schutzimpfungen

- (1) Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V für folgende weitere Schutzimpfungen die Kosten in Höhe von 100 v. H. bis zu einem Gesamtbetrag von 150 Euro für alle Impfungen inklusive des ärztlichen Honorars 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 im Alter von 18 bis 26 Jahren
 - Tollwut
 - Cholera
 - Japanische Enzephalitis.
- (2) Die Betriebskrankenkasse übernimmt abweichend von Absatz (1) die Kosten auch für Schutzimpfungen in Höhe von 100 v. H. bis zu einem Gesamtbetrag von 150 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 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- (2) Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes des Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, 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 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 Krankenkasse 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 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 Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1,

2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2,
 3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs,
 4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit,
 5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma,
 6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- (1) Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, Maßnahmen aus den Punkten 1 bis 13 innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.
1. Der Versicherte nimmt regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Abs. 1 bzw. Abs. 2 SGB V in Anspruch.
 2. Versicherte Kinder und Jugendliche nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Untersuchungen (U4 – J1) soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind.
 3. Der Versicherte, der das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hat, nimmt jährlich an zwei, Versicherte ab dem achtzehnten Lebensjahr nehmen jährlich an einer prophylaktischen Untersuchung beim Zahnarzt teil (§§ 22 SGB V, 55 SGB V).
 4. Der Versicherte nimmt die von der BKK nach § 20i SGB V gewährten Schutzimpfungen entsprechend ärztlicher Empfehlungen in Anspruch.
 5. Der Versicherte nimmt regelmäßig Bewegungsangebote als aktives Mitglied in einem Sportverein oder einer Hochschulsportgemeinschaft in Anspruch.
 6. Der Versicherte nutzt als aktives Mitglied Bewegungsangebote in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio.
 7. Der Versicherte treibt regelmäßig qualitätsgesichert Ausdauersport und nimmt nach entsprechender Vorbereitung aktiv an öffentlichen Sportveranstaltungen in Ausdauersportarten teil, bei denen die Qualitätskontrolle durch einen Übungsleiter gesichert ist.
 8. Der Versicherte erwirbt ein vom Deutschen Sportbund anerkanntes Sportabzeichen.
 9. Der Versicherte nimmt eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V in Anspruch.
 10. Mitversicherte Kinder erwerben das „Seepferdchen-Schwimmabzeichen“, eines der Jugendschwimmabzeichen des DLRG, das Schwimmabzeichen „Seeräuber“ oder das Vielseitigkeitsabzeichen „Seehund Trixi“ des DSV.
 11. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt im Normbereich.
 12. Der Versicherte nimmt an einer speziell als BKK Melitta BonusPlus – Angebot gekennzeichneten Maßnahme teil. Dies sind ausschließlich gesundheitsförderliche Maßnahmen, die im Rahmen von Gesundheitstagen,

Gesundheits- und Auszubildenden – Messen sowie sonstigen gesundheitsbezogenen Veranstaltungen der BKK durchgeführt werden. Die BKK stellt sicher, dass die genannten Maßnahmen jeweils die Voraussetzungen des § 65a Abs. 1 SGB V und des Präventionsleitfadens des GKV- Spitzenverbandes erfüllen.

