

Satzung der BKK Werra-Meissner

Stand: 29.11.2024



Aufbau zur Satzung

Artikel I.....	4
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse.....	4
§ 2 Verwaltungsrat.....	4
§ 3 Vorstand	8
§ 4 Widerspruchsausschuss	9
§ 5 Kreis der versicherten Personen	12
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft nach § 175 Absatz 4 SGB V	13
§ 7 Aufbringung der Mittel.....	15
§ 8 Bemessung der Beiträge	15
§ 9 Beitragssätze	15
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	15
§ 10a Beitragserstattungen.....	16
§ 11 Höhe der Rücklage	16
§ 12 Leistungen	17
§ 12a Prävention	23
§ 12b Schutzimpfungen	24
§ 12c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	25
§ 12d Leistungsausschluss.....	26
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen	26
§ 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	27
§ 13b Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung	28
§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme.....	28
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten.....	29
§ 14a Bonus für Versicherte vor Vollendung des 16. Lebensjahres	30
§ 14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung .	31

§ 15 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V	32
§ 15a Osteopathie	32
§15b Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante Behandlung	33
§ 15c Professionelle Zahnreinigung	34
§ 15d Schwangerschaft, Kinder	34
§ 15e Leistungen im Rahmen zusätzlicher Vorsorge und besonderer Therapie sowie Sehhilfen.....	36
§ 15f Fitness-Leistungen	38
§ 16 Wahltarife Krankengeld	39
§ 16a Wahltarif Azubi/Student	40
§ 17 Auskünfte an Versicherte.....	42
§ 18 Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen	42
§ 19 Aufsicht.....	42
§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband	43
§ 21 Übertragung des Ausgleichsverfahrens.....	43
§ 22 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse.....	43
§ 23 Bekanntmachungen.....	44
Artikel II.....	46
Inkrafttreten	46
Anlage 1 zu § 2 der Satzung der BKK Werra-Meissner.....	47
Anlage 2 Wahltarif Krankengeld.....	51

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen BKK WERRA-MEISSNER.
Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Eschwege.
- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf den Betrieb Pacoma GmbH, 37269 Eschwege, AGCO Vertriebs GmbH, 37213 Witzenhausen und 87616 Marktoberdorf

und das Gebiet der Bundesländer Hessen und Bayern.

§ 2 Verwaltungsrat

- I. 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 von Jahr zu Jahr, jeweils am 1. Januar eines Jahres.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 5 Versichertenvertreter und 5 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Arbeitnehmervertreter eine Stimme.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,
10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen,

11. über die Bestellung des Prüfers zur Prüfung der Jahresrechnung nach §31 SVHV zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.

- 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.
- VIII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.

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.

- 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. Sitzungen des Verwaltungsrats können auch mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Bei öffentlichen hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrats digital (digitale Sitzung) stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrats stellt den Ausnahmefall nach Satz 5 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der BKK Werra-Meissner liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrats und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. Bei öffentlichen digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.
- XI. In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der BKK Werra-Meissner liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

§ 3 Vorstand

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

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu dem Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers zur Entlastung des Vorstandes 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 auszuführen.

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

V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse

§ 4 Widerspruchsausschuss

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

II.

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

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

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des

Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt.
§§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgebervertreter und dem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
8. Sitzungen des Widerspruchsausschusses können auch mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen des Widerspruchsausschusses. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Widerspruchsausschusses digital stattfinden (digitale Sitzung). Der oder die Vorsitzende des Widerspruchs-ausschusses stellt den Ausnahmefall nach Satz 4 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen,

die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der BKK Werra-Meissner liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht.

9. In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der BKK Werra-Meissner liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.
10. Die Beschlüsse werden mit Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

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

IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach §112 Abs. 1 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 die zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- II. Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können der Betriebskrankenkasse beitreten: schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen, wenn sie beim Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind.
- III. Die in Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
 1. sie zu dem in § 1 Absatz II der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte 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:innen 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/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren.

IV. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft nach § 175 Absatz 4 SGB V

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Betriebskrankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGBV die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 SGB V bei der

neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

- 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; Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. 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 und dessen Ausübung, 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.
- III. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll oder weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind.

Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
Es gelten Absatz 1 Satz 5 und Satz 6.

