



Satzung

der

BKK Pfalz

Ludwigshafen am Rhein

Stand 15.02.2018

INHALT

Artikel I			Seite
§	1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	4
§	2	Verwaltungsrat	7
§	3	Vorstand	10
§	4	Widerspruchsausschuss	12
§	5	Kreis der versicherten Personen	14
§	6	Kündigung der Mitgliedschaft	15
§	7	Aufbringung der Mittel	17
§	8	Bemessung der Beiträge	18
§	9	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	19
§	9 a	Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 II AAG	20
§	10	Fälligkeit der Beiträge	21
§	10 a	Erhebung von Beitragsvorschüssen	22
§	11	Höhe der Rücklage	23
§	12	Leistungen	24
§	12 a	Primärprävention	30
§	12 b	Zusätzliche Sachleistungen	31
§	12 c	Leistungsausschluss	34
§	12 d	Persönliche elektronische Gesundheitsakte	35
§	13	Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinisch ambulante Vorsorgeleistungen	36
§	13 a	Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme	38
§	13 b	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	39
§	13 c	Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	43
§	13 d	Wahltarif besondere Versorgung	44
§	13 e	Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	45
§	13 f	Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsförderung	46
§	14	Wahltarif Krankengeld	47
§	15	Kooperation mit der PKV	58

§	16	Aufsicht	59
§	17	Mitgliedschaft zum Landesverband	60
§	18	Bekanntmachungen	61
§	19	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	62

Artikel II

Inkrafttreten	63
---------------	----

ANLAGE zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung	64
---	----

ANLAGE zu § 13 b der Satzung: Katalog der Zuschüsse zu gesundheitsnahen (Dienst)Leistungen als Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	68
--	----

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

1. AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG in Wiesbaden, sowie deren Zweigniederlassung in Ludwigshafen am Rhein
2. Siegfried PharmaChemikalien Minden GmbH mit Sitz in Minden
3. Nordmark Arzneimittel GmbH & Co. KG in Uetersen
4. ETTLIN Spinnerei und Weberei Produktions GmbH & Co KG in Ettlingen
5. URBANA Immobilien Verwaltungsgesellschaft mit beschränkter Haftung in Ettlingen
6. Gienanth GmbH in Eisenberg
7. SAINT-GOBAIN ISOVER G+H AG in Ludwigshafen mit der Zentralverwaltung in: 67059 Ludwigshafen, Betriebsstätten in: 51465 Bergisch-Gladbach, 68526 Ladenburg, 19386 Lübz und 67346 Speyer, sowie die Betriebsstätten des Vertriebs im gesamten Bundesgebiet
8. G+H - GRUPPE:
 - 8.1 G+H Montage GmbH

- 8.2 G+H Isolierung GmbH
- 8.3 G+H Industrie Service GmbH
- 8.4 G+H Isolite GmbH
- 8.5 G+H Schallschutz GmbH
- 8.6 G+H Metalltechnik GmbH
- 8.7 G+H Innenausbau GmbH
- 8.8 G+H Reinraumtechnik GmbH
- 8.9 G+H Schiffsausbau GmbH
- 8.10 G+H Kühllager- und Industriebau GmbH
- 8.11 G+H Fassadentechnik GmbH

Die Niederlassungen der Spartengesellschaften 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

- 9. Joh. A. Benckiser GmbH, Ludwigshafen
- 10. Benckiser Deutschland GmbH, Ladenburg
- 11. Benckiser Produktions GmbH, Ladenburg
- 12. Propack Produkte für Haushalt und Körperpflege GmbH, Ladenburg
- 13. Benckiser Service GmbH, Ludwigshafen
- 14. Jungbunzlauer GmbH, Ladenburg
- 15. Kleencare Hygiene GmbH, Ladenburg

16. BK Giulini Chemie GmbH & Co. OHG, Ludwigshafen
17. Giulini Chemie GmbH, Ludwigshafen
18. Alcan Aluminiumwerke GmbH, Ludwigshafen
19. Palatia Dünger GmbH, Ludwigshafen
20. Amsterdam Fertilizers Deutschland GmbH, Ludwigshafen
21. Amsterdam Fertilizers Dünger Handels-GmbH, Ludwigshafen
22. Alcoa Europe Ltd., Ludwigshafen
23. KHS Maschinen- und Anlagenbau AG, Worms-Pfeddersheim
24. KHS Maschinen- und Anlagenbau AG, Bad Kreuznach
25. KHS Maschinen- und Anlagenbau AG, Dortmund
26. Julius Glatz GmbH, Neidenfels
27. Hoffmann & Engelmann AG, Neustadt/Weinstraße
28. Hoffmann & Engelmann - Verwaltungs GmbH, Neustadt/Weinstraße
29. Paper Point Süd GmbH, Frankeneck
30. TWD Kuag GmbH, Konz
31. Werk Boesner der Textron Verbindungstechnik GmbH & Co OHG, Neuwied

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. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 10 Vertreter der Versicherten und 7 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.