13. Nichtraucherstatus – nachgewiesene Teilnahme an einem Raucherentwöhnungskurs oder ärztliche Bestätigung, dass seit mindestens 6 Monaten nicht geraucht wurde.
- (2) Die Punkte 5 bis 13 werden für jeden Versicherten einmal im Kalenderjahr anerkannt.
- (3) Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt, Zahnarzt bzw. dem Anbieter der Leistungen bestätigt. Versicherte, die an der papiergebundenen Version des BKK Bonusprogramms teilnehmen, lassen sich die Maßnahmen im BKK-Bonusheft nachweisen. Versicherte, die an der digitalen Version des BKK Bonusprogramms teilnehmen, weisen die Maßnahmen im Web- bzw. App-BKK-Bonusheft nach. Hierzu sollen entsprechende Ablichtungen in elektronischer Form, wie das Abfotografieren der Belege und Datei-Upload, beigezogen werden.
- (4) Der Bonus wird dem Versicherten ab 300 Punkte als einmalige Geldprämie gezahlt, wenn eine ungekündigte Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V zum Zeitpunkt der Antragstellung besteht und die Leistung spätestens bis zum 31.03. des folgenden Kalenderjahres beantragt wird. Als Antragstellung gilt der Tag, an dem das ausgefüllte Bonusheft bei der BKK, postalisch oder elektronisch, eingereicht wird. Die in Artikel II aufgeführte Anlage zu § 14 Absatz (1) (Punktetabelle) ist Bestandteil der Satzung.
- (5) Wahlweise kann der Bonus auch als Zuschuss für die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen gewährt werden (Gesundheitskonto). Der im Bonusprogramm erreichte Bonus wird in diesem Fall um 50 % erhöht und als Guthaben auf dem versichertenbezogenen Gesundheitskonto gutgeschrieben.
- (6) Das Bonusprogramm der BKK Melitta Plus läuft kalenderjährlich vom 01.01. bis 31.12. des Jahres. Die Teilnahme ist für die Mitglieder auch unterjährig möglich. Eine Auszahlung des Bonus ist auch unterjährig, jedoch nur einmalig abschließend für das jeweilige Kalenderjahr, möglich.
- (7) Die BKK Melitta Plus führt folgenden Katalog zu § 14 Absatz (1) (Zuschussmöglichkeiten), in dem die jeweiligen Leistungen und Produkte aufgezählt werden, für die eine Kostenbeteiligung im Rahmen des Guthabens aus dem Gesundheitskonto gewährt wird.

Versicherte erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der nachfolgend aufgeführten Leistungen. Dies gilt nur, sofern die BKK Melitta Plus nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist.

Zuschussfähige Maßnahmen
Untersuchung zur Früherkennung des Glaukoms
Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) und ggfs. transrektaler Ultraschall
Knochendichtemessung
Hirnleistungs-Check zur Früherkennung von Demenz
Osteopathische Behandlung
Erhöhung der Zuschüsse zur Aktivwoche nach §12b
Kosten für Sehhilfe/ Kontaktlinsen
Behandlung mit Akupunktur
Baby-/ Kleinkindschwimmen
Eltern-Baby- und Eltern-Kind-Kurse (z.B. PEKIP®, Delfi®, EIBa®)
Private Zusatzversicherungsverträge (Krankenzusatzversicherung, Pflegezusatzversicherung, Unfallversicherung, Zahnzusatzversicherung)
Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus
Sport- und Fitnessausrüstung
Sportveranstaltung (Start-/ Teilnahmegebühren), soweit nicht durch Bonusprogramm bonifiziert
Sehtest
Kauf- und Nutzungsgebühren für Sport- und Gesundheits-Apps (keine Downloadkosten)
Erste-Hilfe-Kurse
Heilpraktiker- Behandlung
Blutuntersuchung für Vegetarier und Veganer (Großes Blutbild, Vitamin D, Vitamin B12)
Kostenübernahme für die Behandlung Mamma Care

- (8) Das Gesundheitskonto wird ausschließlich als Zuschuss zu den Kosten für durch den Teilnehmer in Anspruch genommene Leistungen nach dem Katalog zu §14 Absatz (1) (Zuschussmöglichkeiten) gezahlt. Dies gilt nicht für Leistungen, die vor Beginn der Teilnahme an diesem Bonusmodell erbracht wurden. Der Erstattungs-

anspruch entsteht erst nach Vorlage der Rechnungen im Original. Für die Auszahlung des Guthabens auf dem Gesundheitskonto sind Belege einzureichen, die dem Jahr zuzuordnen sind, für das die Punkte gesammelt wurden. Das Guthaben auf dem Gesundheitskonto kann für andere Zwecke als zur Bezuschussung der genannten Gesundheitsleistungen nicht verwendet werden.

Das Guthaben steht bis längstens bis zum 31.12. desjenigen Kalenderjahres zur Verfügung, in dem die Gutschrift auf dem Gesundheitskonto erfolgt ist. Es verfällt im Übrigen mit Ende des Versicherungsverhältnisses. Eine Kombination von Geldbonus und Gesundheitskonto ist nicht möglich.