§ 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 Beitragssätze

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt 3,39 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 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 der Beiträge 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 einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10a Beitragserstattungen

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

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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 25 Pflegeeinsätze 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 einen Monat je Krankheitsfall begrenzt.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach §37 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt über die in § 38 Absatz 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe,
 - a.) wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Die Haushaltshilfe wird für einen Zeitraum von einem Monat gewährt.

- b.) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von einem Monat gewährt.

2. Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, dass bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
3. 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 Verschwägte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Betriebskrankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 in Verbindung 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 von den Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).

3. Die Versicherten sind mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Sie können die Wahl der Kostenerstattung, sofern sie mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen haben, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.
4. Die Versicherten haben Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Bei ambulanter ärztlicher Versorgung und veranlassten Leistungen werden nach Prüfung, ob es sich um eine zugelassene Leistung handelt, 30 v. H. des Rechnungsbetrages erstattet. Die Versicherten haben das Recht, eine individuelle Einzelabrechnung zu wählen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. höchstens jedoch 40 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung

des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

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

Der Erstattungsbetrag ist um 5 % und maximal 50,00 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 die Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

V. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

VI. 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. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.

§ 12a Prävention

- I. Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener 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 primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung, diese sind:
 - a. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V
 - b. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b SGB V
 - c. verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 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. Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement

b. Förderung von Entspannung und Erholung

4. Suchtmittelkonsum:

a. Förderung des Nichtrauchens

b. gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

- II. Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro versicherter Person und Kalenderjahr begrenzt. Die Versicherten haben einen Eigenanteil für die Kosten für Unterkunft und Freizeitaktivitäten zu tragen. Leistungen im Gesundheitsförderprogramm, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt. Gleiche Maßnahmen können nur zweimal in Anspruch genommen werden.

Für Leistungen von Fremdanbietern im Gesundheitsförderprogramm wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der durch das Gesundheitsförderprogramm entstandenen Kosten, max. aber 75,00 EUR für maximal zwei Maßnahmen je Kalenderjahr gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen

- I. Die Betriebskrankenkasse gewährt zur Verhütung von Krankheiten Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten. Die Versicherten erhalten Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20 i Abs.1 SGB V besteht. Darüber hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse die Kosten für die HPV-Impfung bis

zum vollendeten 26. Lebensjahr in Höhe von 100 % des Impfstoffes sowie den 1,0-fachen GOÄ-Satz für die ärztliche Leistung.

- II. Die Betriebskrankenkasse gewährt Leistungen nach Abs.1 grundsätzlich als Sachleistungen oder erstattet die Kosten in Höhe der vertraglichen Regelungen. Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, gewährt die Betriebskrankenkasse keine Leistungen für Schutzimpfungen. Den Versicherten entsteht für die Arzneimittel eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften § 31 Abs. 3 SGB V.
- III. Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen in Höhe von 500,00EUR gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.

§ 12c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

- I. Die BKK Werra-Meissner gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20k Absatz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.
- II. Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von 50,00 EUR jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.

- III. Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z.B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.

§ 12d Leistungsausschluss

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

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

§ 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, 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.

- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über
 - a. den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - b. die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - c. die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - d. etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - e. die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - f. die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - g. die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13b Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- I. 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.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über:
 - a. den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - b. die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - c. die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - d. etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - e. die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - f. die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - g. die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.
- II. 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 (BAS) zugelassenen Fassung.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

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

1. Die Versicherten nehmen jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
2. Die Versicherten nehmen ab dem 35. Lebensjahr alle drei Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
3. Die Versicherten nehmen einmal im Jahr an der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung gem. § 28 Abs. 2 SGB V teil.

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten im Rahmen eines Bonusprogramms eine Prämie für die Teilnahme an bestimmten Gesundheitsuntersuchungen.

- II. Versicherte, die an diesem Bonusprogramm teilnehmen möchten, haben unter wahrheitsgemäßer Angabe des Arztes und Behandlungsdatums die Leistung zu beantragen.

Bei falschen Angaben kann die Auszahlung des Bonus verweigert und der Versicherte vom Bonusprogramm ausgeschlossen werden.

- III. Für den Nachweis der Pflichtkriterien 1 bis 3 erhält der Versicherte eine Geldprämie in Höhe von 50,00 EUR. Es gilt das Kalenderjahr.

Die Auszahlung der Prämien erfolgt nach Antragstellung durch die berechtigten Versicherten jeweils bis spätestens 31. März des Folgejahres,

wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die entsprechenden Kriterien zur Auszahlung der Prämie erreicht sind.

