

Satzung der Krankenkasse



Übersicht zur Satzung

Artikel I	3
Inhalt der Satzung	3
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	3
§ 2 Verwaltungsrat	4
§ 2a Versichertenälteste / Vertrauenspersonen	7
§ 3 Vorstand	8
§ 4 Widerspruchsausschuss	9
§ 5 Kreis der versicherten Personen	11
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	12
§ 7 Aufbringung der Mittel	13
§ 8 Beitragsbemessung	14
§ 8a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	15
§ 9 Fälligkeit der Beiträge	16
§ 10 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)	17
§ 11 - nicht belegt -	18
§ 12 Höhe der Rücklage	19
§ 13 Leistungen gemäß § 11 SGB V	20
§ 13a Primärprävention	34
§ 13b Schutzimpfungen und andere Maßnahmen spezifischen Prophylaxe ..	35
§ 13c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	36
§ 13d Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen	37
§ 14 Medizinische Vorsorgeleistungen	38
§ 15 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	39
§ 15a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	43
§ 15b Arbeitnehmerbonus für Maßnahm. der betriebl. Gesundheitsförderung	47
§ 16 Wahltarife	48
§ 16a Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	48
§ 16b Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	49
§ 16c Wahltarif Krankentagegeld	50
§ 16d Wahltarif besondere Versorgung	57
§ 16e Wahltarif Selbstbehalt (sonstige Leistungen)	58
§ 17 Kooperation mit der PKV	61
§ 18 Aufsicht	62
§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband	63
§ 20 Bekanntmachungen	64
Artikel II	65
Inkrafttreten	65
Anlage zu § 1 der Satzung	68
Anlage zu § 2 der Satzung	78
Anlage zu § 10 der Satzung	81
Anlage zu § 15 (1) der Satzung	83

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 *Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse*

- (1) Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen BKK mkk – meine krankenkasse sowie die Kurzbezeichnung mkk – meine krankenkasse.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Berlin.

- (2) Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf alle in der Anlage zu dieser Satzung aufgeführten Betriebe der genannten Gesellschaften und deren Betriebsstätten.

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 *Verwaltungsrat*

- (1) 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.
4. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt jährlich.

- (2) Der Verwaltungsrat besteht aus 11 Personen der Gruppe der Versicherten und 11 Personen der Gruppe der Arbeitgeber.

Jede Person hat eine Stimme.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstandes 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. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
9. die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der Prüfer und Prüferinnen zu beschließen.

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

- (4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (5a) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- (6) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu dieser Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- (7) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- (8) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

Eine 2/3-Mehrheit der Gruppe der Versichertenvertreter und der Gruppe der Arbeitgebervereiner in getrennter Abstimmung bedürfen Beschlüsse über Anträge, a) den Vorstand zu wählen b) zu Änderungen des § 2 der Satzung.

- (9) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.
- (10) Sitzungen des Verwaltungsrats können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Bei öffentlichen, hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen.

In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrats vollständig 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 mkk – meine krankenkasse liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich.

Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Situation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrats und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht.

Bei öffentlichen, digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.

- (11) In hybriden und vollständig 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.

§ 2a *Versichertenälteste / Vertrauenspersonen*

- (1) Für die mkk – meine krankenkasse werden vom Verwaltungsrat Versichertenälteste sowie deren persönliche Stellvertretungen gewählt. Ein Mitglied, das an der Wahrnehmung seiner Aufgaben vorübergehend verhindert ist, wird durch seine Stellvertretung vertreten.
- (2) Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeiten ehrenamtlich aus.
- (3) Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen. Hierzu gehört die Weiterleitung von Informationen der mkk – meine krankenkasse an die Versicherten, die Unterstützung des Versicherten bei Leistungsanträgen und die Unterstützung der Betriebskrankenkasse bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

§ 3 *Vorstand*

- (1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.
- (2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3) Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er 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 mit einer Stellungnahme zu den Prüferfeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s 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.
- (4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
 - (5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 4 *Widerspruchsausschuss*

- (1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Ausgenommen hiervon sind Widerspruchsbescheide aufgrund von Widersprüchen gem. § 275c Abs. 3 und 5 SGB V. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Berlin.
- (2)
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich aus jeweils 3 Personen der Gruppe der Versicherten und Arbeitgeber zusammen, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Widerspruchsausschusses.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat eine Stellvertretung zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter und Versichertenvertreterinnen des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern und Versichertenvertreterinnen des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter und Arbeitgebervertreterinnen des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern und Arbeitgebervertreterinnen 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 Absatz 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Die Vorsitzenden werden jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Die Vorsitzende oder der Vorsitzende bestimmt die Schriftführerin oder den Schriftführer, der/ die auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder eine vom Vorstand Beauftragte oder 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 ist.
 8. 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.
 9. Der Widerspruchsausschuss kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung.
 10. Sitzungen des Widerspruchsausschusses können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzung). 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 Widerspruchsausschusses 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 mkk – meine krankenkasse 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.

11. In hybriden und vollständig 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 mkk – meine krankenkasse liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

- (3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- (4) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absatz 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 *Kreis der versicherten Personen*

- (1) Zum Kreis der bei der mkk – meine krankenkasse versicherten Personen gehören
 1. Arbeitnehmende und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- (2) Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der mkk – meine krankenkasse beitreten, wenn sie das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (3) Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die mkk – meine krankenkasse 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 mkk – meine krankenkasse versichert ist,
 4. sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmende an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentnerinnen und Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der mkk – meine krankenkasse versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die mkk – meine krankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentnerinnen und 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.
- (4) 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*

- (1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der mkk – meine krankenkasse mindestens 12 Monate gebunden. Dies gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt.
- (2) Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts die Kündigungserklärung des Mitglieds.
- (3) Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- (4) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz 3 Satz 2 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

§ 7 *Aufbringung der Mittel*

Die Mittel der mkk – meine krankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 8 *Beitragsbemessung*

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 entrichtende Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

§ 8a *Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz*

Die mkk – meine krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt 3,5 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9 *Fälligkeit der Beiträge*

- (1) Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

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

- (2) 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.
- (3) 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).

§ 10 *Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)*

Dass Ausgleichsverfahren der Arbeitgebereaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft nach dem AAG richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zu dieser Satzung.

§ 11 - nicht belegt -

§ 12 *Höhe der Rücklage*

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

§ 13 Leistungen gemäß § 11 SGB V

(1) Allgemeiner Leistungsumfang gemäß § 11 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V

Die Versicherten der mkk – meine krankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

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

(2) Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Absatz 2 Satz 5 SGB V

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 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt.
2. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

(3) Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 2 SGB V

1. Die mkk – meine krankenkasse gewährt auch dann Haushaltshilfe,
 - a) wenn die Versicherten häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhalten und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt.
 - b) wenn und solange den Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe ist auf 14 Einsatztage je Erkrankung begrenzt und darf einen Zeitraum von 3 Wochen nicht überschreiten. Eine erneute Inanspruchnahme ist frühestens nach Ablauf von

4 Wochen, ausgehend vom letzten Einsatztag, möglich. Dabei darf die Höchstdauer von insgesamt 28 Einsatztagen im Kalenderjahr nicht überschritten werden.

- c) Die Haushaltshilfe nach § 13 Absatz 3 Nr. 1a und § 13 Absatz 3 Nr. 1b wird für maximal 2 Stunden je Einsatztag gewährt.
- d) Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, davon 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 Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
- e) Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

(4) Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit gemäß § 47 Absatz 3 SGB V

- 1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.
- 2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
- 3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

(5) Kostenerstattung gemäß § 13 Absatz 2,4 und 5 SGB V

- 1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die mkk – meine krankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im 4. Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der mkk – meine krankenkasse 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 unter Einhaltung einer Frist von 2 Wochen zum Quartalsende schriftlich beenden.

4. Die Versicherten haben Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen (und, soweit vorhanden, durch die ärztliche Verordnung) nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die mkk – meine krankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 Euro 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 v. H., jedoch maximal um 50,00 Euro für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die 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 mkk – meine krankenkasse 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.

(6) Kostenerstattung Wahlarzneimittel gemäß § 13 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 130 Abs. 1a SGB V bzw. § 130a Absatz 1b SGB V

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 mkk – meine krankenkasse eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder

b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 6 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die mkk – meine krankenkasse 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, müssen Versicherte selbst tragen.

Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 Satz 6 SGB V ist um 10 v. H. als Abschlag für die der mkk – meine krankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie 5 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

(7) Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die mkk – meine krankenkasse übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen:

(8) Künstliche Befruchtung

1. Versicherte der mkk – meine krankenkasse erhalten über den gesetzlichen Anspruch nach § 27a Absatz 3 Satz 3 SGB V hinaus einen weiteren Zuschuss zu den mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten je Behandlungsversuch. Der Zuschuss beträgt 600,00 Euro je Behandlungsversuch, jedoch nicht mehr als die den Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten. Sind beide Ehegatten bei der mkk – meine krankenkasse versichert, beträgt der Zuschuss je Ehepaar insgesamt höchstens 600,00 Euro je Behandlungsversuch, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

2. Der Kostenzuschuss nach Nr. 1 wird nach Vorlage einer spezifizierten Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers geleistet.

(9) Ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

1. Versicherte der mkk – meine krankenkasse können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die mkk – meine krankenkasse mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Absatz 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
2. Die mkk – meine krankenkasse trifft - unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten - Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.
3. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen. Die mkk – meine krankenkasse führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Absatz 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten.
4. Soweit die vertraglichen Regelungen nicht dagegenstehen, gilt für die veranlassten Leistungen § 13 Absatz 5 Nr. 1 entsprechend.

