



Satzung

der

BKK Pfalz

Ludwigshafen am Rhein

Stand 02.08.2016

INHALT

Artikel I		Seite
§	1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	4
§	2 Verwaltungsrat	6
§	3 Vorstand	9
§	4 Widerspruchsausschuss	11
§	5 Kreis der versicherten Personen	12
§	6 Kündigung der Mitgliedschaft	17
§	7 Aufbringung der Mittel	18
§	8 Bemessung der Beiträge	19
§	9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag	20
§	9a Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG	21
§	10 Fälligkeit der Beiträge	22
§	10a Erhebung von Beitragsvorschüssen	23
§	11 Höhe der Rücklage; Entschuldung	24
§	12 Leistungen	25
§	12a Primärprävention	30
§	12b - unbesetzt -	32
§	12c Leistungsausschluss	33
§	12d Persönliche elektronische Gesundheitsakte	34
§	13 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen	35
§	13a unbesetzt	36
§	13b Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme	37
§	13c Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	38
§	13d Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	40
§	13e Wahltarif integrierte Versorgung	41
§	14 Wahltarif Krankengeld	42
§	15 Kooperation mit der PKV	50
§	16 Aufsicht	51
§	17 Mitgliedschaft zum Landesverband	52
§	18 Bekanntmachungen	53
§	19 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	54

Artikel II

Inkrafttreten		55
ANLAGE zu § 2 der Satzung:	Entschädigungsregelung	56
ANLAGE zu § 13 c der Satzung:	Bonuskatalog	60

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen

BKK Pfalz.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Ludwigshafen am Rhein.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe

- Abbott GmbH & Co. KG, Werk Ludwigshafen, einschließlich der unselbstständigen Pharmaeinheiten in Wiesbaden-Delkenheim sowie deren unselbstständige Betriebsstätten im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland,
- BASF PharmaChemikalien GmbH & Co. KG, Ludwigshafen/Rhein und Minden,
- Nordmark Arzneimittel GmbH & Co. KG, Uetersen,
- Ettlín Spinnerei und Weberei Produktions GmbH, Ettlingen,
- URBANA GmbH, Ettlingen und
- Gebrüder Gienanth-Eisenberg GmbH, Eisenberg
- SAINT-GOBAIN ISOVER G+H AG:
 - Zentralverwaltung in: 67059 Ludwigshafen
 - Betriebsstätten in: 51465 Bergisch-Gladbach, 68526 Ladenburg, 19386 Lübz, 67346 Speyer
- G+H - GRUPPE:
 - G+H Montage GmbH
 - G+H Isolierung GmbH
 - G+H Industrie Service GmbH
 - G+H Isolite GmbH
 - G+H Schallschutz GmbH
 - G+H Metalltechnik GmbH
 - G+H Innenausbau GmbH
 - G+H Reinraumtechnik GmbH

- G+H Schiffsausbau GmbH
- G+H Kühllager- und Industriebau GmbH
- G+H Fassadentechnik GmbH
- G+H Unternehmensservice GmbH

Die Niederlassungen der Sparten-Gesellschaften befinden sich in
96050 Bamberg, 95447 Bayreuth, 13403 Berlin, 13053 Berlin,
30729 Bielefeld, 44894 Bochum, 28309 Bremen, 03046 Cottbus,
01099 Dresden, 41541 Dormagen-Stürzelberg, 40472 Düsseldorf,
99084 Erfurt, 40699 Erkrath-Hochdahl, 60314 Frankfurt, 79108 Freiburg,
88048 Friedrichshafen, 85080 Gaimersheim, 06118 Halle, 22113 Hamburg,
30419 Hannover, 76189 Karlsruhe, 24113 Kiel, 56218 Mühlheim-Kärlich,
50968 Köln, 68526 Ladenburg, 04466 Lindenthal, 67059 Ludwigshafen,
67063 Ludwigshafen, 55129 Mainz, 39106 Magdeburg, 80939 München,
48159 Münster, 90408 Nürnberg, 93057 Regensburg, 18119 Rostock,
71065 Sindelfingen, 54294 Trier, 66333 Völklingen, 99427 Weimar,
97074 Würzburg

Die Betriebskrankenkasse erstreckt sich außerdem auf sämtliche Regionen
der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

- I.
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, am 1. Januar.