- IV. Anstelle des Bonus können die Versicherten Leistungen nach § 15 wählen.
- V. Beitragsrückstände und andere Außenstände des Versicherten bei der Betriebskrankenkasse können mit dem auszahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden.
- VI. Ändern sich die Regelungen der vorgenannten Absätze, ist der Tag der Antragstellung entscheidend für den Anspruch auf Gewährung des Bonus.
- VII. Die Versicherten werden durch einen Flyer und durch den Internetauftritt der Betriebskrankenkasse über die Inhalte und Bedingungen des Bonusprogramms informiert. Die Beantragung des Bonus erfolgt schriftlich oder elektronisch.

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

- I. Versicherte vor Vollendung des 16. Lebensjahres haben Anspruch auf einen Bonus, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind und folgende Voraussetzungen erfüllen:
 - 1. Die Versicherten nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres vollständig in Anspruch.
 - 2. Die Versicherten nehmen ab dem 6. Lebensjahr zur Verhütung von Zahnerkrankungen mindestens einmal im Jahr an einer Individualprophylaxe gem. § 22 Abs. 1 SGB V teil.
 - 3. Die nach § 20d SGB V empfohlenen Schutzimpfungen wurden durchgeführt.

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten im Rahmen eines Bonusprogramms eine Prämie für die Teilnahme an bestimmten Gesundheitsuntersuchungen.

- II. Versicherte, die an diesem Bonusprogramm teilnehmen möchten, haben unter wahrheitsgemäßer Angabe des Arztes und Behandlungsdatums die Leistung zu beantragen.

Bei falschen Angaben kann die Auszahlung des Bonus verweigert und der Versicherte vom Bonusprogramm ausgeschlossen werden.

- III. Für den Nachweis der Pflichtkriterien 1 bis 3 erhält der Versicherte eine Geldprämie in Höhe von 50,00 EUR. Es gilt das Kalenderjahr.

Die Auszahlung der Prämien erfolgt nach Antragstellung durch die berechtigten Versicherten jeweils bis spätestens 31. März des Folgejahres, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die entsprechenden Kriterien zur Auszahlung der Prämie erreicht sind.

- IV. Beitragsrückstände und andere Außenstände des Versicherten bei der Betriebskrankenkasse können mit dem auszahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden.
- V. Ändern sich die Regelungen der vorgenannten Absätze, ist der Tag der Antragstellung entscheidend für den Anspruch auf Gewährung des Bonus.

§ 14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverband 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 (§ 84 SGB IX) sind.

- II. Die BKK Werra-Meissner schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder für ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, der Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie die Höhe und die Auszahlung des Bonus.

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

- I. Die BKK Werra-Meissner gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Die Leistungen müssen während der Mitgliedschaft zur BKK Werra-Meissner entstanden sein. Für die Inanspruchnahme der Leistungen gilt das Kalenderjahr. Eine Antragstellung ist bis zum 31. März des Folgejahres möglich. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen. Die Leistungen müssen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- II. Der Anspruch auf Leistungen besteht nicht, wenn der Bonus nach § 14 oder § 14a in Anspruch genommen wurde.
- III. Bei Leistungen nach § 15c und § 15d gilt Absatz 2 nicht.

§ 15a Osteopathie

- I. Versicherte haben Anspruch auf osteopathische Leistungen, die von einem Arzt verordnet wurden, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern sofern die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung

qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung abgeschlossen hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

- II. Die BKK Werra-Meissner übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet wird der Rechnungsbetrag, jedoch nicht mehr als 50,00EUR pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.
- III. Die BKK Werra-Meissner übernimmt bei osteopathischer Behandlung nach vorheriger Genehmigung bis zu 500 € pro Fall für maximal 8 Behandlungen.

§15b Nicht zugelassene Leistungserbringer – ambulante Behandlung

- I. Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Voraussetzungen einer zulässigen Leistungsart im Sinne des § 11 Abs. 1 bis 4 SGB V erfüllen. Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK Werra-Meissner mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
- II. Die BKK Werra-Meissner trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

- III. Die BKK Werra-Meissner führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Die BKK Werra-Meissner stellt den Versicherten auf Anforderung das Verzeichnis zur Verfügung.
- IV. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

§ 15c Professionelle Zahnreinigung

- I. Die BKK Werra-Meissner erstattet Kosten für eine professionelle Zahnreinigung bei Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, um Zahnerkrankungen zu verhüten.
- II. Zur Erstattung ist die Originalrechnung des Vertragszahnarztes vorzulegen. Die BKK Werra-Meissner beteiligt sich an den Kosten in Höhe von maximal 25,00 EUR pro Kalenderjahr.