(10) Nicht zugelassene Leistungserbringer – stationäre Behandlung

1. Die mkk – meine krankenkasse übernimmt im Rahmen von § 11 Absatz 6 SGB V die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung nach § 39 Absatz 4 SGB V unter folgenden Voraussetzungen:
 - a) mit dem Krankenhaus wurde eine Vereinbarung nach Nr. 4 getroffen, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet,
 - b) es liegt Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V vor und sie wird vom Arzt bescheinigt,
 - c) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - d) es handelt sich nicht um eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossene Behandlungsmethode,

- e) der mkk – meine krankenkasse wurde vor Behandlungsbeginn ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers vorgelegt,
 - f) die mkk – meine krankenkasse hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
 3. Die Versicherten erhalten mit der Zustimmung eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die mkk – meine krankenkasse sowie die voraussichtliche Höhe des zu leistenden Eigenanteils.
 4. Die mkk – meine krankenkasse schließt unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V mit nicht zugelassenen Krankenhäusern Vereinbarungen über die Erbringung stationärer Krankenhausbehandlung. Vertragspartner der Vereinbarungen können nur Krankenhäuser sein, deren Qualifikation mit denen der im 4. Kapitel des SGB V genannten Krankenhäusern vergleichbar ist und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.
 5. Die mkk – meine krankenkasse führt ein Verzeichnis der Krankenhäuser, für die Vereinbarungen nach Nr. 4 getroffen worden sind. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben zu den Leistungsinhalten sowie zu Eigenbeteiligungen der Versicherten. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Kasse stellt ihnen auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

(11) Weitere bezuschusste Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

1. Die mkk – meine krankenkasse beteiligt sich, zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme nachfolgend aufgeführter weiterer Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V.
2. Der Gesamtanspruch der oder des Versicherten für die Inanspruchnahme von Leistungen nach Absatz (12) bis Absatz (19) ist insgesamt auf 500,00 Euro pro Kalenderjahr begrenzt. Die Höhe des jeweiligen maximalen Zuschusses für die Inanspruchnahme der einzelnen Leistungen ergibt sich aus den Absätzen (12) bis (19).
3. Aus den Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung nach Absatz (20), Absatz (21), Absatz (22) und Absatz (23) können Versicherte individuell auswählen und hierfür insgesamt einen kalenderjährlichen Zuschuss in Höhe von bis zu 600,00 € von der mkk – meine krankenkasse erhalten. Der Zuschuss je Einzelleistung beträgt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten und wird auf den Gesamtanspruch von 600,00 Euro je Kalenderjahr angerechnet.

4. Eine Übertragung von gegebenenfalls nicht in Anspruch genommenen Zuschüssen auf das folgende Kalenderjahr oder andere Versicherte ist nicht möglich.
5. Maßgeblich für die Zuordnung zum jeweiligen Anspruchszeitraum ist der tatsächliche Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme (Datum der Leistungserbringung). Bei kalenderjahresübergreifenden Behandlungen entscheidet allein der Abschluss der Behandlung über die Zuordnung zum jeweiligen Anspruchszeitraum. Gegebenenfalls anfallende Kosten für das Ausstellen einer detaillierten Rechnung werden von der mkk – meine krankenkasse nicht erstattet.

(12) Versiegelung von Glattflächen bei Kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband

1. Die mkk – meine krankenkasse gewährt Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres über die Regelleistung hinaus auf Grundlage von § 11 Absatz 6 i. V. m. § 28 Absatz 2 SGB V einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 100,00 Euro zur Versiegelung der Glattflächen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung mit Multiband. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2.
2. Zur Erstattung ist eine spezifizierte Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers einzureichen.

(13) Retainer

1. Die mkk – meine krankenkasse beteiligt sich zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer in Anspruch genommenen kieferorthopädischen Behandlung, soweit diesbezüglich eine Leistungspflicht der mkk – meine krankenkasse besteht und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde, als Alternative zu herausnehmbaren Retentionsapparaturen nach den folgenden Absätzen über die Regelleistung hinaus auf Grundlage von § 11 Absatz 6 i. V. m. § 28 Absatz 2 SGB V an den Kosten eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers (Retainer). Ebenfalls leistet sie einen Zuschuss für anfallende Reparaturleistungen während einer gemäß § 28 Absatz 2 Satz 6 und 7 SGB V laufenden kieferorthopädischen Behandlung.
2. Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten des Retainers ist dessen Einsetzen durch einen zugelassenen oder einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Kostenbeteiligung erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, umfasst insgesamt jedoch maximal 150,00 Euro.
3. Der Zuschuss für anfallende Reparaturkosten beträgt insgesamt maximal 50,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
4. Für die jeweilige Kostenbeteiligung nach Nr. 2 und Nr. 3 gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2.

5. Für anfallende Reparaturleistungen nach einer erfolgreich abgeschlossenen kieferorthopädischen Behandlung gewährt die mkk – meine krankenkasse keinen Zuschuss. Gleiches gilt für Reparaturleistungen nach Beendigung des Versichertenverhältnisses bei der mkk – meine krankenkasse.
6. Die Kostenbeteiligung für den Retainer bzw. der Zuschuss für eine anfallende Reparaturleistung werden unter Vorlage der Rechnung nach erfolgreichem Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung mit der Erstattung der Eigenanteile geleistet. Die Rechnung muss neben der Bezeichnung des Leistungserbringers nach Nr. 2. den Namen der bzw. des Versicherten, den Behandlungstag bzw. den Tag der Reparaturleistung, die detaillierte Leistungsbenennung, die Abrechnungsposition sowie die Kosten erkennen lassen.
7. Kostenbeteiligung und Zuschuss entfallen bei zusätzlicher vertraglicher Abrechnung von eingesetzten herausnehmbaren Retentionsapparaturen durch den behandelnden Leistungserbringer nach Nr. 2.

(14) Osteopathie

1. Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung 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 Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.
2. Die mkk – meine krankenkasse beteiligt sich für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten an den Kosten der Leistung nach Nr. 1. Erstattet werden bis zu 60,00 Euro je Sitzung, maximal jedoch bis zu 240,00 Euro je Kalenderjahr und nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten je Sitzung. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2. Zur Erstattung sind die Rechnung(en), sowie eine ärztliche Verordnung vorzulegen.

(15) Professionelle Zahnreinigung

1. Versicherte der mkk – meine krankenkasse haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Absatz 2 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung durch einen Vertragszahnarzt, Vertragskieferorthopäden oder einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Altersgrenze gemäß § 28 Absatz 2 Satz 6, § 29 Absatz 4 SGB V i. V. m. Abschnitt B Nr. 4 Absatz 1 KFO-RL gilt.
2. Der Zuschuss wird zweimalig im Kalenderjahr in Höhe von jeweils maximal 40,00 Euro – jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten – gewährt. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2. Zur Erstattung des Zuschusses ist die Rechnung vorzulegen.

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

1. Die mkk – meine krankenkasse erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
 - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf einem Privatrezept erfolgte und
 - c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
2. Die mkk – meine krankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Nr. 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100,00 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.
3. Für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie für versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (mit Entwicklungsstörung) erstattet die mkk – meine krankenkasse abweichend von Nr. 2 die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 150,00 Euro pro Kalenderjahr und Kind bzw. Jugendlichen.
4. Für die jeweilige Kostenerstattung nach Nr. 2 und Nr. 3 gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2.
5. Zur Erstattung sind der mkk – meine krankenkasse die spezifizierten Rechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.
6. Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
7. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

(17) Sportmedizinische Beratung und Untersuchung

1. Über die gesetzlichen Regelungen hinaus beteiligt sich die mkk – meine krankenkasse auf der Basis von § 11 Absatz 6 i. V. m. § 23 SGB V im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung an den Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder ortho-

pädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden und entsprechende Risikofaktoren vorliegen. Derartige Risikofaktoren sind:

- a) erhöhtes Körpergewicht
 - b) erhöhter Blutdruck
 - c) kardiovaskuläre Vorerkrankungen
 - d) Atemwegserkrankungen
 - e) Skelettvorerkrankungen, z. B. Skoliose
 - f) Diabetes
 - g) Rauchen
 - h) Alkoholmissbrauch
2. Sofern ärztlich bescheinigte, besondere weitere Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Spiroergometrie, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.
 3. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von einem mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ zugelassenen Vertragsarzt, von einer sportmedizinischen Einrichtung eines Universitätsklinikums oder von einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ erbracht wird.
 4. Die mkk – meine krankenkasse beteiligt sich mit maximal 80,00 Euro an den tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten der Untersuchung. Werden die unter Nr. 2 aufgeführten zusätzlichen Untersuchungen in Anspruch genommen, werden insgesamt nicht mehr als 150 Euro erstattet. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2. Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen und die ärztliche(n) Bescheinigung(en) nach Nr. 1 und Nr. 2 vorzulegen.
 5. Eine erneute Erstattung für die Inanspruchnahme einer sportmedizinischen Beratung und die sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ist möglich, wenn seit der letzten Inanspruchnahme der Leistung mindestens zwei Jahre vergangen sind.

(18) Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

1. Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die mkk – meine krankenkasse im Einzelfall die Kosten in Höhe von maximal 60,00 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:
 - a) Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
 - b) die Untersuchung wird von einer Fachärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

2. Für die Kostenerstattung nach Nr. 1 gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2. Zur Kostenerstattung ist neben der personifizierten Rechnung die ärztliche Bestätigung der o. g. Vorbelastung einzureichen.

(19) Zahnärztliche Leistungen (Abformverfahren)

1. Die mkk – meine krankenkasse beteiligt sich über die Regelleistung hinaus auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V i. V. m. § 28 Absatz 2 SGB V an den Kosten für moderne Gebiss-Abformverfahren inkl. der elektronischen Speicherung des erhobenen Befundes, wenn diese im Zusammenhang mit (vertragszahnärztlich zugelassenen) Maßnahmen zur Verhütung, Früherkennung oder Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten durchgeführt werden.
2. Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten der Maßnahme nach Nr. 1 ist die Durchführung durch einen Vertragszahnarzt oder durch einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Kostenbeteiligung für die erstmalige Inanspruchnahme erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten bis zu einem Betrag von 150,00 Euro. Frühestens nach Ablauf von 3 Jahren seit der erstmaligen Inanspruchnahme ist einmalig eine erneute Kostenbeteiligung in Höhe von 50,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten, möglich. Voraussetzung hierfür ist die Bestätigung des Vertragszahnarztes bzw. des nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers über eine Veränderung des bislang erhobenen Befundes. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2. Zur Erstattung des Kostenzuschusses ist der mkk – meine krankenkasse die Rechnung des Leistungserbringers vorzulegen.

