Satzung

der

Merck BKK

in Darmstadt

Stand: 01. Januar 2022

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§	1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	Seite 4
§	2	Verwaltungsrat	Seite 5-7
§	3	Vorstand	Seite 8-9
§	4	Widerspruchsausschuss	Seite 10-11
§	5	Kreis der versicherten Personen	Seite 12
§	6	Kündigung der Mitgliedschaft	Seite 13-14
§	7	Aufbringung der Mittel	Seite 15
§	8	Bemessung der Beiträge	Seite 16
§	9	Wahltarif Prämienzahlung	Seite 17-18
§	10	Kassenindividueller Zusatzbeitrag	Seite 19
§	11	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichs-gesetz	Seite 20
§	12	Fälligkeit der Beiträge	Seite 21
§	13	Erhebung von Beitragsvorschüssen	Seite 22
§	14	Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V	Seite 23
§	15	Höhe der Rücklage	Seite 24
§	16	Leistungen	Seite 25-34
§	17	Primärprävention	Seite 35-36
§	18	Schutzimpfungen	Seite 37
§	19	Leistungsausschluss	Seite 38
§	20	Medizinische Vorsorgeleistungen	Seite 39
§	21	Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	Seite 40
§	22	Wahltarif besondere Versorgung	Seite 41
§	23	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	Seite 42
§	24	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	Seite 43
§	25	Persönliche elektronische Gesundheitsakte	Seite 44
§	26	Wahltarife Wahltarifkrankengeld	Seite 45
§	27	Kooperation mit der PKV	Seite 46
§	28	Aufsicht	Seite 46
§	29	Mitgliedschaft zum Landesverband	Seite 46
§	30	Bekanntmachungen	Seite 46

Artikel II

Inkrafttreten Seite 47

Anlage zu § 2 der Satzung:	Muster einer Entschädigungsregelung
Anlage zu § 11 der Satzung:	Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG bzw. Lohnfortzahlungsausgleichsgesetz
Anlage zu § 16 der Satzung:	Mehrkostenrechner und Staffelungen (Ausdruck)
Anlage zu § 24 der Satzung	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
Anlage zu § 26 der Satzung:	Wahltarife Wahltarifkrankengeld

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen **Merck BKK**.

Sie ist errichtet worden am 18.10.1884.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Darmstadt.

II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf alle Betriebe der

Merck KGaA
Merck Real Estate GmbH
Merck Electronics KGaA
Merck Healthcare KGaA
Merck Life Science KGaA
Merck Site Management GmbH
Merck Surface Solutions GmbH
Merck Export GmbH
Merck Display Trading GmbH
Merck Healthcare Germany GmbH
Merck’sche Kindertagesstätte
Merck LS RTU GmbH
AmpTec GmbH
Biochrom GmbH
Merck Performance Materials GmbH
Versum Materials Germany GmbH
Merck Chemicals GmbH
Merck Schuchardt GmbH
Sigma-Aldrich Biochemie GmbH
Sigma-Aldrich Chemie GmbH
Sigma-Aldrich Holding GmbH

§ 2 Verwaltungsrat

I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 1. Juli des Kalenderjahres.

II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 9 Versichertenvertreter und 2 Vertreter der im Kassenbereich (§ 1 Abs. II) näher bezeichneten Arbeitgeber oder deren Stellvertreter an.
Folgende Arbeitgeber benennen die Vertreter und Stellvertreter, denen auf Arbeitgeberseite die Stimmenanteile zustehen:

Unternehmen A:
Merck KGaA, 64271 Darmstadt

Unternehmen B:
Merck´scher Kindertagesstättenverein e. V.
64271 Darmstadt

Für die Vertretung der Arbeitgebervertreter gilt persönliche Stellvertretung.