- II.
 1. Mit Beginn der 11. Wahlperiode gehören dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse als Mitglieder 9 Vertreter der Versicherten und 6 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Vertreter der Versicherten hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter.

Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.

Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.

2. Abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 2 SG IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, Folgendes bestimmt:

Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat so viele Stimmen, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen.

Wählbar und wahlberechtigt ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.

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

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
6. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
7. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen
8. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

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

- VI. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

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

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

- IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen.

Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehören 2 Mitglieder an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
2. jährlich die Jahresrechnung nach § 31 SVHV prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.
3. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
4. eine Kassenordnung aufzustellen,
5. die Beiträge einzuziehen,
6. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
7. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen,
8. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,

9. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 10. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK Pfalz wird vom Vorstand eingestellt.
- V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK Pfalz und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Ludwigshafen am Rhein.
- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 1 Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat zwei Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Versichertenvertreter und dem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die vom Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

I. Pflichtversicherte

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind;
 - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, es sei denn, dass diese Leistungen nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen.
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zwei

ten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren.

12. Personen, die eine selbstständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend.
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II. Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur BKK Pfalz können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzung beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versiche-

rung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,

2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 des SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
6. Innerhalb von 6 Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Beziehende einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. 03.2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, welche aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V in der seit dem 01.01.1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die deswegen bis zum 31.03.2002 freiwillige Mitglieder waren,
7. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme in Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,

III. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III. Wenn ein Wahltarif nach § 14 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur BKK Pfalz frühestens unter den Voraussetzungen des § 14 Abs. XVI und Abs. XVII, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 8 Bemessung der Beiträge

Für die Bemessung der Beiträge gelten die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

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

**§ 9a Übertragung des Ausgleichsverfahrens
gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG**

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG).
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK Pfalz; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 II AAG).
- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 V AAG). Insbesondere wird der BKK-Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.“

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

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

§ 10a Erhebung von Beitragsvorschüssen

- I. Die BKK Pfalz kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,
- die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
 - bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
 - die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
 - innerhalb der Bundesrepublik Deutschland keine feste Betriebsstätte haben oder
 - die keine Beitragsnachweise einreichen.
- II. Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 11 Höhe der Rücklage; Entschuldung

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

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

II. Häusliche Krankenpflege

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 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, längstens auf 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt. Voraussetzung ist, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Notwendigkeit sozialmedizinisch für erforderlich hält.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,
 - a) wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für einen Zeitraum von längstens 6 Wochen oder 30 Arbeitstagen gewährt,
 - b) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 6 Wochen oder 30 Arbeitstagen gewährt.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird das 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.

V. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden.

Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK Pfalz davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 40 €, 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 10 v.H., mindestens 3 € und maximal 50 €, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen 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 Nr. 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso

wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 25 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
2. § 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

§ 12a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung“ Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

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

Genuss- und Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol/ zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Leistungen, die von eigenen Dienstleistern der Betriebskrankenkasse erbracht werden, erhält der Versicherte ohne Kostenbeteiligung, sofern eine Bestätigung über die regelmäßige Teilnahme vorliegt.

Für Leistungen von Fremdanbietern, die die Qualitätskriterien des o.g. Leitfadens erfüllen, erhält der Versicherte von der BKK Pfalz einen Zuschuss in Höhe von 90 v.H. der entstandenen Kosten, maximal aber 150 € je Maßnahme.

Voraussetzung für die Auszahlung des Zuschusses ist die regelmäßige Teilnahme des Versicherten und die Vorlage einer Teilnahmebescheinigung nach den jeweils gültigen Vorgaben des o.g. Leitfadens.

Der Zuschuss wird zu maximal 2 Kursen im Kalenderjahr gezahlt.

§ 12b - unbesetzt -

§ 12c Leistungsausschluss

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

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

§ 12d Persönliche elektronische Gesundheitsakte

Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK Pfalz ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte.