(20) Arzneimittel für Schwangere

1. Die mkk – meine krankenkasse erstattet für schwangere Versicherte alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Folsäure und/oder Magnesium als Monopräparate oder Kombinationspräparate und für Mütter von der Geburt bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres ihres Kindes alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Jodid als Monopräparat, sofern
 - a) die Verordnung des Arzneimittels auf Privatrezept erfolgte und
 - b) das Arzneimittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurdein voller Höhe. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 3.
2. Zur Erstattung sind der mkk – meine krankenkasse die spezifizierten Rechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

3. Von der Versorgung nach Absatz 1 sind Arzneimittel nicht umfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit Jodid, Eisen, Magnesium oder Folsäure ist ausgeschlossen.
4. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

(21) Rufbereitschaft Hebammen

1. Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die mkk – meine krankenkasse Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder nach § 13 Absatz 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.
2. Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme einmal je Schwangerschaft bis zur kalenderjährlichen Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 3. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der mkk – meine krankenkasse die Rechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

(22) Schwangerschaftsvorsorge

1. Die mkk – meine krankenkasse beteiligt sich über die gesetzlichen Leistungen hinaus und auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 i. V. m. § 23 SGB V mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen bei Schwangerschaft. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 3.
2. Die mkk – meine krankenkasse beteiligt sich mit einem Zuschuss an den ärztlichen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:
 - a) B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
 - b) Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagemütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.

- c) Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- d) Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden.

- 3. Zur Erstattung ist der mkk – meine krankenkasse die jeweilige Rechnung vorzulegen.
- 4. Soweit die Schwangere eine oder mehrere der vorgenannten Leistungen zur Schwangerschaftsvorsorge bereits im Rahmen der Teilnahme am Wahltarif besondere Versorgung (§ 140a SGB V) gemäß § 16d der Satzung in Anspruch genommen hat, ist eine zusätzliche Inanspruchnahme dieser Leistung(en) nach dieser Regelung ausgeschlossen.

(23) Partner-Geburtsvorbereitungskurs

- 1. Die mkk – meine krankenkasse beteiligt sich je Schwangerschaft an den Kosten für die Teilnahme einer Begleitperson der Schwangeren an einem Partner-Geburtsvorbereitungskurs. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 3. Voraussetzung ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134a Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Absatz 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.
- 2. Zur Erstattung ist der mkk – meine krankenkasse die jeweilige Rechnung vorzulegen.

(24) Früherkennung von Darmkrebs (Koloskopie)

- 1. Die mkk – meine krankenkasse beteiligt sich über die gesetzlichen Leistungen hinaus und auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 i. V. m. § 23 SGB V einmalig an den Kosten einer Darmspiegelung (Koloskopie) für Versicherte nach Vollendung des 45. Lebensjahres und vor Vollendung des 50. Lebensjahres, sofern nach ärztlicher Bescheinigung entsprechende Risikofaktoren (familiär bedingt oder erblich erhöhtes Erkrankungsrisiko) vorliegen. Der Zuschuss beträgt maximal 100,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten.
- 2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von einem zugelassenen Vertragsarzt oder von einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt erbracht wird.
- 3. Zur Erstattung sind eine spezifizierte Rechnung und die ärztliche Bescheinigung nach Nr. 1 vorzulegen.

(25) Zusätzliche Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen

1. Die mkk – meine krankenkasse beteiligt sich über die gesetzlichen Leistungen nach § 26 SGB V hinaus einmalig an den Kosten für die Kinderuntersuchungen „U10“ und „U11“ sowie die Jugenduntersuchung „J2“, sofern keine bestehende Erkrankung vorliegt, aber ärztlich bestätigte Risikofaktoren (z. B. Auffälligkeiten der Atmungsorgane, der geistig-seelischen Entwicklung, des Wachstums oder des Knochenbaus) auf eine Schwächung der Gesundheit oder auf eine drohende Erkrankung hinweisen. Der Zuschuss beträgt maximal 60,00 Euro je Untersuchungsart, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten.
2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Untersuchung von einem zugelassenen Vertragsarzt oder einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt durchgeführt wird.
3. Zur Erstattung sind eine spezifizierte Rechnung und die ärztliche Bescheinigung nach Nr. 1 vorzulegen.

§ 13a *Primärprävention*

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die mkk – meine krankenkasse auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Absatz 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention nach dem

- Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V)
- individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V) mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung

Suchtmittelkonsum:

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

Leistungen, die von der mkk – meine krankenkasse 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 ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 400,00 Euro je Kalenderjahr gewährt. Bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhöht sich dieser Zuschuss auf 90 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 500,00 Euro.

Der Zuschuss für Versicherte bis zum vollendetem 18. Lebensjahr beträgt 100 v. H., max. 400,00 Euro je Kalenderjahr, bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 62 SGB V max. 500,00 Euro.

§ 13b *Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe*

Die mkk – meine krankenkasse übernimmt auf der Grundlage von § 20i Absatz 2 SGB V zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe in folgendem Umfang:

Die mkk – meine krankenkasse übernimmt die Kosten von Schutzimpfungen, wenn diese Schutzimpfungen ärztlich empfohlen sind.

Gripeschutzimpfungen, die regional von anderen Krankenkassen in deren Bereich durchgeführt werden, werden von der mkk – meine krankenkasse auch übernommen, wenn für die mkk – meine krankenkasse keine vertraglichen Regelungen bestehen. Ausgeschlossen sind Mitglieder, die von der Möglichkeit der betrieblichen Schutzimpfungen keinen Gebrauch gemacht haben.

Die mkk – meine krankenkasse übernimmt die Kosten für eine medikamentöse Malaria prophylaxe und für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos bei Aufenthalt in einem Risikogebiet im Ausland indiziert sind. Hierzu gehören Impfungen gegen:

- Cholera
- FSME
- Gelbfieber
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Japanische Enzephalitis
- Meningokokken-Meningitis
- Poliomyelitis
- Tollwut
- Typhus.

§ 13c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

1. Die mkk – meine krankenkasse bietet ihren Versicherten Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz an. Insbesondere werden Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren von der mkk – meine krankenkasse angeboten, die dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.
2. Die von der mkk – meine krankenkasse gewährten Leistungen müssen den „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz 2 SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz“ in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.
3. Grundsätzlich bietet die mkk – meine krankenkasse die Leistungen nach Nr. 2 selbst an und informiert ihre Versicherten darüber in geeigneter Form. Werden Leistungen von Dritten erbracht, übernimmt die mkk – meine krankenkasse die Kosten in Höhe von 80 v.H. soweit die Voraussetzungen nach Nr. 2 erfüllt sind und die Leistung nachweislich die digitale Gesundheitskompetenz der oder des Versicherten fördert. Versicherte können mehrere Leistungen je Kalenderjahr in Anspruch nehmen. Der Höchstzuschuss für alle Leistungen beträgt insgesamt je Kalenderjahr maximal 400,00 Euro.
4. Vor der Inanspruchnahme einer Leistung, die durch Dritte erbracht wird, ist vom Versicherten ein formloser Antrag bei der mkk – meine krankenkasse zu stellen, der Informationen zu Inhalt, Methodik, Qualität und den entstehenden Kosten erhält.
5. Zur (anteiligen) Erstattung der Kosten ist der mkk – meine krankenkasse der entsprechende Nachweis über die Inanspruchnahme der Leistung in Form einer Teilnahmebescheinigung, die Informationen über den vermittelten Inhalt der Leistung enthält, und die Rechnung vorzulegen.
6. Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne direkten Gesundheitsbezug vermitteln (z. B. Anwendung von Hard- und Software) oder die offene oder verdeckte Produktwerbung enthalten, dürfen von der mkk – meine krankenkasse nicht angeboten oder finanziell bezuschusst werden.

§ 13d Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen

Die mkk – meine krankenkasse unterstützt die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versichertenleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 SGB X auf die mkk – meine krankenkasse übergehen (auf Grundlage der Bewertung durch den zuständigen Fachbereich).

§ 14 *Medizinische Vorsorgeleistungen*

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die mkk – meine krankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten und Kurtaxe kalendertäglich 16,00 Euro. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 Euro.

§ 15 *Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten*

(1) „Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

1. Versicherte, die die jeweils für ihr Alter vorgesehen einmaligen Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V in Anspruch nehmen, erhalten für jede nachgewiesene Maßnahme einen Geldbetrag in Höhe von 5,00 Euro.
2. Versicherte, die die jeweils für ihr Alter vorgesehenen regelmäßigen Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V in Anspruch nehmen, erhalten für jede nachgewiesene Maßnahme einen Geldbetrag in Höhe von 5,00 Euro.
3. Versicherte, die zahnärztliche Untersuchungen nach den §§ 22 Abs. 1, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V in Anspruch nehmen, erhalten je nachgewiesener Untersuchung einen Geldbetrag in Höhe von 5,00 Euro.
4. Versicherte, die Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V i. V. m. der jeweils gültigen Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Anspruch nehmen, erhalten je nachgewiesener Schutzimpfung einen Geldbetrag in Höhe von 5,00 Euro.
5. Versicherte, die alle jeweils für ihr Alter vorgesehenen einmaligen und regelmäßigen Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V sowie zahnärztliche Untersuchungen nach den §§ 22 Abs. 1, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V in Anspruch nehmen, erhalten einen Bonus nach Wahl aus einer der Bonusvarianten 1 bis 3 nach Nr. 6.
6. Bonusvarianten:

Bonusvariante 1:

Versicherte erhalten als Bonus einen Geldbetrag je Kalenderjahr in Höhe von 70,00 Euro, wenn die Voraussetzungen nach Nr. 5 erfüllt werden. Bereits für das betreffende Kalenderjahr gewährte Boni nach den Nr. 1 bis 3 werden angerechnet.

Bonusvariante 2:

Versicherte erhalten als Bonus einen Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten für jede Inanspruchnahme der in der Anlage dieser Satzung aufgeführten Leistungen, soweit kein anderweitiger Leistungsanspruch nach § 13 dieser Satzung besteht. Der Bonus beträgt je Kalenderjahr und für alle im maßgeblichen Kalenderjahr in Anspruch genommenen Leistungen zusammen insgesamt bis zu 100,00 Euro, jedoch nicht mehr als die jeweils tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten, wenn die Voraussetzungen nach Nr. 5 erfüllt werden. Bereits für das betreffende Kalenderjahr gewährte Boni nach den Nr. 1 bis 3 werden angerechnet.