Ist bei einer Abstimmung nicht dieselbe Anzahl Versicherten- und Arbeitgebervertreter anwesend, wird der Stimmenanteil der Arbeitgebervertreter auf den der Versichertenvertreter festgesetzt. Die Verteilung der Stimmenanteile der Arbeitgebervertreter wird durch Vereinbarung der Arbeitgebervertreter geregelt:

Arbeitgebervertreter des Unternehmens A: 90%
Arbeitgebervertreter des Unternehmens B: 10%

Ist ein Arbeitgeber bei einer Abstimmung nicht anwesend, wächst sein Stimmenanteil dem anwesenden Arbeitgebervertreter zu.

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

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,

2. den Haushaltsplan festzustellen,

3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

4. die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen,

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

6. den Vorstand zu überwachen,

7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

8. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,

9. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse 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 Rechnungsprüfung.

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

IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

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

VI. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

VII. 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.

VIII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind.

IX. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

X. 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. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.
Darüber hinaus kann die Vertreterversammlung/der Verwaltungsrat aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder der Vertreterversammlung/des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie.

§ 3 Vorstand

I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.

II. Der Vorstand wird vom Arbeitgeber auf dessen Kosten bestellt. Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat.

III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,

2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,

3. den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,

4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,

5. jährlich die Jahresrechnung nach § 31 SVHV prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

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.

IV. Zur Unterstützung des Vorstandes bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Personen.

§ 4 Widerspruchsausschuss

I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Darmstadt.

II. 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 1 Vertreter der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und einem Vertreter der Arbeitgeber.

2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.
Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird von den Arbeitgebern bestellt.

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

4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

5. Den Vorsitz in dem Widerspruchausschuss nimmt der Arbeitgebervertreter wahr. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und beide Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.

8. 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.

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

IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigen.

II. Die in Absatz 1 und 2 genannte Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie zu dem in § 1 Absatz 2 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 Satz 1 Nr. 5 bis Nr. 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nr. 11 und Nr. 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Satz 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,
6. sie bei einer Betriebskrankenkasse / einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

III. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 12 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

II. Erhebt die 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 Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die 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.

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

Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

IV. Wenn ein Wahltarif nach §§ 8a, 12a oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 8a Absatz 6, 12a Absatz 6 oder 15 Absatz 15, 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 Wahltarif Prämienzahlung)

I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen (Ausnahmen Abs. II) zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben und für sich und die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen den Bonus nach § 14 der Satzung erfüllen. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum 31.03. des Kalenderjahres (für das Jahr 2007 bis 31.08.), für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, anzeigt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Prävention/Früherkennung und Selbsthilfe (§ 20 SGB V)
- 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)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
- Schutzimpfungen (§ 20 d SGB V)
- Leistungen während der Schwangerschaft und Mutterschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien (§ 24c bis 24i SGB V)

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 80 v. H. von 1/12 des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrages, maximal jedoch 300,- EUR. Absatz IV gilt.

IV. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR nicht überschreiten.

V. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen. Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für sich und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif wählt oder gewählt hat.

VI. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. 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 frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V, 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.

§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt 1,4 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 11 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

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

§ 12 Fälligkeit der Beiträge

I 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 des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

II Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge mit Ausnahme des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.

III Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V).

§ 13 Erhebung von Beitragsvorschüssen

Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,

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

Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden.

Dabei ist eine Frist von mindestens 10 Tagen zu bestimmen.

§ 14 Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V

Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 SGB V werden jährlich vorgenommen.

§ 15 Höhe der Rücklage

I. Die Rücklage beträgt 25 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 16 Leistungen

I. 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.

II. Häusliche Krankenpflege

1. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu zwei Pflegeeinsätzen pro Tag und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht.
2. Voraussetzung ist, dass
   a) Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und
   b) keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann
3. Die Dauer ist auf 6 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen über die in § 38 Abs. 1 SGB V geregelten Fälle hinaus, auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 6 Wochen gewährt.

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

   Als angemessen werden bei einem maximal 8-stündigen Einsatz die nachgewiesenen Aufwendungen bis zu einem täglichen Höchstbetrag von 2,5 v. H. der sich aus § 18 SGB IV ergebenden monatlichen Bezugsgröße, auf- oder abgerundet auf den nächsten geraden Euro–Betrag, angesehen. Bei einem weniger als 8 Stunden täglich umfassenden Einsatz ist als Höchstbetrag je Stunde ein Betrag von 1/8 des täglichen Höchstbetrages zu Grunde zu legen.