§ 15d Schwangerschaft, Kinder

- I. Über die in im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die BKK Werra-Meissner für folgende, von Ärzten durchgeführte, veranlasste oder direkt vom Versicherten initiierte Leistungen insgesamt höchstens 100EUR je Schwangerschaft für:
 - a. Geburtsvorbereitung für den Ehemann sowie Unterbringung des begleitenden Elternteils im Elternzimmer, sofern bei der BKK Werra-Meissner versichert,
 - b. Nackenfaltenmessung,

- c. Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien,
- d. Triple-Test,
- e. Untersuchung auf B-Streptokokken
- f. Test auf Mangelerscheinungen von Vitaminen und Spurenelementen

- II. Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die BKK Werra-Meissner Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 EUR einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.

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

- III. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Förderung der geistigen und körperlichen Entwicklung haben Kinder bis zum sechsten Lebensjahr Anspruch auf kalenderjährlich einen Kurs aus dem Bereich Babyschwimmen, Kleinkinderschwimmen, Babymassage, Kangatraining oder Pekip. Bei regelmäßiger Teilnahme wird ein Zuschuss bis zu maximal 100,00 EUR je Kalenderjahr gewährt. Die genannten Kurse müssen von qualifizierten Anbietern durchgeführt werden.

Zur Erstattung ist die Original-Teilnahmebescheinigung einzureichen.

Die Teilnahmebescheinigung muss folgende Inhalte aufweisen: Name und Vorname des Versicherten, Anbieter, Kursleitung, Kursbeginn und Kursende, Kurseinheiten, Anzahl der absolvierten Kurseinheiten und Kursgebühr.

- IV. Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten einen jährlichen Zuschuss in Höhe von bis zu 100,00EUR für die Teilnahme an Kinderkursen für Kinder bis zum Alter von 5 Jahren.

Der Zuschuss wird für Kurse gewährt, die der Förderung der frühkindlichen Entwicklung und Gesundheit dienen, wie z.B. Baby- oder Kleinkindschwimmen, Kangatraining, PEKiP-Kurse und Babymassage.

Voraussetzung für die Gewährung des Zuschusses ist eine regelmäßige Teilnahme am Kurs durch den Versicherten und das Kind.

§ 15e Leistungen im Rahmen zusätzlicher Vorsorge und besonderer Therapie sowie Sehhilfen

- I. Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden maximal 100,00EUR im Kalenderjahr nach Vorlage der Originalrechnungen und Zahlungsbestätigungen erstattet:

1. Vorsorgeuntersuchungen

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

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

3. Besondere Behandlungsformen

Massagen und Krankengymnastik außerhalb ärztlicher Verordnung,
Akupunktur außerhalb ärztlicher Verordnung, zum Beispiel bei Migräne
oder Allergien

4. Heilpraktiker

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

5. Brillenzuschuss

Die BKK bezuschusst die Kosten für Brillengläser oder Kontaktlinsen
bei einem sphärischen oder zylindrischen Korrekturbedarf von
mindestens 0,5 Dpt. je Auge.

6. Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige
Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie

7. Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung (Mammografie unter 50 Jahre,
Ultraschalluntersuchung „Sono-Check“)

8. Laborkosten zur Bestimmung von Vitaminsättigungen und deren
Substitution.

9. Anästhesie (Vollnarkose)

Es können Leistungen für eine Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen in Anspruch genommen werden, sofern keine Leistung nach der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragsärztliche Versorgung möglich ist.

10. Fissuren-Versiegelung

Versicherte erhalten Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren (Zähne 14, 15, 24, 25, 34, 35, 44, 45) im bleibenden Gebiss.

§ 15f Fitness-Leistungen

- I. Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten jährlich Zuschüsse in Höhe von insgesamt bis zu 125,00EUR für folgende Fitness- und gesundheitsfördernde Leistungen:
 1. Sportmedizinische Untersuchungen,
 2. Nicht anerkannte Präventions- und Fitnesskurse,
 3. Technische Geräte zur Messung von Körperfunktionen, wie z.B. Fitnesstracker und Smartwatches
 4. Mitgliedsbeiträge in Fitnessstudios und Sportvereinen

§ 16 Wahltarife Krankengeld

Die BKK Werra-Meissner bietet

1. hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigen
(§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V)
2. unselbstständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V)

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes an sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt haben

und

3. nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbstständigen 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 der Anlage 2, die Bestandteil der Satzung ist.