Bonusvariante 3:

Versicherte erhalten als Bonus einen einmaligen Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten für technische Geräte zur Speicherung, Verarbeitung und Darstellung digitaler Inhalte mit Gesundheitsbezug in Höhe von bis zu 210,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten, innerhalb eines Zeitraums von drei Kalenderjahren, wenn in diesem Zeitraum keine andere Bonusvariante in Anspruch genommen wurde und die Voraussetzungen nach Nr. 5 erfüllt werden. Die Kosten müssen im maßgeblichen Bonuszeitraum entstanden sein. Bereits für das betreffende Kalenderjahr gewährte Boni nach den Nr. 1 bis 3 werden angerechnet.

7. Versicherte dürfen jeweils nur eine der Bonusvarianten nach Nr. 6 wählen. Die Wahl der Bonusvarianten 1 oder 2 ist jeweils für ein Kalenderjahr möglich. Wird Bonusvariante 3 gewählt, kann für einen Zeitraum von drei Kalenderjahren keine andere Bonusvariante gewählt werden. Voraussetzung für eine Auszahlung der entsprechenden Boni ist die Teilnahme am Bonusprogramm der mkk – meine krankenkasse. Die gleichzeitige Teilnahme am Bonusprogramm „Babybonus“ ist für die jeweiligen Zeiträume der gewählten Bonusvarianten ausgeschlossen.
8. Der Nachweis der einzelnen Maßnahmen nach Nr. 1 bis 5 erfolgt entweder
 - a) durch Bestätigung der Ärztin/des Arztes bzw. des Erbringers der Leistung im Bonusblatt/Bonusheft der mkk – meine krankenkasse, elektronisch (Bonus-App) oder
 - b) durch Verwendung der nach § 284 Absatz 1 SGB V rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung des betroffenen Versicherten.
9. Die Bonusauszahlung für das jeweilige Kalenderjahr ist bis spätestens 30.04. des Folgejahres zu beantragen. Bei Wahl der Bonusvariante 3 ist die Bonusauszahlung bis spätestens 30.04. nach Ablauf der 3 Kalenderjahre zu beantragen. Wählt der Versicherte die Bonusvarianten 2 oder 3, sind die entsprechenden Rechnungen und Quittungen zum Nachweis der Inanspruchnahme der bezuschussungsfähigen Leistungen der mkk – meine krankenkasse zur Verfügung zu stellen.“

(2) „Bonusprogramm „PrävBonus“ (Präventionsmaßnahmen)

1. Versicherte erhalten einen Bonus für die Inanspruchnahme von Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention bzw. zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens.
2. Der Bonus beträgt 10,00 Euro je Kalenderjahr für den Nachweis einer der nachfolgend aufgeführten Maßnahmen und ist auf eine Maßnahme pro Kalenderjahr begrenzt:
 - a) Teilnahme an einer Gesundheitsaktion oder -schulung der mkk – meine krankenkasse, des Arbeitgebers, der (Hoch)schule oder eines eingetragenen Vereins, sofern die Maßnahme regelmäßig (mindestens 2 Termine) in Anspruch genommen wird und es sich nicht um Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung handelt.
 - b) Teilnahme an Maßnahmen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V i. V. m. § 13 Abs. 22 dieser Satzung im Rahmen einer Gesundheitsaktion bzw. Teilnahme an Maßnahmen der mkk – meine krankenkasse und/oder Vertragspartnern zur Nutzung von Präventions- und Gesundheitsangeboten
 - c) Regelmäßige Teilnahme (mind. 80 v. H.) an Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V i. V. m. dem jeweils gültigen Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbandes Bund.
3. Der Nachweis der entsprechenden Maßnahme nach Nr. 2 erfolgt durch Bestätigung des jeweiligen Leistungserbringers oder – sofern die Maßnahme durch die mkk – meine krankenkasse angeboten wird – durch die mkk – meine krankenkasse im Bonusblatt/Bonusheft der mkk – meine krankenkasse oder in elektronischer Form (Bonus-App).
4. Die Bonusauszahlung für das jeweilige Kalenderjahr ist bis spätestens 30.04. des Folgejahres zu beantragen.“

(3) „Bonusprogramm „Babybonus“

1. Die mkk – meine krankenkasse gewährt einen Bonus, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt wurden:
 - a) Inanspruchnahme aller im ersten Lebensjahr vorgesehenen Schutzimpfungen,
 - b) Nachweis aller durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U6,
 - c) Nachweis der Mutter über Teilnahme an allen Schwangerschaftsvorsorgeterminen nach der jeweils gültigen Mutterschafts-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.
2. Der Bonus beträgt 190,00 Euro.
3. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt/ von der Ärztin bzw. dem Anbieter der Leistung im mkk – meine krankenkasse Kinderbonusheft quittiert bzw. in elektronischer Form nachgewiesen. Der Nachweis nach Nr. 1 c) kann auch durch den Mutterpass erfolgen.
4. Durch die Bestätigung der Durchführung der unter Nr. 1 aufgeführten Untersuchungen gelten diese als erfüllt und können nicht zusätzlich beim Bonusprogramm nach Absatz 1 eingereicht werden.
5. Der Babybonus wird dem Kind als Geldbetrag gewährt und ist bis zur Vollendung des 14. Lebensmonats durch rechtzeitige Vorlage des Kinderbonusheftes (vor Vollendung des 14. Lebensmonats) bzw. des Mutterpasses bei der mkk – meine krankenkasse zu beantragen. Zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Maßnahmen nach Nr. 1 müssen die Mutter und das Kind bei der mkk – meine krankenkasse versichert sein.“

§ 15a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Großunternehmen ab 250 Arbeitnehmer (nach EU-Richtlinien)

Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen nach dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind. Die mkk – meine krankenkasse wird dazu mit ausgewählten Betrieben einen Vertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis entsprechender Bedingungen knüpft.

1. Ein Bonus wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber Folgendes nachweist:
 - Es besteht seit mindestens 2 Jahren ein Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb unter Beteiligung der mkk – meine krankenkasse.
 - Es existiert eine Betriebsvereinbarung zur BGF.
 - BGF ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes.
 - Das Unternehmen hat sich öffentlich zu den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration zur BGF bekannt.
 - BGF ist ausdrücklicher Bestandteil der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen des Unternehmens.
 - Das Unternehmen stellt eigens finanzielle und/oder personelle Ressourcen für BGF-Maßnahmen zur Verfügung.
2. Der Bonus aus Absatz 1 Nr. 1 erhöht sich, wenn der Arbeitgeber zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:
 - Das Unternehmen erstellt mindestens alle 2 Jahre einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung der mkk – meine krankenkasse.
 - Das Unternehmen erhebt mindestens alle 2 Jahre gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeitendenbefragung.
 - Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden:
 - Gesundheitszirkel
 - Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess
 - Mitarbeitergespräche, Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche
 - Betriebliches Vorschlagswesen

3. Der Bonus aus Absatz 1 Nr. 1 und 2 erhöht sich weiterhin, wenn der Arbeitgeber zusätzlich folgende gesundheitsförderlichen Aktivitäten nachweist:

Im Unternehmen werden BGF-Maßnahmen angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen (mindestens 4 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):

- Ermöglichung von mitarbeiterbezogenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung i. S. d. gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kritiken der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Absatz 1 und 2 SGB V
- Angebot kostenloser Gesundheitssport-Angebote im Rahmen des Betriebssports
- Vorhalten von Gymnastik- und/oder Ruheräumen
- Gewährung zusätzlicher bezahlter Kurzpausen
- wirksame Nichtraucherschutzregelung
- Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
- Teilnahme am Audit „Familie & Beruf“
- Angebote zur betrieblichen Suchtprävention
- Gender- und lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte (z.B. für ältere Mitarbeiter, Azubis):
 - Alle Mitarbeitenden erhalten die Gelegenheit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen.
 - Alle Mitarbeitenden sind durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich BGF informiert.
 - Für mindestens 6 Monate konstant bleibende Steigerung der Beteiligung an gesundheitsförderlichen Aktionen, z.B. Lauftreffs.

Der Bonus ist zweckgebunden, d.h. er muss in Maßnahmen der BGF investiert werden. Jede Bonusstufe ist nur einmalig für das Gesamtunternehmen oder einzelne Unternehmensbereiche zu erzielen. Die Höhe des Bonus darf die Gesamtaufwendungen für BGF nicht übersteigen und ist begrenzt auf einen Monatsbeitrag. Das Nähere regelt der Vertrag mit dem Unternehmen.

- (2) Kleine und mittelständische Unternehmen bis 250 Arbeitnehmer (nach EU Richtlinien)

Die mkk – meine krankenkasse schließt mit ausgewählten Betrieben Verträge zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Verträge können die Gewährung eines Bonus vorsehen. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen nach dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind.

1. Ein Bonus wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Firmenkunde Folgendes mit der mkk – meine krankenkasse vertraglich vereinbart:
 - Das Unternehmen erhebt gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeitendenbefragung.
 - Es wird eine Arbeitsplatzanalyse und individuelle Mitarbeitendengespräche durchgeführt.
 - Mitarbeitende werden informiert und bestärkt, individuelle Präventionskurse zu besuchen. Die Kurse werden von der mkk – meine krankenkasse im Unternehmen angeboten, bzw. wenn das Unternehmen zu klein ist, werden Angebote in der Nähe des Versicherten aufgezeigt.
2. Der Bonus aus Absatz 2 Nr. 1 erhöht sich, wenn der Firmenkunde zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:
 - Das Unternehmen wiederholt mindestens alle 2 Jahre die oben beschriebenen Maßnahmen.
 - Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden:
 - Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess oder
 - Mitarbeitergespräche, Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche oder
 - Betriebliches Vorschlagswesen
3. Der Bonus aus Absatz 2 Nr. 1 und 2 erhöht sich, wenn der Firmenkunde zusätzlich folgende gesundheitsförderlichen Aktivitäten nachweist:

Im Unternehmen werden Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen (mindestens 2 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):

- Vorhalten von Gymnastik- und/oder Ruheräumen
- Gewährung zusätzlicher bezahlter Kurzpausen
- Wirksame Nichtraucherschutzregelung
- Ermöglichung von mitarbeiterbezogenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung i. S. d. gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kritiken der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Absatz 1 und 2 SGB V
- Angebot kostenloser Gesundheitssport-Angebote im Rahmen des Betriebssports
- Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
- Teilnahme an themenbezogenen Audits
- Angebote zur betrieblichen Suchtprävention

- lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte (z.B. für ältere Mitarbeiter, Azubis, etc.):
 - Alle Mitarbeitenden erhalten die Gelegenheit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen.
 - Alle Mitarbeitenden sind durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich BGF informiert.
 - Für mindestens 6 Monate konstant bleibende Steigerung der Beteiligung an gesundheitsförderlichen Aktionen, z.B. Lauftreffs.