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

IV. Kostenerstattung

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

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

3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.

5. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Der Erstattungsbetrag wird regelhaft in Höhe von 30 v. H. der ausgewiesenen Rechnungslegung ermittelt und erstattet. Auf Antrag des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages.

6. Bei individueller Ermittlung ist der Erstattungsbetrag je Rechnung um 5 v. H. mindestens 5,- EUR und maximal 100,- EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

6. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, welche die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Der Erstattungsbetrag ist je Rechnung um 5 v. H. mindestens 5,- EUR und maximal 100,- EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

V. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. 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 Absatz 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 5 SGB V abzugeben wäre.

   Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.
   Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die

tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, sind von den Versicherten selbst zu tragen.

2. Die Höhe der Abschläge richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zu dieser Satzung. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

VI Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

1. Die BKK fördert die Kompetenz der Versicherten für den selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatz digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren. Die Förderung erfolgt nach den Vorgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20k SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

2. Die BKK gewährt Leistungen für Maßnahmen nach Abs. 1 als Sachleistung in Form von Schulungsmaßnahmen. Die BKK kann Maßnahmen nach Abs. 1 durch Dritte durchführen lassen. Bei der Durchführung durch Dritte schließt die BKK einen Kooperationsvertrag mit dem Anbieter der Maßnahme.

VII Zusätzliche Leistungen

I. 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 Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt 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 einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre.

Die BKK übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 40 Euro pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die schriftliche ärztliche Verordnung vorzulegen.

II. Die Merck BKK übernimmt abweichend von § 108 SGB V auch Kosten für stationäre Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern, sofern die Voraussetzungen für die stationäre Behandlungsnotwendigkeit gemäß § 39 SGB V erfüllt sind, die Maßnahme unter Berücksichtigung medizinischer Qualitätsaspekte und des Wirtschaftlichkeitsgebots im Einzelfall sinnvoll ist und die Leistung vor Aufnahme im Krankenhaus beantragt und durch die Merck BKK genehmigt wurde. Voraussetzung ist eine Einweisung (Muster 2) durch einen der Fachrichtung entsprechenden durch die Kassenärztliche Vereinigung zugelassenen Facharzt. Bei psychotherapeutischen stationären Behandlungen ist zusätzlich die Befürwortung durch einen approbierten und ebenfalls durch die Kassenärztliche Vereinigung zugelassenen Psychotherapeuten erforderlich. Die Kostenübernahme ist begrenzt auf die Kosten, die bei Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus übernommen worden wären. Die Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V wird zusätzlich in Abzug gebracht.

III. Die Merck BKK übernimmt die Kosten für psychotherapeutische Behandlung gem. § 27 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bei Inanspruchnahme von approbierten Psychotherapeuten, die durch die Kassenärztliche Vereinigung keine Kassenzulassung erhalten haben. Ein Anspruch besteht, wenn eine psychotherapeutische Sprechstunde bei einem zugelassenen, approbierten Psychotherapeuten mittels Vorlage des Formularvordrucks PTV 11 nachgewiesen wird und die Therapie trotz Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit in der ausstellenden Praxis nicht erfolgen kann. Es dürfen nur zugelassene und anerkannte Psychotherapieverfahren und Therapieformen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie Anwendung finden. Die Kostenübernahme ist begrenzt auf die Kosten, die bei Inanspruchnahme eines zugelassenen Psychotherapeuten angefallen wären. Die Leistung ist vom Versicherten vor Inanspruchnahme bei der Merck BKK zu beantragen.

IV. Qualifizierte ärztliche Zweitmeinung
Versicherte, welche eine ärztliche Therapieempfehlung oder Empfehlung zur Durchführung einer Operation erhalten haben, können eine ärztliche Zweitmeinung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen, wenn sie einer Offenlegung der Daten gegenüber der Betriebskrankenkasse zustimmen.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Betriebskrankenkasse mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung geschlossen hat, welche die ärztliche Zweitmeinung einschließt.