Diese Dienstleistung ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten. Sie wird durch einen mit der BKK Pfalz kooperierenden Dritten erbracht, der auf Grund eines Vertrages mit der BKK Pfalz zu Gunsten der Versicherten tätig wird. Dieser Vertrag regelt in seiner jeweils aktuell geltenden Fassung die Einzelheiten. Die Kasse stellt den an der Teilnahme interessierten Versicherten ein Verzeichnis der kooperierenden Anbieter und der nach den Verträgen jeweils geltenden Einzelheiten zur Verfügung. Zur Nutzung der Gesundheitsakte müssen die Versicherten daneben mit dem kooperierenden Dritten einen Vertrag abschließen.

Die BKK Pfalz übernimmt die Gebühren für die Nutzung einer Gesundheitsakte direkt gegenüber dem kooperierenden Dritten, wenn und solange deren Nutzer bei ihr versichert ist, was regelmäßig anhand der vom Nutzer bei Vertragsabschluss angegebenen Versichertendaten geprüft wird. Die Einzelheiten sind durch Vertrag mit dem kooperierenden Dritten sowie dessen Verträge mit den Nutzern zu regeln.

Weder die BKK Pfalz noch der kooperierende Dritte erhalten Einsicht in die in der Gesundheitsakte gespeicherten persönlichen Gesundheitsdaten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

I. Schutzimpfungen

Die Versicherten erhalten Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, soweit nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist. Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommision beim Robert- Koch- Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20d SGB V besteht.

II. Kuren

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

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21 Euro.

§ 13a zurzeit unbesetzt

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die BKK Pfalz führt im Rahmen von § 137 f SGB V folgende strukturierten Behandlungsprogramme durch:

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

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. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

§ 13c Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I. Mitglieder erhalten einen Bonus, wenn sie und alle mitversicherten Angehörigen sich gesundheitsbewusst verhalten, indem sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Voraussetzungen vollständig nachweisen:
1. Die Versicherten nehmen ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung (Check up) gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
 2. Die Versicherten nehmen jährlich an folgenden geschlechtsspezifischen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gemäß § 25 Absatz 2 SGB V teil:

Frauen: Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales ab dem Alter von 20 Jahren sowie zusätzlich der Brust ab dem Alter von 30 Jahren.

Männer: Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales ab dem Alter von 45 Jahren.
 3. Die Versicherten weisen einen von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus und Polio nach.
 4. Die Versicherten ab der Vollendung des 18. Lebensjahres, nehmen einmal jährlich die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung einmal je Kalenderhalbjahr in Anspruch zu nehmen.
 5. Die Versicherten nehmen ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einem ärztlichen Hautkrebsscreening teil.
 6. Die Versicherten führen ab dem Alter von 50. Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres jährlich einen Schnelltest auf occultes Blut im Stuhl durch.

Der Nachweis erfolgt durch entsprechende ärztliche Bestätigung z. B. im BKK Pfalz-Bonusbogen durch den behandelnden Arzt.

Eine Übertragung eines nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr ist nicht möglich. Die Auszahlung erfolgt einmalig. Demnach sind Teilzahlungen zum jeweiligen Zeitpunkt einer erfüllten Voraussetzung nicht möglich.

Die Leistungsansprüche dieses Angebotes bestehen unterjährig ab Erfüllung der Voraussetzungen, längstens bis zum 31.03. des Folgejahres.

Die Auszahlung des Bonus ist nur im Falle einer ungekündigten Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Einreichung möglich.

- II. Bei Erfüllung der in Abs. I genannten Grundvoraussetzungen, erhalten Mitglieder einen Bonus von je 35 EUR pro Maßnahme.

Das Mitglied erhält als Bonus einen Zuschuss zu den nachgewiesenen Maßnahmen für die Inanspruchnahme der im Katalog der BKK Pfalz genannten Leistungen in Höhe von maximal bis zu 210 Euro pro Kalenderjahr.