Das Unternehmen erhält einen zweckgebundenen Bonus, wenn es einen Vertrag mit der mkk – meine krankenkasse geschlossen hat. Der Bonus muss in Maßnahmen der BGF investiert werden.

Jede Bonusstufe ist nur einmalig für das Gesamtunternehmen oder einzelne Unternehmensbereiche zu erzielen. Die Höhe des gesamten Bonus darf die Aufwendungen für BGF nicht übersteigen und ist begrenzt auf einen Monatsbeitrag innerhalb eines Jahres.

§ 15b Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Jahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 2 i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers in einem der folgenden Handlungsfelder teilnehmen:
1. Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
 2. Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
 3. Suchtprävention im Betrieb
 4. Stressbewältigung und Ressourcenstärkung.
- (2) Versicherten wird ein Bonus in Höhe von 50,00 Euro ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Jahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die Teilnahme an einer Maßnahme nach Absatz (1) nachgewiesen wurde. Zum Zeitpunkt des EinlöSENS des Bonus (bei Antragstellung) muss eine ungekündigte Versicherung bei der mkk – meine krankenkasse bestehen.

§ 16 *Wahltarife*

§ 16a *Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme*

Die mkk – meine krankenkasse bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme an:

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

§ 16b *Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung*

- (1) Die mkk – meine krankenkasse 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 der hausarztzentrierten Versorgung 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.

§ 16c *Wahltarif Krankentagegeld*

Allgemeines

- (1) Die mkk – meine krankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen. Mitglieder, die am Tag der Teilnahmeerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente (oder die Regelaltersgrenze) erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
- 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
 - unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens zwölf Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

Anspruch

- (2) Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Absatz 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Absatz 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der mkk – meine krankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Absatz 1 SGB V i. V. m. der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- (3) Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld
1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifgruppe KGS), (Karenzzeit),

2. bei Mitgliedern, die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifgruppe KGK), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz 13 festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld; in diesem Falle kann die Wahl rückgängig gemacht werden. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit. Für Mitglieder, die nach Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Absatz 13), besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif sich nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt.
- (4) Für den Anspruch auf Krankengeld 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. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der mkk – meine krankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die mkk – meine krankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- (5) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Absatz 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.
- (6) Der Anspruch auf Krankengeld endet:
 1. mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreises,
 2. mit dem Bezug einer in § 50 Absatz 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
 3. mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI,
 4. mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz 14 oder 15
 5. mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der mkk – meine krankenkasse,

6. mit dem Erreichen des Renteneintrittsalters für eine Regelaltersrente (oder dem Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 235 SGB VI, wenn das Mitglied nicht
- 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 war oder
 - unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

Höhe

- (7) Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Versicherten
1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 1.929,00 Euro 45,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifgruppe KGS 1 und KGK 1),
 2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 2.786,00 Euro 65,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifgruppe KGS 2 und KGK 2),
 3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 3.643,00 Euro 85,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifgruppe KGS 3 und KGK 3).

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der mkk – meine krankenkasse. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt eine Umgruppierung nach Absatz 17.

- (8) Das Mitglied hat auf Verlangen der mkk – meine krankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z. B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der mkk – meine krankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei 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 Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife

erfolgt analog den Regelungen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

- (9) Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 4 durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

Dauer

- (10) Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit (aufgrund derselben Erkrankung) für längstens 52 Wochen innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem 3-Jahres-Zeitraum spätestens mit Ablauf der 52. Woche. Sofern im letzten 3-Jahres-Zeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahres-Zeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen 16 oder 17 unbeachtlich.

Ruhen

- (11) Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Absatz 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.
- (12) Die §§ 16, 18 Absatz 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 63, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- (13) Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der mkk – meine krankenkasse folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der mkk – meine krankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden. 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.

Kündigung

- (14) Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der mkk – meine krankenkasse. Abweichend von § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der mkk – meine krankenkasse vorbehaltlich Absatz 15 frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- (15) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, 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. 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, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

- (16) Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, jedoch nicht innerhalb des ersten Jahres der Laufzeit des Tarifs und auch dann nicht, wenn zum Zeitpunkt der Wahl Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist – vorbehaltlich Absatz 17 – höchstens einmal innerhalb der 3-jährigen Laufzeit möglich. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der mkk – meine krankenkasse folgenden Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende Tarifgruppe keine Wartezeit. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz 17 werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.
- (17) Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen nach Absatz 8 die in Absatz 7 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der mkk – meine krankenkasse über das Unterschreiten folgt; erfolgt die Feststellung während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit, gilt die neue Tarifgruppe ab Beginn des Kalendermonats, der auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 3 besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

- (18) Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz 3 und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz 7 ergeben sich die Tarifgruppen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifgruppen

Tarifgruppe	Euro
KGS 1	68,85
KGS 2	99,45
KGS 3	130,05
KGK 1	100,80
KGK 2	145,60
KGK 3	190,40

- (19) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife in einem Monatsbeitrag an die mkk – meine krankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich ausschließlich per Lastschriftinzugsverfahren. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen.

Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen 16 oder 17 ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.

Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Absatz 2 SGB I.

- (20) Die Prämie ist auch für die Dauer des Bezuges von Krankengeld (nach §§ 44 ff. SGBV als auch nach diesem Wahltarif) und sonstigen Entgeltersatzleistungen zu zahlen.
- (21) Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
- (22) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach § 19 Absatz 2 VwVG erhoben.
- (23) Die mkk – meine krankenkasse darf fällige Prämien gemäß § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 16d *Wahltarif besondere Versorgung*

- (1) Die mkk – meine krankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die 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.

§ 16e *Wahltarif Selbstbehalt (sonstige Leistungen)*

Allgemeines

- (1) Die mkk – meine krankenkasse bietet ihren Mitgliedern, die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen diesen Wahltarif mit Prämienzahlung bei Leistungsverzicht nach § 53 Absatz 1 SGB V an.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen.

Gegenstand

- (2) Wählen die Mitglieder diesen Tarif, übernehmen sie für einzelne Leistungen pro Tarifjahr einen Teil der von der mkk – meine krankenkasse zu tragenden Kosten in Höhe von 400,00 Euro (Selbstbehalt). Hierbei werden folgende Leistungen für das Mitglied dem Selbstbehalt von 400,00 Euro unterstellt, soweit es sich nicht um Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft im Sinne des SGB V handelt:

- Fahrkosten nach § 60 Absatz 3 Nr. 1, 2 und 4 SGB V
- Vorsorgekuren nach §§ 23 Absatz 2, 24 SGB V
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V
- Heilmittel nach § 32 SGB V
- Hilfsmittel nach § 33 SGB V
- Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen nach § 31 Absatz 1 Satz 1 SGB V
- Bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung nach § 31 Absatz 5 SGB V
- Medizinprodukte nach § 3 Absatz 1 und 2 MPG; § 31 Absatz 1 Satz 2 SGB V
- Festzuschuss bei Zahnersatz nach § 55 SGB V

- (3) Soweit vom Mitglied oben genannte Leistungen in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der der mkk – meine krankenkasse tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

Höhe/Zahlung

- (4) Innerhalb der Laufzeit dieses Wahltarifs erstattet die mkk – meine krankenkasse dem Mitglied einen Teil seiner gesetzlich gezahlten Beiträge als Prämie. Die Höhe der auszahlenden Prämie beträgt 200,00 Euro pro Tarifjahr.
- (5) Die Zahlung erfolgt spätestens 6 Monate nach Ablauf eines Tarifjahres in Höhe der sich unter Berücksichtigung der Absätze 3, 4 und 7 ergebenden Prämie.
- (6) Ergibt sich nach Auswertung der Abrechnungsdaten der einzelnen Leistungserbringer ein Selbstbehalt des Mitgliedes, teilt die mkk – meine krankenkasse dem Mitglied die Höhe des Selbstbehalts schriftlich mit. Das Mitglied erstattet

den Forderungsbetrag innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Forderungsmitteilung.

- (7) Die Prämienzahlung für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30 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 600,00 Euro bei einem und 900,00 Euro bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten. Angerechnet werden alle Prämienzahlungen, die von der mkk – meine krankenkasse innerhalb eines Tarifjahres dieses Wahltarifs an das Mitglied gezahlt werden.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- (8) Der Beitritt zu diesem Tarif ist gegenüber der mkk – meine krankenkasse schriftlich zu erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der mkk – meine krankenkasse folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der mkk – meine krankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Laufzeit des Tarifs beträgt 3 Jahre. Der Beitritt zum Wahltarif wird dem Mitglied seitens der mkk – meine krankenkasse schriftlich bestätigt.

Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden.

Sofern eine wirksame Kündigung des Tarifs gemäß Absatz 10 zum Ablauf der erstmaligen Laufzeit von 3 Jahren (Mindestbindungsfrist) nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3-jährige Laufzeit aus, die sich an das Ende der vorherigen Laufzeit anschließt.

Das erste Tarifjahr innerhalb des Tarifs beginnt mit dem Datum des Wahltarifbeginns und dauert 12 Monate. Alle folgenden Tarifjahre beginnen und enden jeweils zu diesem Zeitpunkt.

Freiwilligen Versicherten wird die Wahl des Selbstbehalttarifs versagt, wenn die Voraussetzungen des § 16 Absatz 3a SGB V (der Versicherte ist mit Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand) erfüllt sind. Das gleiche gilt bei Versicherten, die mit der mkk – meine krankenkasse eine Ratenzahlung vereinbart haben.