Die Betriebskrankenkasse trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V Vereinbarungen über die Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, welche in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten und welche über eine Qualifikation verfügen, wie sie für die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassenen Leistungserbringer gilt.

Diese Leistung wird gewährt, solange sie nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Zukunft ausgeschlossen wird.

Der Anspruch nach § 27b Abs. 1 SGB V bleibt unberührt.

V. Künstliche Befruchtung

Über die in § 27a SGB V definierte Kostenbeteiligung von 50 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen hinaus, erhalten Versicherte bei Durchführung einer In-Vitro (IVF) oder einer Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) einen weitergehenden Zuschuss in Höhe von je 250,- EUR für maximal drei Maßnahmen.
Der Zuschuss wird nur gewährt, wenn beide Ehepartner bei der Merck BKK versichert sind.

VI. Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

Über die im fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die Merck BKK im Einzelfall die Kosten in Höhe von maximal 49,50 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:

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

Zur Kostenerstattung ist neben der personifizierten Originalrechnung die ärztliche Bestätigung der o. g. Vorbelastung einzureichen.

VII. Klapperstorch

Versicherte der Merck BKK haben Anspruch auf Kostenerstattung für erweiterte Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr. Der Zuschuss beträgt je Rechnung 85% und ist folgendermaßen geregelt:

1. Erweiterte Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft werden für die werdende Mutter mit einem Zuschuss von bis zu 200 € berücksichtigt

1.1 Sofern der werdende Vater ebenfalls bei der Merck BKK versichert ist, erhöht sich der Zuschuss während der Schwangerschaft um weitere 100 €.

1.2 Ist ausschließlich der werdende Vater bei der Merck BKK versichert, erhält dieser für seine während der Schwangerschaft in Anspruch genommenen erweiterten Vorsorgeleistungen einen Zuschuss bis zu 100 €.

2. Erweiterte Vorsorgeleistungen im ersten Lebensjahr des/der Neugeborenen werden mit einem Zuschuss von bis zu 200 € berücksichtigt und ausschließlich gewährt, sofern der/die Neugeborene ebenfalls bei der Merck BKK versichert ist.

Erweiterte Vorsorgeleistungen in der Schwangerschaft sind:	**Erweiterte Vorsorgeleistungen im ersten Lebensjahr sind:**
• Baby-Care (Handbuch, Tagebuch, Koch-Rezept-Broschüre und persönlichen Fragebogen	• Neugeborenen Hörscreening
• Ersttrimester-Screening	• Herz Screening
• Folsäurepräparate in der Schwangerschaft	• Nierensonographie
• Feststellung der Antikörper gegen Ringelröteln und Windpocken	• FABEL-, PEKIP- und Delphi-Kurse
• Geburtsvorbereitungskurs für Partner (sofern Mitglied der Merck BKK)	• Baby-Massage
• Glukosetoleranztest	• Baby-Yoga
• Mitaufnahme werdender Vater im Familienzimmer (sofern Mitglied der Merck BKK)	• Erste-Hilfe Kurse für Babys
• Nackentransparenzmessung	• Herz Screening
• pH-Wert-Testhandschuhe	
• Schwangerschaftsyoga	
• Streptokokkentest	
• nicht-invasive pränataler Screeningtest (z.B. Harmony oder Präna-Test)	

Zur Erstattung sind der Merck BKK die Originalrechnungen mit Zahlungsnachweis vorzulegen.