§ 16a Wahltarif Azubi/Student

Versicherte Auszubildende und Studenten können für den Zeitraum der Ausbildung oder des Studiums den Wahltarif Azubi/Student wählen, wenn sie

voraussichtlich keine oder nur wenige Leistungen in Anspruch nehmen. Sie erhalten in drei Ausbildungsjahren oder pro Kalenderjahr des Studiums jeweils zu Beginn des Kalenderjahres einen Bonus in Höhe von 100,00 Euro.

- I. Bei Leistungsinanspruchnahme in diesen Jahren erfolgt kalenderjährlich eine Verrechnung mit dem Bonus bis zu maximal 100,00 Euro.

Der Bonus darf 20 vom Hundert der jährlich vom Mitglied getragenen Beiträge nicht übersteigen.

- II. Auf den Bonus werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

- a. Arzt- und Zahnarztbesuche ohne Verordnungsfolgen mit Ausnahme von Verordnungen nach § 24a Absatz 2 SGB V
- b. Prävention und Selbsthilfe (§ 20 und 20d SGB V)
- c. Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen
(Gruppenprophylaxe
§ 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 SGB V)
- d. medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter und stationärer Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- e. Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)

f. Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschafts-Richtlinien

- III. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Bonus in Höhe der der Betriebskrankenkasse tatsächlich entstandenen Aufwendungen.
- IV. Die Zahlung des Bonus an das Mitglied erfolgt jährlich im Voraus und ist an die Erteilung einer Bankeinzugsermächtigung gebunden. Der Einzugsbetrag ist auf maximal 100,00 Euro begrenzt. Erfolgt die Wahl des Wahltarifes unterjährig, ist die Bonuszahlung auf die Anzahl der Kalendermonate begrenzt, für die der Wahltarif gilt. Der maximale Selbstbehalt entspricht dann der Höhe des Bonus.
- V. Die Wahl des Wahltarifes Azubi/Student wirkt vom Beginn des Folgemonats, in dem die Wahl erfolgte, frühestens mit dem Beginn der eigenen Mitgliedschaft. Das gilt auch, wenn die Wahl des Wahltarifes erst nach dem Ausbildungsbeginn/Studienbeginns erfolgt.
- VI. Die Bindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre (§ 53 Absatz 8 SGB V). Sie beginnt an dem Ersten des Folgemonats, in dem die Wahl erfolgte, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft im Wahltarif endet automatisch mit dem Ende der Ausbildung/des Studiums. Abweichend davon kann die Laufzeit des Wahltarifes um den Zeitraum verlängert werden, um den die Ausbildung/Studium besteht.
- VII. Bricht ein Auszubildender/Student die Ausbildung/das Studium vor dem erfolgreichen Abschluss ab und ist danach familienversichert, endet der Wahltarif mit dem Ende der Ausbildung/des Studiums. Bereits von der Betriebskrankenkasse gezahlte Boni sind an die tatsächliche Dauer des Wahltarifs anzupassen und vom Auszubildenden zurückzuzahlen.

- VIII. Der Wahltarif endet automatisch, wenn die Beitragszahlung vollständig von Dritten übernommen wird.
- IX. Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Tarif zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.

§ 17 Auskünfte an Versicherte

- I. Auskunft zu den im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten (§305 Abs. 1 SGB V) sowie zu zugelassenen Leistungserbringern und über die verordnungsfähigen Leistungen und Bezugsquellen (§ 305 Abs. 3 SGB V) wird dem Versicherten auf Verlangen mündlich oder schriftlich erteilt. § 25 Abs. 2 SGB X gilt entsprechend.
- II. Die Auskunft ist kostenfrei.

§ 18 Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 19 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Regierungspräsidium in Darmstadt.

§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 21 Übertragung des Ausgleichsverfahrens

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

Insbesondere wird die BKK-Arbeitgebersversicherung des BKK Landesverbandes Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 22 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden

Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse erfolgt darüber hinaus durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und in der Mitgliederzeitschrift. Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 12 Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu machen.