Ruhen

- (9) Die Ausschüttung der Prämie aus diesem Tarif an das Mitglied ruht, wenn freiwillig Versicherte während der Tariflaufzeit die Voraussetzungen des § 16 Absatz 3a SGB V (der Versicherte ist mit Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand) erfüllt sind und für Versicherte, die mit der mkk – meine krankenkasse während der Tariflaufzeit eine Ratenzahlung vereinbaren. Die Prämienausschüttung lebt erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.

Kündigung/Beendigung

- (10) Die Kündigung des Tarifs muss in Form einer schriftlichen Erklärung spätestens 3 Monate vor dem Ende der 3-jährigen Laufzeit bei der mkk – meine krankenkasse eingegangen sein. Abweichend von § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der mkk – meine krankenkasse vorbehaltlich Absatz 12 frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Laufzeit gekündigt werden. § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V in Verbindung mit § 6 Absatz 2 der Satzung der mkk – meine krankenkasse gilt entsprechend.
- (11) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, 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. 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 wirksam. In gleicher Weise kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen erfolgen.
- (12) Dieser Wahltarif endet darüber hinaus
1. wenn das Mitglied nach Ablauf der 3-jährigen Laufzeit seine Mitgliedschaft bei der mkk – meine krankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V kündigt,
 2. wenn nach der Wahl des Selbstbehalttarifs die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten übernommen werden, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmals die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden,
 3. durch Tod.

§ 17 *Kooperation mit der PKV*

Die mkk – meine krankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 18 *Aufsicht*

Die Aufsicht über die mkk – meine krankenkasse führt das Bundesamt für Soziale Sicherung.

§ 19 *Mitgliedschaft zum Landesverband*

Die mkk – meine krankenkasse gehört dem BKK Landesverband Mitte als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 20 *Bekanntmachungen*

- (1) Die Bekanntmachungen der mkk – meine krankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.meine-krankenkasse.de.

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

- (2) Die mkk – meine krankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie im Internet unter www.meine-krankenkasse.de zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für den Versicherten verständlichen Weise. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen und Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.
- (3) Die öffentliche Zustellung nach § 10 Absatz 1 Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Bekanntmachung einer Benachrichtigung im Internet unter www.meine-krankenkasse.de/mein-bereich/service/oeffentliche-zustellungen. Die Veröffentlichungsfrist beträgt 14 Tage.

Artikel II

Inkrafttreten

Die Verwaltungsräte der BKK Verkehrsbau Union (BKK-VBU) und Brandenburgische BKK haben diese Satzung am 06.12.2019 sowie die TBK im schriftlichen Umlaufverfahren beschlossen. Die Satzung tritt am 01.01.2020 in Kraft.



Theodor Meine
Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Arbeitgebervertreter BKK Verkehrsbau Union (BKK-VBU))





Frank Kirstan
altern. Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Versichertenvertreter BKK Verkehrsbau Union (BKK-VBU))





Gabi Fischer
Vorsitzende des Verwaltungsrates
(Arbeitgebervertreter TBK)





Mario Birkenfeld
altern. Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Versichertenvertreter TBK)





Volker Cassens
Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Arbeitgebervertreter Brandenburgische BKK)





Frank Scholz
Stellv. Vorsitzender des Verwaltungsrates
(Versichertenvertreter Brandenburgische BKK)



Genehmigung

Die durch die Beschlüsse der Verwaltungsräte der BKK Verkehrsbau Union (BKK-VBU) und Brandenburgische BKK am 6. Dezember 2019 sowie der TBK im schriftlichen Umlaufverfahren gefasste Satzung wird mit Ausnahme von

1. Artikel I § 13 (Leistungen) Absatz 20 (Geburtsvorbereitungskurs für den Lebenspartner) Nr. 1 Satz 1 der Wörter „wenn der Lebenspartner ebenfalls bei der BKK-VBU versichert ist“,
2. Artikel I § 15 (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten) Absatz 1 (Bonusprogramm „Gesund leben zahlt sich aus“) Nr. 3,
3. der Anlage zu § 1 der Satzung, betreffend der Nummern 3 bis 7, 10, 12, 23, 27 bis 30, 41, 45, 46, 48, 50, 56 bis 58, 61, 62, 66 bis 74, 76, 79, 80, 83 bis 84, 88, 90 bis 94, 96, 98 bis 100, 102, 103, 105, 107 bis 119, 121, 122, 124 bis 137, 141, 146, 148, 206 bis 222

sowie mit den Maßgaben, dass

4. in Artikel I § 13 (Leistungen) Absatz 9 (Kostenübernahme künstliche Befruchtung) Satz 1 die Wörter „versicherte Ehegatten“ durch das Wort „Versicherte“,
5. in der Anlage zu § 1 der Satzung der genannte Betrieb zu Nr. 25 durch „MHWirth GmbH, Erkelenz“,
6. in der Anlage zu § 1 der Satzung der genannte Betrieb zu Nr. 34 durch „O-I Germany GmbH & Co. KG, Düsseldorf“,
7. in der Anlage zu § 1 der Satzung der genannte Betrieb zu Nr. 54 durch „BG-Veranstaltungsservice GmbH & Co. KG, Mönchengladbach“,
8. in der Anlage zu § 1 der Satzung der genannte Betrieb zu Nr. 85 durch „Exler Consulting GmbH, Pforzheim“,
9. in der Anlage zu § 1 der Satzung der genannte Betrieb zu Nr. 174 durch „Netzgesellschaft Eisenberg mbH, Eisenberg“ sowie
10. in der Anlage zu § 1 der Satzung der genannte Betrieb zu Nr. 204 durch „TMZ Thüringer Mess- und Zählerwesen Geschäftsführungsgesellschaft mbH, Erfurt“

ersetzt werden

und insoweit von Artikel II (Inkrafttreten) gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) und § 41 Absatz 4 des Sozialgesetzbuches Viertes Buch (SGB IV) jeweils in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

Bonn, den 22. Dezember 2019
213 – 59289.0 – 1909 / 2019

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag



Anlage zu § 1 der Satzung

Unternehmen und Betriebsstätten nach § 1 Abs. (2)

1. Verkehrsbau Union GmbH, Berlin
mit Niederlassungen in Berlin, Blankenburg, Brandenburg, Chemnitz, Coswig, Dresden, Hamburg, Korbußen, Leipzig, Lindow, Magdeburg, Michendorf, Oberthau, Rötha, Rostock, Schmölln, Schönerlinde, Suhl, Trebbin, Wittstock, Ziesar
2. EUROVIA Verkehrsbau Union GmbH, Berlin
3. Bauunternehmung E. Heitkamp GmbH, Herne
mit Niederlassungen in Herne, Berlin, Chemnitz, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Erfurt, Frankfurt/Main, Frankfurt/Oder, Hagen, Halle, Hamburg, Hannover, Köln, Leipzig, Lübeck, Magdeburg, München, Potsdam, Rostock, Stuttgart*
4. ~~E. Heitkamp Baugesellschaft mbH & Co. KG, Herne mit Bescheid BAS vom 14.6.2022 gestrichen~~
5. Allgemeiner Bau-Versicherungsdienst Versicherungs-Vermittlungen GmbH, Herne*
6. Heitkamp-Systembau GmbH, Herne*
7. Heitkamp Berg- und Bautechnik GmbH, Herne
8. Heitkamp Umwelttechnik GmbH, Bochum
9. Heitkamp Erd- und Straßenbau GmbH, Herne
10. DDV Mediengruppe GmbH & Co. KG, Dresden, sowie alle Betriebsteile der DDV Mediengruppe GmbH & Co. KG
11. Dow Olefinverbund GmbH in Schkopau, Leuna, Böhlen
12. Sulzer Weise Service GmbH, Bruchsal, Niederlassung Schkopau*
13. Industriemontagen Merseburg GmbH, Merseburg mit den Festbaustellen in Schwedt, Wolfen, Schkopau, Leuna, Böhlen, Schwarzheide und der Betriebsstätte in Frankleben
14. Leipziger Verlags- und Druckereigesellschaft mbH & Co. KG und ihre Außenstellen in Altenburg, Berlin, Bonn, Borna, Delitzsch, Döbeln, Dresden, Eilenburg, Erfurt, Geithain, Grimma, Naumburg, Oschatz, Torgau, Wurzen
15. Isolierungen Leipzig GmbH mit den Betriebsstätten in Leipzig, Berlin, Cottbus, Dresden, Halle, Rostock, Flensburg, Lübeck, Eckernförde, Elmshorn,

- Quickborn, Lüneburg, Wiesbaden, Köln, Veltheim, Grünstadt, Wittlich, Bingen, Karlsruhe, Aichtal, Mahlberg, Murr, Donaueschingen, Grafenrheinfeld, Altenstadt, Helmstadt, Regenstauf, Hamburg, Bremen, Hamm und Bochum
16. die Betriebe der Nexans Deutschland GmbH in Hannover, Mönchengladbach, Neunburg, Nürnberg, mit den dazugehörigen Vertriebsbüros in Berlin, Hamburg, Hannover, Osnabrück, Essen, Frankfurt, Nürnberg, München, Oberzella
 17. die Dienststellen und Betriebe der Verwaltung der Stadt Herne, Herne
 18. den Betrieb der Deutsche Gamma GmbH, Krefeld
 19. der Betrieb der Gesellschaft für Elektrometallurgie mbH, Nürnberg
 20. Elektrowerk Weisweiler GmbH, Eschweiler
 21. den Betrieb der Heinr. Aug. Schoeller Söhne GmbH & Co. KG, Düren
 22. den Betrieb der Firma Grenzebach BSH GmbH, Bad Hersfeld
 23. Balcke-Dürr GmbH, Düsseldorf, Standorte/ Werke: Beckum, Wenden, Stuttgart, Zeitz
 24. den Betrieb der Standard-Metallwerke GmbH, Werl
 25. den Betrieb der Firma MHWirth GmbH, Erkelenz
 26. den Betrieb der Firma hde Metallwerk GmbH, Menden
 27. die Betriebe der Firma W. Döllken & Co. GmbH, Gladbeck*
 28. Döllken Kunststoffverarbeitung GmbH, Gladbeck*
 29. Döllken-Profiltechnik GmbH, Dunningen*
 30. den Betrieb der Firma Döllken-Weimar GmbH, Weimar*
 31. den Betrieb der BOGESTRA AG in Bochum: Straßenbahn- und Stadtbahnbetrieb, Werkstätten Bauhof und Hauptverwaltung, Omnibus- Betrieb und Werkstätten
 32. den Betrieb der BOGESTRA AG in Gelsenkirchen: Straßenbahn- und Stadtbahnbetrieb und Werkstatt, Omnibusbetrieb und Werkstatt
 33. den Betrieb der BOGESTRA AG in Witten: Omnibus-Betrieb und Werkstatt
 34. den Betrieb der O-I Germany GmbH & Co KG, Düsseldorf
 35. den Betrieb der Hauptverwaltung Gerresheimer Glas GmbH, 40470 Düsseldorf