- 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 Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über (z.B. Jahresrechnung, Haushaltsplan, Satzungsänderung) ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.“

§ 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 drei 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

- I. Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören:
 - 1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 - 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten
- II. Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- 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 Betriebskrankenkasse 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 Zusatzbeitragssatz

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.

**§ 9 a Übertragung des Ausgleichsverfahrens
gem. §§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG**

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).
- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 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, für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

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

§ 10 a Erhebung von Beitragsvorschüssen

- I. Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,
 - die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
 - bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
 - die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
 - die keine Beitragsnachweise einreichen.

- 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

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.

1. Bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24 c bis 24 i SGB V)
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24 b SGB V)
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGBV)
5. Des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 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 für maximal eine Stunde je Pflegeeinsatz und längstens 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, 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 über § 38 Abs. 1 SGB V hinaus auch dann Haushaltshilfe,
 - a) wenn und solange dem 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 wird längstens für einen Zeitraum von 6 Wochen oder 30 Arbeitstagen gewährt.
 - b) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird über § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V hinaus für einen weiteren Zeitraum von 2 Wochen oder 10 Arbeitstagen gewährt. Diese Regelung erweitert nicht den Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

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

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 Betriebskrankenkasse 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 Wirtschaftlichkeits-

prüfungen 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

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 Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
 - b. das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

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

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

2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel gemäß Nr. 1 Satz 2 a ist um 25 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse 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.

Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel gemäß Nr. 1 Satz 2 b nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um einen Abschlag in Höhe von 25 v.H. für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag in Höhe von 10 v. H. für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

3. § 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

§ 12 a Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem:

- individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V)
- Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V)
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V).

Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V gilt:

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 Betriebskrankenkasse 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.

§ 12 b Zusätzliche Satzungsleistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die Betriebskrankenkasse 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:

I. Leistungen bei Schwangerschaft

Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für nachfolgende Leistungen, wenn die jeweilige Leistung bei einer gemäß 134a Abs. 2 SGB V zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V berechtigten, freiberuflichen Hebamme in Anspruch genommen wird. Zur Erstattung der Kosten sind jeweils die Originalrechnung und eine von der Hebamme ausgestellte Teilnahmebestätigung einzureichen.

Partner-Geburtsvorbereitungskurs

Bei der Betriebskrankenkasse versicherte, werdende Väter können einen Partner-Geburtsvorbereitungskurs in Anspruch nehmen. Erstattet werden nach Vorlage einer Teilnahmebestätigung und regelmäßiger Teilnahme die tatsächlichen Kosten, höchstens ein Betrag von 70,00 Euro je Schwangerschaft.

II. Flash Glukose Messsystem (FGM)

1. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten der Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash Glukose Messsystem mit dem Ziel einer besseren Kontrolle des Glukoseverlaufes zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder Hyperglykämie (Überzuckerung).
2. Voraussetzungen sind, dass

- a) eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie bei Diabetes mellitus erfolgt,
 - b) die zwischen Ärztin/Arzt und Patient/in festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation nicht erreicht werden können,
 - c) und die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen durch eine Verordnung bestätigt wird:
 - Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation, oder
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie.“
3. Vor Behandlungsbeginn ist mit dem behandelnden Vertragsarzt oder berechtigten Arzt ein individuelles Therapieziel bezogen auf den Einsatz von FGM festzulegen und der weitere Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind von dem jeweiligen Arzt vor der Anwendung sicherzustellen. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein. Die Behandlungsmethode darf nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein.
4. Die Betriebskrankenkasse hat der Versorgung vor Beginn zugestimmt und übernimmt die Kosten für das Auslesegerät einmalig in Höhe von 59,90 Euro und die Kosten für Sensoren in Höhe von 59,90 Euro je Sensor alle zwei Wochen, jedoch maximal die Höhe der tatsächlichen Kosten abzüglich einer Eigenbeteiligung zu dem Lesegerät sowie zu der jeweiligen Quartalsversorgung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Absatz 8 SGB V i.V.m. § 61 SGB V.