VIII. Ovulationsbestimmung bei unerfülltem Kinderwunsch

Weibliche Versicherte der Merck BKK haben Anspruch auf Kostenerstattung für Produkte der Ovulationsbestimmung. Der Anspruch ist auf die zugelassene Medizinprodukte zur Ovulationsbestimmung beschränkt, mit deren Anbieter die Merck BKK entsprechende Kooperationsvereinbarungen hat. Voraussetzung ist ein seit mindestens 6 Monaten unerfüllter Kinderwunsch trotz Absetzung jeglicher Verhütungsmittel, eine durchgeführte Grundlagendiagnostik bei Kinderwunsch sowie eine medizinische Empfehlung durch den Facharzt/die Fachärztin. Der Erstattungsbetrag entspricht 85% der Kosten, bis zu 230 € und ist auf einen Versorgungszeitraum bis zu 12 Monaten begrenzt. Für die Erstattung sind die ärztliche Empfehlung und die bezahlte Rechnung vorzulegen.

IX. Schlaganfallrisikoprophylaxe

Versicherte der Merck BKK mit den folgenden Risikofaktoren haben ab dem Alter von 50 Jahren Anspruch auf eine kostenfreie Schlaganfallrisikoprophylaxe (SRA):

- Hypertonie
- KHK
- Herzinsuffizienz
- Diabetes mellitus
- Zustand nach Apoplexie
- Schlafapnoe-Syndrom
- Raucher
- Hypercholesterinämie
- Familiäre Vorgeschichte

Bei negativem Risikobefund ist eine Wiederholung nach 5 Jahren möglich. Der Leistungsumfang der Untersuchung umfasst die Schlaganfallprophylaxe, die Analyse der Werte sowie die Besprechung der Ergebnisse. Informationen zur Leistungserbringung und Abrechnung werden in dem „Vertrag über eine erweiterte Vorsorgeuntersuchung zur Vermeidung von Gefäßkrankheiten insbesondere dem Schlaganfall und Herzinfarkt“ bestimmt. Es besteht ein Beitrittsrecht für alle Neurologen mit Kassenzulassung bei entsprechender Ausstattung und Qualifizierung.

§ 17 Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Leistungen zur Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement
- Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/zur Reduktion des Alkoholkonsums

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen 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 Finanzierungszuschuss in Höhe von 85 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 100,00 EUR je Handlungsfeld und je Versicherten gewährt. Die Erstattung ist auf 2 Maßnahmen pro Kalenderjahr begrenzt.

Bei der Durchführung von Präventionswochen beträgt der Zuschuss maximal 100,- EUR für Erwachsene und 70,00 EUR für Kinder je Kalenderjahr.

§ 18 Schutzimpfungen

I. Die Kosten für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder gemäß § 20 Absatz 3 Infektionsschutzgesetz empfohlen werden, übernimmt die Betriebskrankenkasse, sofern die Schutzimpfungen nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden.

II. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

III. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten abweichend von Absatz I auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltens indiziert sind, in Höhe von 100 v. H., wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Absatz II gilt entsprechend.

§ 19 Leistungsausschluss

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

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

§ 20 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 EUR für maximal 21 Tage.

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

§ 21 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.

§ 22 Wahltarif besondere Versorgung

1. Die Betriebskrankenkasse 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.

§ 23 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme)

1. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.

4. Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung.

§ 24 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I. Die Merck BKK bietet ihren Versicherten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach Maßgabe der Anlage dieser Satzung.
Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

II. Der Nachweis erfolgt durch Bestätigung im BKK-Bonusheft durch den behandelnden Arzt bzw. durch eigene Nachweise. Der Bonus wird dem Mitglied zu Beginn des folgenden Jahres auf Antrag ausgezahlt

§ 25 Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

1. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse.

4. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt

§ 26 Wahltarife Wahltarifkrankengeld

Die BKK Merck bietet

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

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe zu der Anlage § 15, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 27 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 28 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Regierungspräsidium Darmstadt.

§ 29 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 30 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist zwei Wochen.

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

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 02.12.2021 beschlossen.

2. Die Satzung tritt am 01.01.2022 in Kraft.

   Gleichzeitig tritt die Satzung vom 01.01.2016 außer Kraft.

Darmstadt, den 02.12.2021

Siegel

Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Crocifissa Attardo Matthias Bürk

Richtlinien
über die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse Merck

Anlage zu § 2 Abs. 7 der Satzung

1. Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates

   Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates werden die Fahrtkosten nach den jeweils gültigen Vorschriften des Hessischen Reisekostengesetzes (HRKG) erstattet.