Die Kasse führt einen Katalog (der als Anlage Bestandteil dieser Satzung ist), in dem die jeweiligen Leistungen und Produkte aufgezählt werden, für die eine Kostenbeteiligung gewährt wird. Die Versicherten haben das Recht, diesen Katalog einzusehen. Die BKK Pfalz stellt ihnen auf Wunsch diesen Katalog in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 13d Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die BKK Pfalz bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher 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.

§ 13e Wahltarif integrierte Versorgung

- I. Die BKK Pfalz bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher 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.

§ 14 Wahltarif Krankengeld (ab 1. August 2009)

Allgemeines

- I Die BKK Pfalz bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld (Wahltarif KrankengeldPLUS) zur Wahl an. Die Tarifwahl ist auf Mitglieder beschränkt, die zum Zeitpunkt des Tarifbeginns das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente, bzw. das vollendete 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Sofern nachstehend nicht anders bestimmt, gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches.

Anspruch

- II Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 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 BKK Pfalz bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) 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.
- III Die BKK Pfalz bietet innerhalb des Wahltarif KrankengeldPLUS verschiedene Tarifklassen, für unterschiedliche Personengruppen an:

Tarifklasse 1:

Der Anspruch auf Krankengeld besteht bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Selbstständige), und bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V (unständig und kurzzeitig Beschäftigte) ab dem 43. Tag nach der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, sofern sie sich durch Wahlerklärung für das gesetzliche Krankengeld ab dem 43. Tag entschieden haben.

Tarifklasse 2:

Der Anspruch auf Krankengeld besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V (Künstler und Publizisten) ab dem 15. Tag nach der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Für Arbeitsunfähigkeiten, die vor dem Beginn des Tarifes bzw. im Zeitraum zwischen der Antragstellung und dem vereinbarten Versicherungsbeginn eingetreten sind, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld.

Für die Tarifklasse 2 gilt eine Wartezeit von drei Monaten ab Tarifbeginn. Die Wartezeit gilt nicht für Mitglieder, die unmittelbar vor der Tarifwahl mit Anspruch auf Krankengeld bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert waren. Bei Leistungsfällen, die während der Wartezeit aufgrund des Tarifbeginns eintreten, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld.

Bei Erhöhung einer Tagegeldstufe, die ausdrücklich durch das Mitglied gewünscht wird, gilt eine Wartezeit von drei Monaten ab Wahl der höheren Tagegeldstufe. Tritt die Wartezeit aufgrund der Erhöhung der Tagegeldstufe durch den ausdrücklichen Wunsch des Mitglieds ein, so bezieht sich diese ausschließlich auf den Teil der Leistung, der die ursprünglich vereinbarte Krankengeldhöhe übersteigt.

Der Anspruch auf Wahlkrankengeld der Tarifklasse 2 entsteht, wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifs und nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit liegt.

Tarifklasse 3:

Der Anspruch auf Krankengeld besteht bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Selbstständige) und bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V (unständig und kurzzeitig Beschäftigte) ab dem 183. Tag nach der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, sofern diese keine Wahlerklärung für das gesetzliche Krankengeld abgegeben haben.

- IV 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.

Wird die Arbeitsunfähigkeit verspätet nachgewiesen, verlängert sich die gewählte Karenzzeit um die Zeit der verspäteten Mitteilung. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK Pfalz nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK Pfalz kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

- V Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

VI Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XVI oder XVII,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK Pfalz.

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

Höhe des Krankengeldes

VII Von Mitgliedern der Tarifklasse 2 und 3 kann das Krankengeld in unterschiedlicher Höhe (Tagegeld-Stufen), je nach Einkommen, wie folgt gewählt werden:

Einkommenskorridore (70%)				
Jahreseinkommen	Monatseinkommen	wählbares Tagesgeld		Krankengeldstufen
		ab	ab	
0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	30,00 €
20.580,00 €	1.715,00 €	30,00 €	30,00 €	40,00 €
25.716,00 €	2.143,00 €	30,00 €	40,00 €	50,00 €
30.864,00 €	2.572,00 €	40,00 €	40,00 €	60,00 €
36.012,00 €	3.001,00 €	40,00 €	50,00 €	70,00 €
41.148,00 €	3.429,00 €	50,00 €	50,00 €	80,00 €
46.296,00 €	3.858,00 €	50,00 €	60,00 €	90,00 €
51.432,00 €	4.286,00 €	60,00 €	60,00 €	100,00 €
61.716,00 €	5.143,00 €	70,00 €	70,00 €	120,00 €
72.012,00 €	6.001,00 €	80,00 €	80,00 €	120,00 €
77.148,00 €	6.429,00 €	80,00 €	90,00 €	150,00 €
82.296,00 €	6.858,00 €	90,00 €	90,00 €	150,00 €
92.580,00 €	7.715,00 €	100,00 €	100,00 €	150,00 €
102.864,00 €	8.572,00 €	120,00 €	120,00 €	150,00 €
123.432,00 €	10.286,00 €	150,00 €	150,00 €	150,00 €

Maßgeblich zur Bestimmung des zu wählenden Krankengeldes ist ausschließlich das nachgewiesene Jahresarbeitseinkommen bzw. Jahresarbeitsentgelt, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht.

VIII Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK Pfalz sein Arbeitsentgelt/ Arbeitseinkommen in geeigneter Form nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der BKK Pfalz unverzüglich anzuzeigen.

- IX Die aus der Krankengeldzahlung in der Tarifklasse 2 und 3 evtl. durch Arbeitnehmer bzw. Arbeitgeber zu leistenden Beitragszahlungen an die Bundesagentur für Arbeit und/oder die Deutsche Rentenversicherung Bund und/oder Pflegeversicherung übernimmt die BKK Pfalz in voller Höhe.

Zahlung

- X Die Zahlung des Krankengeldes setzt den fortlaufenden Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz IV 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. § 45 Abs. 8 SGB IX gilt.

Dauer

- XI In der Tarifklasse 1 und 3 besteht bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld unabhängig von der Erkrankung für längstens 546 Kalendertage innerhalb der Vertragslaufzeit nach Abs. XV, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit des Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). 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 Wechsel der Tagegeldstufe nach den Absätzen XVIII oder XIX unbeachtlich.
- XII Mitglieder der Tarifklasse 2 haben je Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld zwischen dem 15. und 42. Tage der Arbeitsunfähigkeit.

Ruhen des Krankengeld-Anspruchs

- XIII Der Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend. 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. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Tarifruhen

XIV Der Tarif ruht

- bei vorübergehender Aufgabe der selbstständigen, unständigen oder befristeten Tätigkeit sowie der berufsmäßigen Tätigkeit als Künstler bzw. Publizist. Von einer vorübergehenden Aufgabe der Tätigkeit wird ausgegangen, wenn die Unterbrechung weniger als drei Monate beträgt
- sowie bei Elternzeit.

Im Falle des Tarifruhens ist die Krankengeldzahlung sowie die Pflicht zur Prämienzahlung ausgeschlossen. Die Bindungsfrist bleibt von dem Tarifruhen unberührt.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- XV Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK Pfalz folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der BKK Pfalz gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Ein später liegender Beginn kann gewählt werden.

Für den Fall, dass im Zeitraum zwischen Antragstellung und vereinbartem Versicherungsbeginn eine Arbeitsunfähigkeit eintritt, die über den Tarifbeginn hinaus andauert, verschiebt sich der Tarifbeginn bis zum Beginn des Kalendermonats, der auf die wiedererlangte Arbeitsfähigkeit folgt.

Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt 3 Jahre.

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

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich der Tarif und löst eine neue 3-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Bezieht das Mitglied zum Ende der Mindestbindungsfrist Krankengeld oder befindet sich innerhalb einer Karenzzeit, verlängert sich der Tarif bis zum Ende dieser Arbeitsunfähigkeit. Der Tarif und die Krankengeldzahlung enden spätestens mit Ablauf der Höchstanspruchsdauer (546 Tage). Vorangegangene Krankengeldzahlungen innerhalb der Mindestbindungsfrist werden angerechnet.