(9) Für Kinder, die nach dem 01.10.2014 geboren und bei der Betriebskrankenkasse angemeldet werden, haben weibliche Versicherte Anspruch auf einen Baby-Bonus in Höhe von 150 Euro pro Geburt, bei einer Mehrlingsgeburt in Höhe von 200 Euro, 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.
3. Die Versicherte nimmt an einem Rückbildungsgymnastikkurs mit dem Ziel der Wiederherstellung der geburtsbedingten Schwächung und Funktionsstörung der Beckenorgane, der Becken-, Bauch und Rückenmuskulatur bei einer zugelassenen Hebamme oder einem vergleichbaren Anbieter erfolgreich teil. Der Rückbildungskurs muss in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ablauf des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen sein.

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 Betriebskrankenkasse 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 mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Absatz 2 i.V.m. § 20 Absatz 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 mindestens 80 Prozent 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. Voraussetzung ist ferner, dass die Mitgliedschaft bei der BKK Melitta Plus zum Zeitpunkt der Beantragung nicht gekündigt ist. 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 Plus versicherten Beschäftigten nach erfolgreichem Abschluss der jeweiligen Maßnahme durch die BKK Melitta Plus gesondert informiert. Die Betriebskrankenkasse kann eine Abänderung des Bonusmodells nur für die Zukunft vornehmen.

§ 15 Wahltarife Krankengeld

- (1) Die Betriebskrankenkasse bietet
- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
 - unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),
- einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 4 SGB V gewählt haben
- und
- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbstständigen Künstlern und Publizisten,
- einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

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

(3) Die Teilnahme bestimmt sich nach folgenden Vorgaben:

1. Die Betriebskrankenkasse 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). 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 mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 - b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
2. Die Teilnahme zum Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse 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.
3. 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.
4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse.
5. 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 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 Prämienhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

6. Die Mitglieder müssen die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Betriebskrankenkasse haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Betriebskrankenkasse nachzuweisen und die Betriebskrankenkasse über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.
9. 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€

10. 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 Nummern 30 und 31 ist die für

das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
13. Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.
14. 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 Betriebskrankenkasse bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
15. 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.
16. 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.
17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

18. 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 Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
19. 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, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird,
 - 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 Betriebskrankenkasse.
20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.
21. 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 Nummer 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Nummer 21 keine Anwendung.

22. 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.
23. 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 Nummer 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
24. 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 Betriebskrankenkasse 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.
25. 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.
26. 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 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der Betriebskrankenkasse 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 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse eine Erklärung über die Höhe seines

Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

27. Die Betriebskrankenkasse kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Nummern 30 und 31.
28. 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.
29. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse 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.
30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich der Nummer 31 – 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 Betriebskrankenkasse 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.

31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Nummer 26 genannten Grenzen unterschreiten solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne der Nummer 16 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 Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK Melitta Plus erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter <https://www.bkk-melitta.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 Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse 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

Der 1. und 2. Nachtrag zur Satzung der BKK Melitta Plus wurde am 06.12.2018 vom Verwaltungsrat beschlossen und tritt am 01.01.2019 in Kraft.

Der 3. Nachtrag zur Satzung der BKK Melitta Plus wurde am 06.12.2018 vom Verwaltungsrat beschlossen und tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Die Kosten der Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) übernimmt die Betriebskrankenkasse mit Wirkung ab 01.10.2018.

Die Anlagen zu § 2, § 9a sowie § 14 Absatz (1) (Punktetabelle) sind Bestandteil der Satzung.

Minden, den 06.12.2018

BKK Melitta Plus

gez. Hajo Janßen

Vorsitzender des Verwaltungsrates

**Anlage zu § 2 der Satzung der BKK Melitta Plus
vom 04.07.2018**

Bemessung und Entschädigung für die Mitglieder der Selbstverwaltung

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

Pauschbetrag für Zeitaufwand

Für die Sitzung der Selbstverwaltungsorgane wird den Mitgliedern für jeden Kalendertag ein Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 40 Euro gezahlt.

Der Pauschbetrag für Zeitaufwand hat keine Lohnersatzfunktion, sondern gibt im Wesentlichen nur einen gewissen Ausgleich für die Vorbereitung einer Sitzung in der Freizeit.

**Anlage zu § 9a der Satzung der BKK Melitta Plus
vom 04.07.2018**

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 Plus Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2

Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

(1) Die BKK Melitta Plus erstattet den nach § 1 Absatz 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 65 vom Hundert des für den in § 3 Absatz 1 und 2 und den in § 9 Absatz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen 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 Plus erstattet den nach § 1 Absatz 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag

1. 100 vom Hundert des nach § 1 Absatz 2 Nr. 1 AAG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld sowie

2. 100 vom Hundert des nach § 1 Absatz 2 Nr. 2 AAG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgeltes.