2. Teilnahme an Tagungen, Seminaren und Workshops

   Für durch die Betriebskrankenkasse veranlasste Tagungen, Seminare und Workshops werden folgende Kosten erstattet:

   - Tage- und Übernachtungsgeld sowie Fahrtkosten nach den jeweils gültigen Vorschriften des HRKG

   - nachgewiesener Verdienstausfall in voller Höhe

3. Schlussbestimmungen

   Diese Entschädigungsregelung tritt am 01.01.2007 in Kraft.

Darmstadt, den 02.12.2021

Die alternierenden Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

Anlage zu § 11

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG bzw. Lohnfortzahlungsausgleichsgesetz

§ 1 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen

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

§ 2 Aufbringung der Mittel, Umlagesatz und Nachweis

I. Die am Umlageverfahren teilnehmenden Arbeitgeber bringen die zur Durchführung des Ausgleichs erforderlichen Mittel nach Maßgabe des § 7 AAG durch Umlage auf.

II. Der Umlagesatz beträgt:

a) für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1) 2,90 v. H.
und
b) für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2) 0,41 v. H. der umlagepflichtigen Einnahmen.

§ 3 Fälligkeit der Umlage

Für die Fälligkeit der Umlagen gilt § 23 Abs. 1 SGB IV entsprechend.

§ 4 Höhe der Erstattungen, Vorschüsse

I. Die Merck BKK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern

a) 70 v. H. der Aufwendungen aus Anlass der Krankheit, dabei wird das Arbeitsentgelt auf die jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung begrenzt. Die auf das Arbeitsentgelt entfallenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG sind mit dieser Erstattung abgegolten.

b) den vom Arbeitgeber gem. § 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld in voller Höhe.

c) das im Rahmen des § 11 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlte Arbeitsentgelt in voller Höhe. Die darauf entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge gem. § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG werden pauschal im Höhe von 20 % des gezahlten Arbeitsentgeltes erstattet.

I. Die Merck BKK gewährt auf schriftlichen Antrag Vorschüsse auf die Erstattung nach § 1 Abs. 1 und 2 AAG. Voraussetzung hierfür ist, dass der Arbeitgeber die von ihm zu entrichtenden Umlagebeiträge regelmäßig und ordnungsgemäß entrichtet hat.

§ 5 Bildung von Betriebsmitteln

I. Die Merck BKK verwaltet die Mittel für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Krankheit und für den Ausgleich aus Anlass der Mutterschaft als Sondervermögen.

II. Es werden für die Bestreitung der Aufgaben für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Krankheit und Mutterschaft Betriebsmittel gebildet.

III. Die Betriebsmittel dienen zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für 3 Monate nicht überschreiten.

§ 6 Haushaltsplan

Für die Durchführung der Aufgaben nach diesem Anhang wird ein eigener, in Einnahme und Ausgabe ausgeglichener Haushaltsplan für das Ausgleichsverfahren aufgestellt (§ 70 Abs. 1 SGB IV gilt entsprechend).

§ 7 Rechnungsabschluss

I. Die Jahresrechnung ist jährlich zu prüfen und zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

II. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Betriebs- und Rechnungsführung.

§ 8 Inkrafttreten, Bekanntmachung

Die Anlage zu § 9 der Satzung der Merck BKK tritt zum 01. Januar 2020 in Kraft

Anlage zu § 16 Leistungen (Musterausdruck)

Mehrkostenrechner

AVP	Berabeitungsgebühr	Zuzahlung	Preis Versicherter	Erstattungsbetrag	Erstattungsbetrag abzgl. Bearbeitungsgebühr
105,43 €	3,00 €	Nein	73,80 €	31,63 €	28,63 €

Hinweise:

Nach Eingabe des Apothekenverkaufspreises des Wunscharzneimittels (Zelle A7) wird sowohl der Preis für den Versicherten (Zelle E7) wie auch der Erstattungsbetrag durch die Kasse (Zelle F7) und letztendlich der Erstattungsbetrag abzgl. der Bearbeitungsgebühr in Höhe von 5% vom Erstattungsbetrag (Zelle G7) errechnet. In der Zelle C7 können Sie den Status des Versicherten wählen - Zuzahlung ja oder nein - so dass der Zuzahlungsanteil dem Versicherten hinzugerechnet wird, wenn keine Befreiung vorliegt. In diesem Fall werden **5 €** angenommen. Falls der Anteil höher liegen sollte, muss dies berücksichtigt werden.