III. Professionelle Zahnreinigung

1. Versicherte der Betriebskrankenkasse haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss zur Professionellen Zahnreinigung durch einen Vertragszahnarzt, Vertragskieferorthopäden oder einen nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Erstattungen kieferorthopädischen Leistungen sind entsprechend § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V nur bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres möglich.
2. Der Zuschuss wird auf den Rechnungsbetrag bis maximal 50 Euro gewährt, begrenzt auf den Rechnungsbetrag und eine Behandlung pro Kalenderjahr. Zur Erstattung des Zuschusses ist die Originalrechnung vorzulegen.

§ 12 c 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.

§ 12 d Persönliche elektronische Gesundheitsakte

Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse kooperierenden Dritten erbracht, der auf Grund eines Vertrages mit der Betriebskrankenkasse zu Gunsten der Versicherten tätig wird. Dieser Vertrag regelt in seiner jeweils aktuell geltenden Fassung die Einzelheiten. Die Betriebskrankenkasse stellt den an der Teilnahme interessierten Versicherten ein Verzeichnis der kooperierenden Dritten 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 Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse noch der kooperierende Dritte erhalten Einsicht in die in der Gesundheitsakte gespeicherten persönlichen Gesundheitsdaten.

§ 13 Schutzimpfungen und medizinisch ambulante Vorsorgeleistungen

I. Schutzimpfungen

Die Betriebskrankenkasse übernimmt über die in § 20 i Abs. 1 SGB genannten Indikationen hinaus gemäß § 20 i Abs. 2 SGB V folgende unter Nr. 1 - 3 genannte Leistungen:

1. Die Betriebskrankenkasse übernimmt wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos im Falle eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes zum Schutz der öffentlichen Gesundheit die vom auswärtigen Amt für das jeweilige Reiseland empfohlenen Schutzimpfungen.
2. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen.
3. Die Betriebskrankenkasse übernimmt folgende Schutzimpfungen auch über die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) genannten Empfehlungen hinaus:
 - a) Gripeschutzimpfung,
 - b) FSME.
4. Die Übernahme der Kosten für Schutzimpfungen nach Nr. 1 u. 2 beträgt maximal 150 € pro Kalenderjahr für den Impfstoff und für die ärztliche Leistung. Die Übernahme der Kosten für Schutzimpfungen nach Nr. 3 werden nicht auf die in Satz 1 genannte Höchstgrenze von kalenderjährlich 150 € angerechnet.
5. Eine Übernahme der Schutzimpfungen nach Nr. 1 - 3 als Sachleistung bzw. eine Kostenübernahme ist ausgeschlossen, wenn:
 - a) die Schutzimpfungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden,
 - b) der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder

c) die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

II. Kuren

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

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

§ 13 a Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

§ 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I. a. 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 geschlechts-spezifischen 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 einen Test auf occultes Blut im Stuhl oder eine Koloskopie gemäß § 25 Abs. 2 SGB V i.V.m. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie (in der jeweils gültigen Fassung) durch.

Der Nachweis erfolgt durch entsprechende ärztliche Bestätigung im BK 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.

- I. b. Mitglieder erhalten zusätzlich zu dem Bonus nach § 13b Abs. I a einen Extrabonus nach § 13b Abs. IV, wenn sie oder ihre mitversicherten Angehörigen
 1. an einem Präventionskurs teilnehmen (insgesamt maximal 2 Kurse im Kalenderjahr pro Mitglied incl. der mitversicherten Angehörigen) oder
 2. ein Sportabzeichen erwerben, z.B. des Deutschen Olympischen Sportbundes oder das Wanderabzeichen des Deutschen Wanderverbandes (insgesamt maximal 2 Abzeichen im Kalenderjahr pro Mitglied incl. der mitversicherten Angehörigen)
- II. Bei Erfüllung der in § 13b Abs. I.a. genannten Grundvoraussetzungen, erhalten Mitglieder mit dem Nachweis aller zur Inanspruchnahme berechtigten Voraussetzungen je nachgewiesener Voraussetzung wahlweise einen Bonus von je 30 EUR, der als Zuschuss zu nachgewiesenen Aufwendungen entsprechend der im Katalog der Betriebskranken-

kasse genannten Leistungen gewährt wird, oder je nachgewiesener Voraussetzung 5 EUR als Geldbonus.