Besteht zum Ende einer Mindestbindungsfrist eine Arbeitsunfähigkeit ohne Anspruch auf Krankengeld, endet der Tarif nach Ablauf der Mindestbindungsfrist ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Kündigung

XVI Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens einen Monat vor Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der BKK Pfalz. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der BKK Pfalz vorbehaltlich Absatz XVII frühestens zum Tarife gekündigt werden.

XVII 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

XVIII Ein Wechsel unter den verschiedenen Tagegeldstufen ist – vorbehaltlich Absatz XIX – höchstens einmal pro Jahr durch schriftliche Erklärung möglich. Die Laufzeit der neu gewählten Tagegeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK Pfalz folgenden Kalendermonat.

Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine höhere Tagegeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tagegeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; die bisherige Tagegeldstufe wird solange fortgeführt. Bei einem Wechsel in eine niedrigere Tagegeldstufe nach diesem Absatz oder Absatz XIX werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tagegeldstufe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen, niedrigeren Tagegeldstufe abgeleitet.

XIX Ergibt sich aus dem nachgewiesenen Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt eine Einkommensänderung, die eine Zuordnung zur gewählten Tagegeldstufe nach Absatz VII nicht mehr rechtfertigt, ist die BKK Pfalz zu einer Anpassung in erforderlichem Umfang berechtigt. Die neue Tagegeldstufe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der BKK Pfalz über die Veränderung folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III oder XX besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

XX Die Prämienhöhe ergibt sich aus der jeweiligen Tagegeldstufe.

Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt entsprechend der Einordnung nach den genannten Kriterien:

Versicherungsprämie Tarifklasse 1

Wahlтарif Krankengeld – Differenzтарif ab 43. Tag					
Für Selbstständige, kurzfristig Beschäftigte und unständig Beschäftigte mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld ab dem 43. Tag					
Leistung	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €
Prämie	16,50 €	29,05 €	41,60 €	54,15 €	66,70 €

Versicherungsprämie Tarifklassen 2

Wahlтарif Krankengeld – Künstlertarif 4 Wochen ab 15. Tag – 42. Tag					
Leistung	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €
Prämie	12,82 €	15,92 €	19,03 €	22,13 €	25,24 €
Leistung	80 €	90 €	100 €	120 €	150 €
Prämie	28,34 €	31,45 €	34,55 €	40,76 €	50,08 €

Versicherungsprämie Tarifklasse 3

Wahlтарif Krankengeld – Vollтарif ab 183. Tag					
Für Selbstständige, kurzfristig Beschäftigte und unständig Beschäftigte					
Leistung	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €
Prämie	6,28 €	7,21 €	8,14 €	9,06 €	9,99 €
Leistung	80 €	90 €	100 €	120 €	150 €
Prämie	10,92 €	11,84 €	12,77 €	14,62 €	17,40 €

XXI Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Absatz XXII. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tagegeldstufenwechsels nach den Absätzen XX oder XIX ist die aus der neuen Tagegeldstufe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tagegeldstufe zu zahlen.

Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieses Tarifs können aus dem Tarif fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.

Die Prämie ist monatlich zu zahlen und ist am 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten ist. Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der BKK Pfalz zurück zu zahlen.

- XXII Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden im Mahnverfahren Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben. Die BKK Pfalz darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.
- XXIII Reichen die kalkulierten Prämien nicht mehr aus, um die Kosten des angebotenen Tarifs zu decken, so ist die BKK Pfalz zur Anpassung der Prämien im erforderlichen Maße berechtigt.

§ 15 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die BKK Pfalz gehört dem Landesverband Mitte der Betriebskrankenkassen als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 18 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und auf den Internetseiten der Betriebskrankenkasse unter www.bkkpfalz.de sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist eine Woche.

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

§ 19 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die BKK Pfalz veröffentlicht die wesentlichen Ergebnisse der Rechnungslegung gemäß § 305b SGB V im elektronischen Bundesanzeiger, auf den Internetseiten der Betriebskrankenkasse unter www.bkkpfalz.de sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift.