36. Girmes International GmbH, Tönisvorst
37. TAG Composites & Carpets GmbH, Krefeld
38. den Betrieb der Duisburger Verkehrsgesellschaft AG, Duisburg
39. Keymile GmbH, Hannover
40. AFL Telecommunications GmbH, Mönchengladbach
41. Alcatel Telecom Beteiligungsgesellschaft mbH, Stuttgart*
42. Nexans Autoelectric GmbH, Floß
43. Auto-Kabel Rheindahlen GmbH & Co. KG, Mönchengladbach
44. BRUGG Rohrsysteme GmbH, Wunstorf
45. Büttner Energie- und Trocknungstechnik GmbH, Krefeld
46. Deutsche Babcock Anlagen GmbH, Oberhausen*
47. Dimension-Polyant GmbH, Krefeld, Kempen, Straelen
48. GfE Gießerei- und Stahlwerksbedarf GmbH, Düsseldorf*
49. GfE Metalle und Materialien GmbH, Nürnberg
50. GfE Umwelttechnik GmbH, Nürnberg*
51. H. Kufferath GmbH Prüf- und Vorrichtungstechnik, Moers
52. Herner Sparkasse, Herne
53. KME metal GmbH, Osnabrück
54. BG-Veranstaltungsservice GmbH & Co KG, Mönchengladbach
55. Mathys Orthopädie GmbH, Mörsdorf
56. LACROIX + KRESS GmbH, Arolsen
57. Lange & Co. Versicherungsvermittlungs-GmbH, Krefeld*
58. Mobil Electric GmbH, Floß*
59. Radio Frequency Systems GmbH, Hannover
60. Stadtwerke Herne AG, Herne
61. Turbo-Lufttechnik GmbH, Bad Hersfeld*

62. United Silk Mills GmbH, Krefeld, Willich*
63. Verseidag-Indutex GmbH, Krefeld
64. Clear Edge Germany GmbH, Geldern
65. Voss-Biermann, Lawaczeck GmbH & Co. KG, Krefeld*
66. WABAG Wassertechnische Anlagen GmbH, Kulmbach
67. Alcatel-Lucent Deutschland AG, Stuttgart Standorte/ Werke, sämtliche Betriebsstätten in der Bundesrepublik Deutschland, darunter insbesondere Berlin, Bonn, Darmstadt, Düsseldorf, Hannover, München, Neu Isenburg, Nürnberg*
68. Alcatel-Lucent Holding GmbH, Stuttgart*
69. Alcatel-SEL Finanz Beteiligungs- und Anlagegesellschaft mbH, Stuttgart*
70. HP AL Enterprise Services (Germany) GmbH, Stuttgart*
- ~~71. Thales Air Systems & Electron Devices GmbH, Stuttgart mit Bescheid BAS vom 14.6.2022 gestrichen~~
72. Nokia GmbH, Bochum Standorte/ Werke, sämtliche Betriebsstätten in der Bundesrepublik Deutschland, darunter insbesondere Bochum, Düsseldorf, Ulm*
73. Harman Becker Automotive Systems (Straubing Division) GmbH, Straubing*
74. Aksys GmbH, Krumbach*
75. p s i Esslingen GmbH, Esslingen
76. Würth Elektronik FLATcomp Systems GmbH & Co.KG, Pforzheim*
77. GRAETZ Strahlungsmesstechnik GmbH, Altena
78. JCI-Regelungstechnik GmbH, Essen
1.Werk Essen
2. Geschäftsstellen Aachen, Berlin, Dresden, Erfurt, Friedrichsdorf, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Köln, Mannheim, München, Neu Isenburg, Nürnberg, Stuttgart
79. Johnson Controls Integrated Facility Management GmbH & Co. KG, Essen*
80. Johnson Controls Integrated Facility Management Verwaltungs GmbH, Essen*
81. MediaTec Gesellschaft für Kommunikationstechnik GmbH, Pforzheim

82. Claus + Sigrist GmbH, Wurmberg
83. Ursula Brunswick, Straubenhardt*
84. Jochen Hofmann, Esslingen*
85. Exler Consulting GmbH, Pforzheim
86. T & S Telekommunikations GmbH, Berlin
87. ebm-Papst Landshut GmbH, Landshut
88. Thales Deutschland GmbH, Stuttgart mit Zweigniederlassungen in Berlin, Arnstadt, Kiel
89. Sanmina-SCI-Germany GmbH, Gunzenhausen
90. SSC Service und Support Kirchhoff GmbH, Dortmund*
91. NextiraOne Deutschland GmbH, Teltow*
92. QorvoGermany GmbH, Nürnberg
93. ETO Sensoric KG, Nürnberg*
94. EBE Elektro-Bau-Elemente GmbH, Leinfelden-Echterdingen
95. Dunkermotoren GmbH, Bonndorf
- ~~96. Thales Transportation Systems GmbH, Stuttgart; Standorte/Werke: Berlin und Arnstadt mit Bescheid BAS vom 14.6.2022 gestrichen~~
97. MEDA Pharma GmbH & Co KG; Bad Homburg v. d. Höhe
98. Mannesmann DEMAG Krauss-Maffei AG, München und Duisburg*
99. SMS Demag AG, Mönchengladbach, Würzburg/Veitshöchheim*
100. Technip Germany GmbH, Düsseldorf, Frankfurt, München, Stuttgart*
101. AUNDE Achter & Ebels GmbH, Mönchengladbach
102. CompAir Drucklufttechnik - ZNL der Gardner Denver Deutschland GmbH, Simmern, Essen und Stuttgart
103. Sumitomo (SHI) Demag Plastics Machinery GmbH, Nürnberg/Schwaig, Jünkerath und Wiehe
104. DK Recycling und Roheisen GmbH, Duisburg
105. Gardner Denver Wittig GmbH, Schopfheim, Köln und Hannover*

106. HTAG Häfen und Transport AG, Duisburg, Gustavsburg, Mannheim, Karlsruhe, Berlin
107. K. Jos. Otten GmbH & Co. KG, Mönchengladbach*
108. Komatsu Germany GmbH, Bierbach, Düsseldorf und Leipzig
109. MAB Anlagenbau Germany GmbH, München*
110. Manntech Fassadenbefahrssysteme GmbH, Olching*
111. Mannesmann Demag Gottwald GmbH, Düsseldorf*
112. Terex Demag GmbH, Zweibrücken*
113. Mannesmann Dematic GmbH Mobilkrane, Wallerscheid*
114. Technica GmbH, Würzburg/Veitshöchheim*
115. Technische Anlagen- und Rohrleitungsbau GmbH, Augsburg und Tannheim*
116. Siemens Krauss-Maffei Lokomotiven GmbH, München*
117. GLS Gesellschaft für logistischen Service mbH, München*
118. Krauss-Maffei Kunststofftechnik GmbH, München, Treuchtlingen, Gütersloh, Weilheim/Teck, Siegburg*
119. Mannesmann Plastics Machinery AG, München*
120. Krauss-Maffei Wegmann GmbH & Co. KG, München, Feldkirchen/NB, Hammelburg, Stadtallendorf, Kilsheim, Dornstadt, Fürstenau, Munster, Baumholder, Augustdorf
121. KraussMaffei AG, München*
122. KraussMaffei Financial Services GmbH, München*
123. KraussMaffei Technologies GmbH, München
124. Krauss-Maffei Dienstleistung GmbH, München*
125. Siemens Linear Motor Systems GmbH & Co. KG, München*
126. Westfalia Separator AG, Oelde, Niederahr, Stuttgart*
127. Westfalia Landtechnik GmbH, Oelde, Herdecke*
128. Mineraloilsystems GmbH, Oelde, Hamburg*

129. Westfalia Landtechnik Deutschland GmbH, Oelde*
130. Westfalia Separator Food Tec GmbH, Oelde*
131. Westfalia Separator Industry GmbH, Oelde*
132. Westfalia Separator Deutschland GmbH, Oelde*
133. Westfalia Separator Umwelttechnik GmbH, Oelde*
134. Advanced Centrifugal Equipment GmbH, Ennigerloh*
135. Westfalia Separator Engineering GmbH, Oelde*
- ~~136. Rheinkalk GmbH & Co. KG, Wülfrath, Wuppertal-Dornap, Hönnetal, Salz-
hemmendorf mit Bescheid BAS vom 14.6.2022 gestrichen~~
137. ENTRELEC-FANAL GmbH, Wuppertal*
138. Holcim (Deutschland) GmbH, Hamburg, mit weiteren Betriebsstätten in den
Bundesländern: Saarland, Schleswig-Holstein, Sachsen, Rheinland-Pfalz,
Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen,
Bayern, Bremen und Baden-Württemberg
139. Steinbeis Papier GmbH
140. Basell Polyolefine GmbH, Wesseling (Standorte Frankfurt/M., Hürth-
Knapsack, Münchsmünster)
141. Basell Deutschland GmbH, Wesseling*
142. TRV Thermische Rückstandsverwertung GmbH & Co. KG, Wesseling
143. Universum Inkasso GmbH, Frankfurt/M.
144. Universum Business GmbH, Frankfurt/M.
145. Universum Finance GmbH, Frankfurt/M.
146. Happy Size Company, Versandhandels GmbH, Frankfurt/M.*
147. TEAG Thüringer Energie AG, Erfurt
148. TEN Thüringer Energienetze GmbH, Erfurt*
149. TES Thüringer Energie Service GmbH, Jena
150. SWE Stadtwerke Erfurt GmbH, Erfurt
151. SWE Stadtwirtschaft GmbH, Erfurt