- III. Die Wahl der Bonusart (A oder B) trifft das Mitglied mit der Teilnahmeerklärung zum Bonusmodell.

Bonusart A: 30 EUR je zur Inanspruchnahme berechtigter und nachgewiesener Voraussetzung nach § 13b Abs. I a:

Das Mitglied erhält den Bonus als Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten für die Inanspruchnahme der im Katalog der Betriebskrankenkasse genannten Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von maximal 180 Euro pro Kalenderjahr.

Die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse stellt ihnen auf Wunsch diesen Katalog in schriftlicher Form zur Verfügung.

Bonusart B: 5 EUR als Geldbonus je zur Inanspruchnahme berechtigter und nachgewiesener Voraussetzung nach § 13b Abs. I a:

Das Mitglied erhält als Bonus je erfüllter Voraussetzung 5 EUR als Geldbonus bis zu einem Höchstbetrag von maximal 30 EUR pro Kalenderjahr.

- IV. Extrabonus je Maßnahme nach § 13b Abs. I b:

Das Mitglied oder mitversicherte Angehörige können einen zusätzlichen Extrabonus in Höhe von 20 EUR (Bonusart A) bzw. 10 EUR (Bonusart B) je nachgewiesener Maßnahme nach § 13b Abs. I b erhalten, wenn die unter §13b Abs. I a genannten Voraussetzungen erfüllt sind und zusätzlich die unter § 13b Abs. I b genannten Maßnahmen durch Vorlage entsprechender Nachweise belegt werden. Der Extrabonus ist auf 80

EUR je Kalenderjahr und Familie (Mitglied und alle mitversicherten Angehörige) begrenzt.

Der Extrabonus wird zusätzlich gezahlt und ist immer an die Wahl der Bonusart gebunden. Bei Bonusart A wird der Extrabonus als Zuschuss nur für die im Katalog aufgeführten Leistungen und Produkte gezahlt, bei Bonusart B als zusätzlicher Geldbonus

§ 13 c Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b 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.

§ 13 d Wahltarif besondere Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140 a 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.

§ 13 e Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Vereinbarung aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.
- II. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiseerbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.
- III. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Gesundheitsförderung und den Beitragsanteil zur Krankenversicherung eines Monats nicht übersteigen.

§ 13 f Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung

I. Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Abs. 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers aus den Handlungsfeldern:

- Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
- Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
- Suchtprävention im Betrieb oder
- Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

mindestens zu 80 % teilnehmen. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 13e.

II. Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 5 EUR -unabhängig der Anzahl der Maßnahmen- zu Beginn des Jahres ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die regelmäßige Teilnahme nachgewiesen wurde, und die Mitgliedschaft während des gesamten zurückliegenden Jahres bestand.

§ 14 Wahltarif Krankengeld

Allgemeines

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld (Wahltarif Krankengeld-PLUS) zur Wahl an. Mitglieder, die zum Zeitpunkt der Teilnahmeerklärung zum Wahltarif 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 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
- 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 Vorseereinrichtung (§§ 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 Betriebskrankenkasse 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 i.V.m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und der höchstrichterlichen Rechtspre-

chung. 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 Betriebskrankenkasse bietet innerhalb des Wahltarif Krankengeld-PLUS 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 (Karenzzeit), 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 (Karenzzeit), 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 (Karenzzeit), 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 Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse.
- 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 (Tagegeldstufen), je nach Einkommen, wie folgt gewählt werden:

Einkommenskorridore (70%)				
Jahreseinkommen	Monatseinkommen	wählbares Tages-		Krankengeld-stufen
		ab	ab	
0,00 €	0,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €
20.580,00 €	1.715,00 €	30,00 €	40,00 €	40,00 €
25.716,00 €	2.143,00 €	30,00 €	50,00 €	50,00 €
30.864,00 €	2.572,00 €	40,00 €	60,00 €	60,00 €
36.012,00 €	3.001,00 €	40,00 €	70,00 €	70,00 €
41.148,00 €	3.429,00 €	50,00 €	80,00 €	80,00 €
46.296,00 €	3.858,00 €	50,00 €	90,00 €	90,00 €
51.432,00 €	4.286,00 €	60,00 €	100,00 €	100,00 €
61.716,00 €	5.143,00 €	70,00 €	120,00 €	120,00 €
72.012,00 €	6.001,00 €	80,00 €	120,00 €	120,00 €
77.148,00 €	6.429,00 €	80,00 €	150,00 €	150,00 €
82.296,00 €	6.858,00 €	90,00 €	150,00 €	
92.580,00 €	7.715,00 €	100,00 €	150,00 €	
102.864,00 €	8.572,00 €	120,00 €	150,00 €	
123.432,00 €	10.286,00 €	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 Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/ Arbeitseinkommen in geeigneter Form nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen.
- IX. Die aus der Krankengeldzahlung in der Tarifklasse 2 und 3 evtl. durch Arbeitnehmer zu leistenden Beitragszahlungen an die Bundesagentur für Arbeit und/oder die Deutsche Rentenversicherung Bund und/oder Pflegeversicherung übernimmt die Betriebskrankenkasse 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, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-63, 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 Betriebskrankenkasse folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse 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. Für die Tarifklasse 2 gilt dann nach Absatz III noch eine Wartezeit

von drei Monaten ab Tarifbeginn. Bei Leistungsfällen in der Tarifklasse 2, die während dieser Wartezeit eintreten, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld.

Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt 3 Jahre ab dem Beginn der Laufzeit des Tarifes.

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). Vorgegangene Krankengeldzahlungen innerhalb der Mindestbindungsfrist werden angerechnet.

Kündigung

- XVI. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens einen Monat vor Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XVII frühestens zum Tarifende 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 Tagegeldstufen ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tagegeldstufe ist –vorbehaltlich Absatz XIX– höchstens einmal pro Zeitjahr in der Mindestbindungsfrist möglich. Die Wahl kann unter den Tagegeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt sind. Die Laufzeit der neu gewählten Tagegeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden Kalendermonats. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende oder leistungsmindernde Tagegeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tagegeldstufe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; die bisherige Tagegeldstufe wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tagegeldstufe besteht bei erfolgtem Wechsel keine Wartezeit im Sinne des Absatzes III.

XIX. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tagegeldstufe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen nach Absatz VIII die in Absatz VII genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Tagegeldstufe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der auf die Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt.

Erfolgt die Feststellung während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit, gilt die neue Tagegeldstufe ab Beginn des Kalendermonats, der auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgt. Eine Wartezeit nach Absatz III 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

Wahltarif Krankengeld – Differenztarif 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

Wahltarif 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

Wahltarif Krankengeld – Volltarif 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 XVIII 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 Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.

- XXII. Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden im Mahnverfahren Mahngebühren nach § 19 Abs. 2 VwVG erhoben. Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien gemäß § 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, ist die Betriebskrankenkasse zur Anpassung der Prämien im erforderlichen Maße verpflichtet.

§ 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 BKK Pfalz erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkkpfalz.de und nachrichtlich durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse.

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.

Die Aushangfrist beträgt 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 BKK Vital am 10.11.2017 und vom Verwaltungsrat der BKK Pfalz am 10.11.2017 beschlossen.
- II. Die Satzung vom 01.01.2018 beinhaltet den Nachtrag Nr. 1 und tritt in ihrer aktualisierten Fassung zum 20.02.2018 in Kraft.

Ludwigshafen, den 19. Februar 2018

Siegel

Die Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigungsregelung für 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 Verdienstausschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit 1/3 des Höchstbetrages zu ersetzen.

Der Verdienstausschlag 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 § 13 b der Satzung

Katalog der Zuschüsse zu gesundheitsnahen (Dienst)Leistungen als Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Im Bereich der privaten Versicherungen sind folgende Versicherungsarten zuschussfähig:

- Pflegezusatzversicherungen
- Sterbegeldversicherungen
- Pflegerente
- Pflagegeld

Der Zuschuss wird zu den Beiträgen für die aufgelisteten Versicherungen gewährt. Die Versicherung selbst wird nicht von der Betriebskrankenkasse gestellt. Es kann sich nur um nach § 194 Abs. 1a SGB V vermittelbare Versicherungen handeln.

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

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Sorgerechtsverfügungen

Der Zuschuss ist begrenzt auf die tatsächlichen Beiträge zu den oben genannten Versicherungen bzw. auf die Kosten der zuvor genannten Vollmachten/Verfügungen.

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