(3) Hinsichtlich der Erstattung nach Absatz (2) Nr. 2 werden dem Arbeitgeber die von diesen zu tragenden Beiträgen nach § 1 Absatz 2 Nr. 3 AAG pauschaliert in Höhe von 20 vom Hundert 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 Plus 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 Absatz 3 AAG).

§ 4 Umlagesätze

- (1) Der Umlagesatz U1 beträgt
- 2,4 vom Hundert für den allgemeinen Erstattungssatz.
- (2) Der Umlagesatz U2 beträgt 0,35 vom Hundert.

§ 5 Widerspruchsausschuss

§ 4 der Satzung der BKK Melitta Plus 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 Plus 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

Satzung BKK Melitta Plus

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 Absatz 1 SGB IV entsprechend (§ 9 Absatz 1 Nr. 3 AAG).

§ 8 Jahresrechnung

Für die Ausstellung, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses (Jahresrechnung) gilt § 77 Absatz 1 SGB IV i. V. m. § 9 Absatz 1 Nr. 4 und Absatz 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 zu § 14 Absatz (1) der Satzung (Punktetabelle)	Punkte
1. Der Versicherte nimmt regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Abs. 1 bzw. Abs. 2 SGB V in Anspruch.	150
2. Versicherte Kinder und Jugendliche nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Untersuchungen U4 – J1 für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.	100
3. Der Versicherte, der das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hat, nimmt jährlich an zwei, Versicherte ab dem achtzehnten Lebensjahr nehmen jährlich an einer prophylaktischen Untersuchung beim Zahnarzt teil (§§ 22 SGB V, 55 SGB V).	150
4. Der Versicherte nimmt die von der BKK nach § 20i SGB V gewährten Schutzimpfungen entsprechend ärztlicher Empfehlungen in Anspruch.	50
5. Der Versicherte nimmt regelmäßig Bewegungsangebote als aktives Mitglied in einem Sportverein oder einer Hochschulsportgemeinschaft in Anspruch.	100
6. Der Versicherte nutzt als aktives Mitglied Bewegungsangebote in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio.	100
7. Der Versicherte treibt regelmäßig qualitätsgesichert Ausdauersport und nimmt nach entsprechender Vorbereitung aktiv an öffentlichen Sportveranstaltungen in Ausdauersportarten teil, bei denen die Qualitätskontrolle durch einen Übungsleiter gesichert ist. Der Nachweis erfolgt durch Urkunde des Veranstalters bzw. Leistungsabzeichen eines deutschen Sportverbandes.	100
8. Der Versicherte erwirbt ein vom Deutschen Sportbund anerkanntes Sportabzeichen.	100
9. Der Versicherte nimmt eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V in Anspruch.	100
10. Mitversicherte Kinder erwerben das „Seepferdchen-Schwimmabzeichen“, eines der Jugendschwimmabzeichen des DLRG, das	100

Schwimmabzeichen „Seeräuber“ oder das Vielseitigkeitsabzeichen „Seehund Trixi“ des DSV.	
11. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt im Normbereich.	50
12. Der Versicherte nimmt an einer speziell als BKK Melitta BonusPlus – Angebot gekennzeichneten Maßnahme teil. Dies sind ausschließlich gesundheitsförderliche Maßnahmen, die im Rahmen von Gesundheitstagen, Gesundheits- und Auszubildenden – Messen sowie sonstigen gesundheitsbezogenen Veranstaltungen der BKK durchgeführt werden. Die BKK stellt sicher, dass die genannten Maßnahmen jeweils die Voraussetzungen des § 65a Abs. 1 SGB V und des Präventionsleitfadens des GKV- Spitzenverbandes erfüllen.	50
13. Nichtraucherstatus – nachgewiesene Teilnahme an einem Raucherentwöhnungskurs oder ärztliche Bestätigung, dass seit mindestens sechs Monaten nicht geraucht wurde.	50
Bonus ab: 300 Punkte = 30 Euro max. Bonus: 1500 Punkte = 150 Euro	