Artikel II

Inkrafttreten

- I. Diese Satzung wurde vom Verwaltungsrat der G+H BKK am 27.6.2008 und vom Verwaltungsrat der BKK Pfalz am 19.6.2008 beschlossen.
- II. Die Satzung vom 1.1.2009 beinhaltet die Nachträge Nr. 1 bis 27 und tritt in ihrer aktualisierten Fassung wie folgt in Kraft:

Die Regelung aus dem Satzungsnachtrag Nr. 27 tritt am Tag nach der Bekanntgabe in Kraft.

Ludwigshafen, den 02.08.2016

Siegel

Die Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane

I. Erstattung der baren Auslagen

Die baren Auslagen der Organmitglieder werden nach festen Sätzen erstattet. Im Einzelnen werden gewährt:

1. Tagegeld

Das Tagegeld beträgt bei einer Dauer der Inanspruchnahme von

mindestens	8 Stunden	6 Euro,
mindestens	14 Stunden	12 Euro,
mindestens	24 Stunden	24 Euro.

Bei der Feststellung der Inanspruchnahme ist der Hin- und Rückweg von und zur Wohnung bzw. von und zur Beschäftigungsstelle zu berücksichtigen. Ist ein Organmitglied am gleichen Tage aus mehreren Anlässen in Anspruch genommen, so sind die dafür aufgewendeten Zeiten zusammenzurechnen.

Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

2. Übernachtungsgeld

Für jede erforderliche Übernachtung außerhalb des Wohnortes wird ein Übernachtungsgeld von 20 Euro ohne Belegnachweis gezahlt.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

3. Fahrkosten

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

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse/2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy class (Touristenklasse),
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 Euro, höchstens jedoch im Einzelfall bis zu 150 Euro,
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

4. Wegfall des Anspruchs

Soweit ein Organmitglied Reise- und Fahrkostenersatz von dritter Stelle erhält, bestehen keine Ansprüche gegenüber der Betriebskrankenkasse. Außerdem wird kein Tagegeld gezahlt, wenn die Sitzung während der Arbeitszeit am Wohnort des Organmitgliedes stattfindet.

II. Entschädigung für entgangenen Arbeitsverdienst

Den Organmitgliedern werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beträge nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI ersetzt.

Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens $1/75$ der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV).

Wird durch schriftliche Erklärung der Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaufschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit $1/3$ des Höchstbetrages zu ersetzen.

Der Verdienstaufschlag wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden geleistet; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen.

III. Pauschbetrag für Zeitaufwand

1. Entschädigung für Sitzungen

Den Organmitgliedern wird für jeden Kalendertag einer Sitzung für den regelmäßig außerhalb der Arbeitszeit erforderlichen Zeitaufwand insbesondere für die Vorbereitung der Sitzungen, ein Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 69 Euro geleistet.

Unter "Sitzung" ist nur die Sitzung eines Gremiums des Versicherungsträgers (Verwaltungsrat, Widerspruchsausschuss und sonstige Ausschüsse) zu verstehen. Andere Besprechungen, Verhandlungen und Gespräche sowie Tagungen und Seminare fallen nicht unter diesen Begriff.

Finden an einem Tag mehrere Sitzungen statt - dazu zählt auch die Pflegekasse der Betriebskrankenkasse -, wird die Entschädigung nur einmal gezahlt.

2. Entschädigung für die Vorsitzenden

Für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen erhalten die Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 200 Euro.

3. Entschädigung für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Anderen Organmitgliedern wird für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme dann ein Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 69 Euro gewährt, wenn sie für ein Organ aufgrund eines besonderen Auftrages tätig werden; dies gilt nicht bei der Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Anlage zu § 13c der Satzung

Erstattungskatalog „Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten“

Im Bereich der privaten Versicherungen sind folgende Versicherungsarten zuschussfähig:

- Pflegezusatzversicherungen
- Sterbegeldversicherungen
- Pflegerente
- Pflegeetagegeld

Darüber hinaus sind einmalige und laufende Kosten für folgende Vollmachten und Verfügungen zuschussfähig:

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Sorgerechtsverfügungen

Diese Aufzählung ist abschließend. Alle anderen privaten Versicherungen – insbesondere Lebensversicherungen, Haftpflichtversicherungen etc. - sind durch das Bonusmodell nicht zuschussfähig.