§ 23 Bekanntmachungen

- I. Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse, außerdem durch Bekanntgabe in der Mitgliederzeitung, in elektronischer Form unter <https://www.bkk-werra-meissner.de/kontakt/mitgliedermagazin-wohlfuehlsam/>.

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.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Krankenkasse beträgt die Aushangfrist in den Geschäftsstellen eine Woche.

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

- II. Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der Betriebskrankenkasse veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der Betriebskrankenkasse aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305 b SGB V 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

- I. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 29. November 2024 beschlossen.
- II. Die Satzung tritt am ersten des auf die Aushangfrist folgenden Monats in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 26. September 2014 und die dazu ergangenen Nachträge 1 bis 14 außer Kraft.

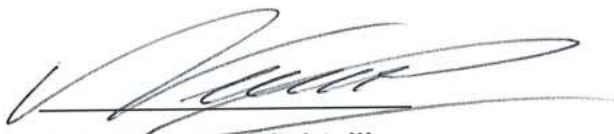
Eschwege, den 29.11.2024

Siegel / Stempel



Die Vorsitzende des
Verwaltungsrates

Der stellvertretende
Vorsitzende des
Verwaltungsrates



Anja Neumann-Achtelik



Enrico Pussin

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

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

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

1. Erstattung der Barauslagen

i. Tage-/Übernachtungsgeld

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

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Hessischen Reisekostengesetzes.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

ii. Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (z. B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.

Dabei können erstattet werden:

- a. die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse/2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte
- b. bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy-(Touristen-)klasse,
- c. bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 6 Abs. 1 des Hessischen Reisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.

2. Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgrößen gem. § 18 SGB IV.

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

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 75 EUR.

4. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tage

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein volles Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch Pflegekassenorganen stattfinden.

5. Pauschbeträge für Ausschussvorsitzende und deren Stellvertreter

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

II. Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen:

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

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

III. Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach I Ziffer 1 und 2.

Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme auf Grund eines besonderen Auftrages gezahlt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Anlage 2 Wahltarif Krankengeld

Teilnahme

- I. Die BKK WERRA-MEISSNER 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
 1. 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
 2. unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
- II. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche oder elektronische Willenserklärung gegenüber der BKK WERRA-MEISSNER erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen oder elektronischen Wahlerklärung bei der BKK WERRA-MEISSNER folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

- III. 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.

Tarifende / Kündigung

- IV. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche oder elektronische Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der BKK WERRA-MEISSNER.
- V. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche oder elektronische Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer:innen

- VI. Die Mitglieder müssen die BKK WERRA-MEISSNER unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK WERRA-MEISSNER aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK WERRA-MEISSNER haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
- VII. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK WERRA-MEISSNER nachzuweisen und die BKK WERRA-MEISSNER über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
- VIII. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

- IX. 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 unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

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

Für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler:innen und Publizist:innen 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 €

- X. 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 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.
- XI. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
- XII. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
- XIII. Die BKK WERRA-MEISSNER darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

- XIV. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK WERRA-MEISSNER bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- XV. 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.
- XVI. 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:
1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
 2. 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.

- XVII. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
- XVIII. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK WERRA-MEISSNER nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK WERRA-MEISSNER kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den jeweils zuständigen Medizinischen Dienst (MD) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- XIX. 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 Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Rente wegen voller Erwerbsminderung bezogen werden,
 - c. die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - d. solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird,
 - e. solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre,

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

XX. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

XXI. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn die Teilnehmerin/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 XIII dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz XXI keine Anwendung.

XXII. 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

XXIII. 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 XVIII erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt.

Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit dreißig Tagen anzusetzen.

- XXIV. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK WERRA-MEISSNER an die Teilnehmer:innen 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.

Dauer

- XXV. 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:innen-/Publizist:innen 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.

Höhe

- XXVI. 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

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

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

XXVII. Die BKK WERRA-MEISSNER kann die Angaben des/ der Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze XXX und XXXI.

XXVIII. 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.

XXIX. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK WERRA-MEISSNER sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK WERRA-MEISSNER auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK WERRA-MEISSNER im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts 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 BKK WERRA-MEISSNER 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.

Wechsel

- XXX. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche oder elektronische Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes XXXI – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK WERRA-MEISSNER nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK WERRA-MEISSNER folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende 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.

- XXXI. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz XXVI genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK WERRA-MEISSNER über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes XVI 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.