Grundlage für die Berechnung sind folgende Staffeln:

AVP	Mehrkostenanteil
bis 15 €	30%
16 - 30 €	40%
31 - 100 €	60%
101 - 300 €	70%
301 - 500 €	80%
über 500 €	84%

Anlage zu § 24 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Bonus (ab 16 Jahren)

Maßnahmen	**Bonuspauschale**	***alternativ: Zuschuss zu Gesundheitsleistungen*)***
Krebsvorsorge Frauen ab 20 (1x jährlich Frauenarzt)	5,- EUR	10,- EUR
Krebsvorsorge Männer ab 45 (1x jährlich Urologe/Hausarzt)	5,- EUR	10,- EUR
Check-Up35 (alle 2 Jahre Hausarzt)	5,- EUR	10,- EUR
J2-Vorsorge (zwischen 16 und 17 Jahren)	5,- EUR	10,- EUR
Hautkrebsvorsorge (ab 35, alle 2 Jahre)	5,- EUR	10,- EUR
Mammographie-Screening (50-69, alle 2 Jahre)	5,- EUR	10,- EUR
Darmkrebsvorsorge (50-54 jährlich, ab 55 alle 2 Jahre)	5,- EUR	10,- EUR
Früherkennung Gebärmutterhalskrebs (20-24 jährlich, ab 35 alle 2 Jahre)	5,- EUR	10.- EUR
Zahnvorsorge (1x jährlich)	5,- EUR	10,- EUR
Vollständiger Impfschutz (Empfehlung STIKO)	5,- EUR	10,- EUR
Blutspender/in (offizieller Nachweis aktuelles Jahr)	5,- EUR	10,- EUR
Organspender/in (Kopie Ausweis)	5,- EUR	10,- EUR
Knochenmarkspender/in (Kopie/Bestätigung DKMS)	5,- EUR	10,- EUR
Erste-Hilfe-Kurs (innerhalb der letzten 3 Jahre)	5,- EUR	10,- EUR
Präventionskurs nach § 20 SGB V (je Kurs, max. 3 jährlich)	5,- EUR	10,- EUR
Sportabzeichen (aktuelles Jahr)	10,- EUR	20,- EUR
Ausdauersportveranstaltung (aktuelles Jahr)	10,- EUR	20,- EUR
Aktive sportliche Mitgliedschaft (Fitnessstudio, Sportverein, BSG…)	10,- EUR	20,- EUR
maximale Bonuspauschale / maximale Erstattung Gesundheitsleistungen	**60,- EUR**	**120,- EUR**

***)** Folgende Leistungen können eingereicht werden:
Hautkrebsscreening, Professionelle Zahnreinigung, Osteopathie (Arzt oder Osteopath), Glaukomvorsorge, Mammographie, Ultraschalluntersuchungen, PSA-Test

Bonus (0 bis 15 Jahren)