152. SWE Energie GmbH, Erfurt
153. TUS Thüringer UmweltService GmbH, Erfurt
154. SWE Netz GmbH, Erfurt
155. SWE Service GmbH, Erfurt
156. Erfurter Verkehrsbetriebe AG, Erfurt
157. ThüWa ThüringenWasser GmbH, Erfurt
158. SWE Verwertung GmbH, Erfurt
159. SWE Bäder GmbH, Erfurt
160. Erfurter Garten- und Ausstellungs gemeinnützige GmbH, Erfurt
161. Bundesgartenschau Erfurt 2021 gemeinnützige GmbH, Erfurt
162. SWE Parken GmbH, Erfurt
163. GWA Gesellschaft für Wasser- und Abwasserservice mbH
164. SWE Erneuerbare Energien GmbH, Erfurt
165. SWE Digital GmbH, Erfurt
166. Energieversorgung Apolda GmbH, Apolda
167. ENA Energienetze Apolda GmbH, Apolda
168. Stadtwerke Arnstadt GmbH, Arnstadt
169. Stadtwerke Arnstadt Netz GmbH & Co. KG, Arnstadt
170. Stadtwerke Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
171. NETZE Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
172. Eisenacher Versorgungs- Betriebe GmbH, Eisenach
173. EVB Netze GmbH, Eisenach
174. Netzgesellschaft Eisenberg mbH, Eisenberg
175. Energieversorgung Inselsberg GmbH, Waltershausen
176. Energieversorgung Gera GmbH, Gera
177. Kraftwerke Gera GmbH, Gera

178. GeraNetz GmbH, Gera
179. Stadtwerke Gotha GmbH, Gotha
180. Stadtwerke Gotha Netz GmbH, Gotha
181. Energieversorgung Greiz GmbH, Greiz
182. Greizer Energienetze GmbH, Greiz
183. Stadtwerke Energie Jena-Pößneck GmbH, Jena
184. Stadtwerke Leinefelde-Worbis GmbH, Leinefelde-Worbis
185. Stadtwerke Mühlhausen GmbH, Mühlhausen
186. Stadtwerke Mühlhausen Netz GmbH, Mühlhausen
187. Stadtwerke Neustadt an der Orla GmbH, Neustadt-Orla
188. Energieversorgung Nordhausen GmbH, Nordhausen
189. Nordhausen Netz GmbH, Nordhausen
190. Energieversorgung Rudolstadt GmbH, Rudolstadt
191. EnR Energienetze Rudolstadt GmbH, Rudolstadt
192. Stadtwerke Saalfeld GmbH, Saalfeld
193. Stadtwerke Sondershausen GmbH, Sondershausen
194. Stadtwerke Sondershausen Netz GmbH, Sondershausen
195. Stadtwerke Suhl/Zella-Mehlis GmbH, Suhl
196. Stadtwerke Suhl/Zella-Mehlis Netz GmbH, Suhl
197. Stadtwerke Stadroda GmbH, Stadroda
198. Stadtwerke Weimar Stadtversorgungs-GmbH, Weimar
199. ENWG Energienetze Weimar GmbH & Co.KG, Weimar
200. Chema Prozeß- und Systemtechnik GmbH, Rudisleben
201. Stadtwerke Delitzsch GmbH, Delitzsch
202. Thüringer NETKOM GmbH, Weimar
203. Energiewerke Zeulenroda GmbH, Zeulenroda

204. TMZ Thüringer Mess- und Zählerwesen Geschäftsführungsgesellschaft mbH, Erfurt
205. TEN Thüringer Energienetze GmbH & Co. KG, Erfurt
206. ArcelorMittal Eisenhüttenstadt GmbH, Eisenhüttenstadt
207. ArcelorMittal Auto Processing Deutschland Eisenhüttenstadt GmbH, Eisenhüttenstadt
208. Actemium BEA GmbH, Spremberg
209. Burtherm Feuerungsbau GmbH, Eisenhüttenstadt*
210. IMPERIAL CON-PRO GmbH, Eisenhüttenstadt
211. F&S Fernmelde- und Sicherungsanlagenbau GmbH, Eisenhüttenstadt
212. Ferrostaal Maintenance Eisenhüttenstadt GmbH, Eisenhüttenstadt
213. Gemeinnützige Gesellschaft für Qualifizierung und produktive Berufs- und Arbeitsförderung der Region Eisenhüttenstadt mbH, Eisenhüttenstadt
214. Lehnkering Steel Transport & Services GmbH*
215. Brunnhuber Eisenhüttenstadt GmbH, Eisenhüttenstadt
216. QualifizierungsCentrum der Wirtschaft GmbH, Eisenhüttenstadt
217. SIMPEX Hydraulik GmbH, Eisenhüttenstadt
218. Stark Technical Service GmbH*
219. Unitechnik Automatisierungsgesellschaft mbH, Eisenhüttenstadt
220. Völkl Eisenhüttenstadt GmbH, Eisenhüttenstadt
221. Vulkan Energiewirtschaft Oderbrücke GmbH, Eisenhüttenstadt
222. Tip Top Industrievulkanisation Schwarze Pumpe GmbH, Spremberg

* Die vorliegenden Erkenntnisse stehen für ein Erlöschen des Betriebes.

Anlage zu § 2 der Satzung

- (1) Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrats

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrats werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der Barauslagen nach dem Bundesreisekostengesetz (BRKG) in der jeweils gültigen Fassung

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Aufwendungen, die das Tagesgeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagesgeld gemäß § 6 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Darüberhinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie unvermeidbar sind. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstückes einschließen, sind vorab nach § 7 BRKG zu kürzen.

1.2 Fahrtkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrtkosten 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-Class (Touristenklasse),
- c) für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 BRKG jeweils geltenden Sätze,
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrats 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 Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

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

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbereitungen einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 90,00 Euro.

Unter „Sitzung“ ist nur die Sitzung eines Gremiums des Versicherungsträgers (Verwaltungsrat, Ausschüsse) einschließlich der Gruppenvorbereitungen zu verstehen.

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 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 von Pflegekassenorganen stattfinden.

5. Pauschbeträge für Ausschussvorsitzende und ihre Stellvertreter

Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertretungen erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.

(2) Besondere Entschädigungen für den/die Vorsitzende/n und den/die stellvertretende/n Vorsitzende/n des Verwaltungsrats

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Der/ die Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende erhält für die Wahrnehmung seiner/ ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 630,00 Euro.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

2. Auslagenersatz

Die den Vorsitzenden für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen, mit Ausnahme von Reisekosten, werden durch einen monatlichen Pauschbetrag ohne Nachweis der tatsächlichen Kosten abgegolten.

Der monatliche Pauschbetrag darf die regelmäßig entstehenden Ausgaben nicht übersteigen. Der Pauschbetrag beträgt für Vorsitzende 68,00 Euro.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

(3) Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

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

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

Anlage zu § 10 der Satzung

§ 1 Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen

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

§ 2 Erstattungsanspruch aus dem Umlageverfahren U1

Die mkk – meine krankenkasse erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern – mit Ausnahme der in den §§ 11 und 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen – auf Antrag 70 v. H. des für den in § 3 Absatz 1 und 2 und den in § 9 Absatz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraums fortgezählten Arbeitsentgelts. Hiermit werden auch die vom Arbeitgeber zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge nach § 1 Absatz 1 Nr. 2 AAG abgegolten. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt gehört nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer werden höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.

§ 3 Erstattungsanspruch aus dem Umlageverfahren U2

Die mkk – meine krankenkasse erstattet den nach § 1 Absatz 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern - mit Ausnahme der in den §§ 11 und 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen - auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 20 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (MuschG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 18 des MuschG bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt. Die vom Arbeitgeber getragenen Sozialversicherungsbeiträge nach § 1 Absatz 2 Nr. 3 AAG werden pauschal in Höhe von 20 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 18 des MuschG gezahlten und in der Höhe auf die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung begrenzten Arbeitsentgelts erstattet.

§ 4 Aufbringung der Mittel

- (1) Die Mittel zur Durchführung der U1-/U2-Verfahren werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern jeweils durch gesonderte Umlagen aufgebracht.
- (2) Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.
- (3) Die mkk – meine krankenkasse verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen.

§ 5 Umlagesätze

- (1) Der Umlagesatz U1 beträgt 2,44 v. H.
- (2) Der Umlagesatz U2 beträgt 0,44 v. H.

§ 6 Fälligkeit der Umlagen

Die Umlagen sind zum gleichen Termin wie die Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, fällig.

§ 7 Organe und Zusammensetzung

- (1) Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der mkk – meine krankenkasse obliegt der Vorständin entsprechend der in der Geschäftsordnung der Vorständin festgelegten Geschäftsverteilung. Der Vorstand vertritt die Ausgleichskassen gerichtlich und außergerichtlich.
- (2) In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.
- (3) Im Verwaltungsrat übt, sofern die Mitglieder der Gruppe der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils die Vertreterin oder der Vertreter der Arbeitgeber das Amt der Vorsitzenden/ des Vorsitzenden aus, die zur Vorsitzenden/ der zum Vorsitzenden oder zur Stellvertretung des Organs gewählt worden ist. Für den Fall einer Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgeber im Verwaltungsrat eine Stellvertretung.
- (4) Die Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 8 Widerspruchsausschuss

- (1) § 4 der Satzung gilt mit der Maßgabe, dass sich bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens der Widerspruchsausschuss aus zwei Mitgliedern der Arbeitgebervertreter zusammensetzt. Die übrigen Bestimmungen gelten entsprechend.

§ 9 Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes

Für die Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes gilt § 70 Absatz 1 SGB IV entsprechend (§ 9 Absatz 1 Nr. 3 und Absatz 4 AAG).

§ 10 Jahresrechnung

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

§ 11 Prüfung der Geschäfts-, Betriebs- und Rechnungsführung

Die §§ 2 und 3 der Satzung gelten entsprechend.

Anlage zu § 15 (1) der Satzung

Katalog der zuschussfähigen Leistungen für Bonusvariante 2

Die mkk – meine krankenkasse gewährt einen Kostenzuschuss nach § 15 Absatz 1 Nr. 5 (Bonusvariante 2) für die nachfolgend aufgeführten Leistungen:

- Private Zusatzversicherungen (Krankenzusatzversicherungen)
- Individuelle Gesundheitsleistungen
- Einmalige Erstellung einer Online-Patientenverfügung