Maßnahmen	**Bonuspauschale**	***alternativ: Zuschuss zu Gesundheitsleistungen*)***
U3-Vorsorge	5.- EUR	10.- EUR
U4-Vorsorge	5.- EUR	10.- EUR
U5-Vorsorge	5.- EUR	10.- EUR
U6-Vorsorge	5.- EUR	10.- EUR
U7-Vorsorge	5.- EUR	10.- EUR
U7a-Vorsorge	5.- EUR	10.- EUR
U8-Vorsorge	5.- EUR	10.- EUR
U9-Vorsorge	5.- EUR	10.- EUR
U10 -Vorsorge (zwischen 7 und 8 Jahren)	5,- EUR	10,- EUR
U11 -Vorsorge (zwischen 10 und 11 Jahren)	5,- EUR	10,- EUR
J1-Vorsorge (zwischen 12 und 14 Jahren)	5,- EUR	10,- EUR
Zahnvorsorge (2 x jährlich/1x pro Halbjahr)	5,- EUR	10,- EUR
Vollständiger Impfschutz (Empfehlung STIKO)	5,- EUR	10,- EUR
Präventionskurs nach § 20 SGB V (je Kurs, max. 2 jährlich)	5.- EUR	10.- EUR
Erste Hilfe Kurs (innerhalb der letzten 3 Jahre)	5,- EUR	10,- EUR
Aktive Mitgliedschaft (Fitness-Studio, Sportverein)	10,- EUR	20,- EUR
Ausdauersportveranstaltung (Teilnahmebescheinigung/Urkunde aktuelles Jahr)	10,- EUR	20,- EUR
Sportabzeichen (Sport-, Schwimmabzeichen im aktuellen Jahr)	10,- EUR	20,- EUR
maximale Bonuspauschale/maximale Erstattung Gesundheitsleistungen	**25,- EUR**	**50,- EUR**

*) Folgende Leistungen können eingereicht werden:
Hautkrebsscreening, Professionelle Zahnreinigung, Osteopathie (Arzt oder Osteopath), Glaukomvorsorge, Mammographie, Ultraschalluntersuchungen, PSA-Test

Anlage zu § 26, Wahltarife Wahltarifkrankengeld

Teilnahme

1. Die Merck BKK bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Wahltarifkrankengeld zur Wahl an. Der Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 S. 2 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Wahltarifkrankengeld als Entgeltersatz für Einnahmen i.S.d. §223 Abs. 3 S. 2 SGB V wählen (Premiumtarif). Der Tarif kann nicht gewählt werden, wenn das 60. Lebensjahr am Tag der Wahlerklärung vollendet ist, es sein denn, der Tarif wird im unmittelbaren Anschluss an einen vorher bestehenden Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt.

2. Die Teilnahme zu dem Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der Merck BKK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der Merck BKK folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der Merck BKK.

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 Prämienerhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die Merck BKK 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 Merck BKK aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Merck BKK haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu machen und Nachweise dazu vorzulegen.

7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Merck BKK nachzuweisen und die Merck BKK über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.

8. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

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

Wahltarif-krankengeld 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

Wahltarif-krankengeld kalendertäglich	10€	20€	30€	40€	50€	60€	70€	80€	90€
Prämie	5€	10€	15€	20€	25€	30€	35€	40€	45€

monatlich									

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 Absätzen 33 und 34 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 Merck BKK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Krankentagegeld muss eine Mitgliedschaft i.S.d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der Merck BKK bestehen. Für nach dem KSVG Versicherten und Versicherte i.S.d. § 44 Abs.2 S.1 Nr. 3 SGB V besteht ein Anspruch nur, wenn zum Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ein Beschäftigungsverhältnis besteht. 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 (z.B. Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtssprechungen der Gerichte.

16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes 2 beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit zu laufen. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld

    1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit

2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, (Karenzzeit) wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

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

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Merck BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Merck BKK 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

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z. B. durch Angestellte) erzielt wird
- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Sozialhilfe, Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld, -hilfe, Unterhaltsgeld bezogen werden
- wenn überwiegend Einkünfte zur Altersicherung wie in § 22 Abs. 1 N. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Merck BKK

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 Absatz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 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.

Zahlung

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 des Absatzes 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 des Premiumtarifs wird Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die Merck BKK 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, wenn wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

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

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

    1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten

    in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Merck BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

    2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen

Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Merck BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

27. Die Merck BKK kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 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/Arbeitseinkommens abzugeben.

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

Wechsel

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 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich Absatzes 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 Merck BKK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Merck BKK folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe erst 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 Absatz 29ff genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Merck BKK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht.