

**Satzung der**

pronova BKK

**Körperschaft des öffentlichen Rechts**

vom 01.07.2015

in der Fassung der Nachträge 1 bis 5, gültig ab 01.01.2016

# **Artikel I**

## **Inhalt der Satzung**

- § 1 Name, Sitz und Bereich der pronova BKK
- § 2 Verwaltungsrat
- § 2a Versichertenälteste
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 9 Stundung und Erhebung von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V  
Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträgen
- § 10 Kassenindividueller Zusatzbeitrag
- § 11 Fälligkeit der Beiträge
- § 12 Erhebung von Mahngebühren
- § 13 Höhe der Rücklage
- § 14 Leistungen
- § 15 Satzungsleistungen der pronova BKK
- § 16 Primärprävention
- § 17 Zusätzliche Schutzimpfungen
- § 18 Geldzuschuss bei medizinischen Vorsorgeleistungen
- § 19 Leistungsausschluss
- § 20 Wahltarif Prämienzahlung
- § 21 Wahltarif Selbstbehalt
- § 21a Wahltarif Selbstbehalt für Auszubildende und Studenten
- § 22 Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 23 Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 24 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 25 Wahltarif integrierte Versorgung
- § 25a Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

- § 26 Wahltarif Krankengeld
- § 26a Wahltarif KG Standard
- § 26b Wahltarif KG stationär
- § 26c Wahltarif KG Künstler und Publizisten
- § 27 Bonus für Versicherte, die an Leistungen der Früherkennung von Krankheiten und der Primärprävention teilnehmen
- § 27a Bonus für Neugeborene
- § 28 Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 29 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
- § 30 Kooperation mit der PKV
- § 31 Aufsicht
- § 32 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 33 Bekanntmachungen
- § 34 Veröffentlichung des Jahresergebnisses

## **Artikel II**

### **Inkrafttreten**

# Artikel I

## Inhalt der Satzung

### § 1 Name, Sitz und Bereich der pronova BKK

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

#### **pronova BKK.**

Sie ist aus der Vereinigung der pronova BKK mit der Vaillant BKK hervorgegangen. Sie hat ihren Sitz in Ludwigshafen am Rhein.

- II. Der Bereich der pronova BKK erstreckt sich auf alle in Anlage zu § 1 der Satzung aufgeführten Betriebe.
- III. Der Bereich der pronova BKK erstreckt sich auch auf das gesamte Bundesgebiet.

## **§ 2 Verwaltungsrat**

- I.
  1. Das Selbstverwaltungsorgan der pronova BKK ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung. Abweichend hiervon und von § 49 Abs. 2 SGB 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 und bei der pronova BKK versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen. Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.
  2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
  3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter, die unterschiedlichen Gruppen angehören. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr jeweils zum 01. Januar, erstmalig am 01.01.2017.
- II. Dem Verwaltungsrat gehören als Mitglieder 15 Vertreter der Versicherten und 15 Vertreter der Arbeitgeber an. Jedes Mitglied hat eine Stimme.
- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der pronova BKK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die pronova BKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:
  1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die pronova BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,
  2. den Haushaltsplan festzustellen,
  3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung der Prüfer zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
  4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
  5. den Vorstand zu überwachen,
  6. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die pronova BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
  7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

8. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
  9. die Mitglieder des Widerspruchsausschusses zu bestellen,
  10. die Versichertenältesten der pronova BKK zu wählen.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
  - V. Der Verwaltungsrat beauftragt einen leitenden Beschäftigten der pronova BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes.
  - VI. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
  - VII. Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bilden.
  - VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, 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 ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
  - X. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widersprechen der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.
  - XI. 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.

## **§ 2a Versichertenälteste**

- I. Für die pronova BKK werden vom Verwaltungsrat Versichertenälteste gewählt. Ein Versichertenältester, der an der Wahrnehmung seiner Aufgaben vorübergehend verhindert ist, wird von einer anderen Person aus dem Kreis der Versichertenältesten vertreten.
  
- II. Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der pronova BKK mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen. Hierzu gehört insbesondere die Aufgabe
  1. allgemeinen Rat und Auskunft in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erteilen,
  2. die Versicherten über die Ihnen nach Gesetz und Satzung zustehenden Leistungen aufzuklären,
  3. die Versicherten über neue gesetzliche Regelungen in der Krankenversicherung zu unterrichten,
  4. die Versicherten bei der Antragstellung zu unterstützen,
  5. eine ortsnahe Verbindung der pronova BKK mit den Arbeitgebern herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.
  
- III. Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Die Entschädigung Versichertenältesten gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 und 2a der Satzung festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen.“

### **§ 3 Vorstand**

- I. Dem Vorstand der pronova BKK gehört ein Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die pronova BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die pronova BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

- 1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
  - 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
  - 3. den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
  - 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
  - 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen zur Entlastung vorzulegen,
  - 6. die pronova BKK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
  - 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
  - 8. die Beiträge einzuziehen,
  - 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der pronova BKK abzuschließen,
  - 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der pronova BKK wird vom Vorstand eingestellt.
  - V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der pronova BKK.



## **§ 4 Widerspruchsausschuss**

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Ludwigshafen.
- II.
  1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus neun Vertretern der Versicherten der pronova BKK mit je einer Stimme und vier Vertretern der Arbeitgeber mit je zwei Stimmen. Zu Mitgliedern des Widerspruchsausschusses können nur Personen bestellt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organ-Mitglieder erfüllen. Jede Gruppe hat neun Stimmen. Der Stimmanteil eines jeden Mitglieds beträgt einem der Zahl der anwesenden Mitglieder seiner Gruppe entsprechenden Bruchteil.
  2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
  3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
  4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
  5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und einem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Widerspruchsausschuss bestimmt einen Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der pronova BKK sein kann.
  6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
  7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens zwei Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend und stimmberechtigt sind.
  8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Der Stimmenanteil der anwesenden Arbeitgebervertreter wird auf den der anwesenden Versichertenvertreter festgesetzt. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 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 pronova BKK 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 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der pronova BKK nur dann beitreten, wenn sie das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III. Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnergesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
- IV. Die in Absatz I und II genannten Personen können die pronova BKK unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
  1. sie zu dem in § 1 Abs. II und III der Satzung genannten Bereich gehören oder
  2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
  3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der pronova BKK versichert ist,
  4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder Rentner sind und ein Elternteil bei der pronova BKK versichert ist,
  5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die pronova BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
  6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und die pronova BKK am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.
- V. 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 pronova BKK nach § 242 Abs. 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Abs. I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die pronova BKK 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 Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Abs. 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 pronova BKK ihrer Hinweispflicht nach den Sätzen 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV. Wenn ein Wahltarif nach §§ 20, 21, 21a oder 26 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur pronova BKK frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 20 Abs. VI Satz 3, 21 Abs. VI Satz 4, 21a Abs. III oder 26 Abs. III Satz 4, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abs. II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif nach § 26 gewählt haben.

## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

Die Mittel der pronova BKK 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 Beiträgen (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

**§ 9 nicht belegt**

## **§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz**

Die pronova BKK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,2 Prozent monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes.

## **§ 11 Fälligkeit der Beiträge**

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder 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 Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.
- II. Der Arbeitgeber kann abweichend von Absatz I 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.
- III. 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.
- IV. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).



## **§ 12 Erhebung von Mahngebühren**

Für Amtshandlungen im Rahmen der Zwangsvollstreckung werden Kosten (Gebühren und Auslagen) nach § 19 Abs. 1 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes erhoben. Die Höhe der Mahngebühr bestimmt sich nach § 19 Abs. 2 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes.

### **§ 13 Höhe der Rücklage**

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

## § 14 Leistungen

### I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der pronova BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung einer Krankheit
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- 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 mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

### II. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die pronova BKK vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der pronova BKK 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 hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die pronova BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
5. 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 jederzeit beenden, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die pronova BKK davon Kenntnis erhält.

Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. für Verwaltungskosten, höchstens 40,00 EUR zu kürzen.

6. Ist die Inanspruchnahme einer Leistung als Sach- oder Dienstleistung von der vorherigen Genehmigung der pronova BKK abhängig, ist diese Genehmigung auch von Versicherten einzuholen, die Kostenerstattung gewählt haben.

### III. Leistungen in Mitgliedstaaten der EU, anderen Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz

1. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- und Dienstleistungen im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschalbetrages 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. Abs. II Nr. 3, 4 und 7 gelten entsprechend. Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H. für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem Mitgliedsstaat der EU oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.
2. Abweichend von Nr. 1 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 pronova BKK in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der pronova BKK im Inland erlangt werden kann.

#### IV. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Versicherte können unter den Voraussetzungen von § 129 Abs. 1 SGB V ein anderes Arzneimittel gegen Kostenerstattung erhalten als dasjenige,
  - a) für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder
  - b) das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Die pronova BKK erstattet dem Versicherten die Kosten im Einzelfall nach §§ 13 Abs. 2, 129 Abs. 1 SGB V. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung besteht nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und die Verordnung vorzulegen.
3. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die pronova BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht auf mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, muss der Versicherte selbst tragen. Die Abschläge für die der pronova BKK entstehenden Mehrkosten werden pauschaliert. Vom Rechnungsbetrag werden 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels, weitere 27,5 v. H. als Abschlag für entgangene Vertragsrabatte, weitere 10 v. H., mindestens 5,00 EUR, höchstens 10,00 EUR, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels, als Zuzahlungen nach § 61 SGB V sowie von dem verbleibenden Betrag 5 v. H., höchstens 40,00 EUR für Verwaltungskosten nach § 13 Abs. 2 Satz 9 SGB V abgezogen.

#### V. 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.

## **§ 15 Satzungsleistungen der pronova BKK**

### **I. Häusliche Krankenpflege**

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung, erbringt die pronova BKK die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, 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, jedoch auf höchstens acht Wochen begrenzt.

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

### **II. Haushaltshilfe**

Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird auch dann gewährt, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sofern die übrigen Voraussetzungen von § 38 Abs. 1 SGB V Satz 1 erfüllt sind.

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

### **III. Kostenerstattung Osteopathie**

1. Versicherte der pronova BKK haben Anspruch auf Kostenerstattung für die Inanspruchnahme osteopathischer Leistungen, sofern die Behandlung geeignet ist, um Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, soweit die Behandlungsmethode nicht durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung auf ärztliche Veranlassung qualitätsgesichert durch einen Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder der eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt zu einem Verband der Osteopathen berechtigt.
2. Der Anspruch entsteht durch Vorlage der Originalrechnung des Leistungserbringers und der ärztlichen Bescheinigung. Der Zuschuss wird für maximal 4 Behandlungseinheiten pro Kalenderjahr gewährt und beträgt pro Behandlungseinheit maximal 40,00 EUR, höchstens jedoch 100 Prozent des Rechnungsbetrages.

#### IV. Hebammenhilfe

Die pronova BKK erstattet einer Versicherten, die während der Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, die Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme ab der 32. Woche der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme nach § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

Erstattet werden der Versicherten die tatsächlichen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250,00 EUR einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist die Originalrechnung der Hebamme vorzulegen.

#### V. Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge

1. Die pronova BKK zahlt ihren schwangeren Versicherten mit positiver Familienanamnese oder besonderes begründeter Indikation nach entsprechender ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt einen Zuschuss zu folgenden vorgeburtlichen nichtinvasiven Ergänzungsuntersuchungen für die weiterführende vorgeburtliche Diagnostik und zum Ausschluss gesundheitlicher Risiken:

- zusätzliche Ultraschalluntersuchungen wie 3D oder Farbdoppler-Ultraschall,
- Streptokokkentest,
- Toxoplasmose-Screening,
- Triple-Test,
- Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken,
- Zytomegalie-Test und
- Ersttrimester-Screening,

soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sind. Voraussetzung ist insgesamt, dass eine Erkrankung, bezogen auf die jeweilige Untersuchung nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

2. Der auf einen Betrag von insgesamt 75,00 EUR pro Schwangerschaft begrenzte Zuschuss ist der Versicherten nach Vorlage der Originalrechnung/en der gynäkologischen Arztpraxis bzw. des Labors zu gewähren.

3. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 24 d SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) bleibt unberührt.

## VI. Partnerkurs Geburtsvorbereitung für werdende Väter

Versicherte der pronova BKK haben im Rahmen von § 11 Absatz 6 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss zu den Kosten, die ihnen als werdender Vater dadurch entstehen, dass sie gemeinsam mit der Schwangeren an einem Geburtsvorbereitungskurs teilnehmen. Der Kurs muss von einer gemäß § 134a Absatz 2 SGB V zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Hebamme durchgeführt werden. Der Zuschuss beträgt 50 Prozent des Rechnungsbetrages, maximal 70,00 EUR je Schwangerschaft.

## VII. Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen

Über die Kinderuntersuchungen nach § 26 SGB V hinaus erstattet die pronova BKK für die von Ärzten durchgeführte Vorsorgeleistungen Kinderuntersuchung „U10“, Kinderuntersuchung „U11“, die Jugenduntersuchung „J1“ sowie die Jugenduntersuchung „J2“ 100 v. H. der entstandenen Kosten, maximal jedoch 50,00 EUR je Untersuchungsart. Zur Erstattung ist die Originalrechnung einzureichen. Voraussetzung ist insgesamt, dass eine Erkrankung, bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (zum Beispiel Auffälligkeit der Atmungsorgane, der geistig-seelischen Entwicklung, des Wachstums, des Knochenbaus) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

## VIII. Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel

1. Die pronova BKK übernimmt für schwangere Versicherte alle nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Magnesium, Vitamin B12 und D3 sowie Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate.
2. Erstattet werden pro Arzneimittel die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten, sofern das Arzneimittel von einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt auf Privatrezept verordnet und von einer zugelassenen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegeben wurde. Die Erstattung erfolgt nach Vorlage der spezifizierten Originalrechnung der Apotheke und der ärztlichen Verordnung, insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 25,00 EUR pro Schwangerschaft.
3. Von der Erstattung sind die Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gem. § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit Jodid, Eisen, Magnesium, Vitamin B 12 und D3 sowie Folsäure ist ausgeschlossen.
4. Der gesetzliche Anspruch, gem. § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.



## IX. Sportmedizinische Untersuchung

1. Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragspartnern oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.
2. Die pronova BKK erstattet 50 Prozent des Rechnungsbetrages jedoch nicht mehr als 40,00 EUR pro Untersuchung und Beratung. Zur Erstattung sind spezifizierte Originalrechnungen sowie ärztliche Bescheinigungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist nicht möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, nicht mindestens zwei Jahre vergangen sind.

## X. Einholung einer medizinischen Zweitmeinung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

Die pronova BKK gewährt im Rahmen von § 11 Abs. 6 SGB V zusätzliche Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer bei der Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei geplanter stationärer Behandlung aufgrund von orthopädischen Indikationen nach den folgenden Regelungen:

1. Der Anspruch setzt voraus, dass die pronova BKK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

Die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung erfolgt über ein Fachforum. Die Versicherten werden dabei von der pronova BKK unterstützt, die die Organisation und Vermittlung der Zweitmeinung übernimmt.

Art, Dauer und Umfang der Leistung ergeben sich aus der Vereinbarung zwischen der pronova BKK und dem nicht zugelassenen Leistungserbringer. Die Versicherten haben das Recht, über die Inhalte der Vereinbarung informiert zu werden.

Die pronova BKK trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter und stationärer medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und den je nach Einzelfall (ICD-Codierung) zuständigen Facharzt belegen.

2. Die Zweitmeinung bezieht sich ausschließlich auf Diagnosen folgender orthopädischer Erkrankungen: ICD-Code M05-M14 (Entzündliche Polyarthropathien), M15-M19 (Arthrose), M20-M25 (Sonstige Gelenkkrankheiten), M40-M43 (Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens), M45-M49 (Spondylopathien), M50-M54 (Sonstige Gelenkkrankheiten der Wirbelsäule und des Rückens), M65-M68 (Krankheiten der Synovialis und der Sehnen), M70-M79 (Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes), M80-M85 (Veränderungen der Knochendichte und –struktur), M91-M94 (Chondropathien). Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.
3. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme vor Beginn des Verfahrens schriftlich gegenüber der pronova BKK. Die Teilnahme ist freiwillig und schränkt die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein. Die Versicherten haben die Möglichkeit, jederzeit ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der pronova BKK zu widerrufen.
4. Alle Versicherten der pronova BKK können den Zweitmeinungsservice in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der pronova BKK krankenversichert sind und eine der unter Absatz II genannten Diagnosen vorliegt. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

Die pronova BKK leistet dafür Gewähr, dass die datenschutzrechtlichen Pflichten nach dem Bundesdatenschutzgesetz und des Sozialdatenschutzes nach dem Sozialgesetzbuch eingehalten werden. Dies gilt insbesondere für die nach § 9 BDSG sowie § 78a SGB X nebst den jeweiligen Anlagen geforderten technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sämtliche Personen, die im Zusammenhang mit der Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei orthopädischen Indikationen mit persönlichen Daten der Versicherten in Berührung kommen, sind auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften des BDSG sowie des SGB verpflichtet worden. Die Einhaltung der Vorschriften des Schutzes der Berufsverschwiegenheit des § 203 StGB (Arztgeheimnis) werden eingehalten.

## § 16 Primärprävention

- I. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die pronova BKK auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juli 2000 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Multimodales Stressmanagement und palliativ-regeneratives Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung

Suchtmittelkonsum:

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

- II. Leistungen, die von der pronova BKK selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H., bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB in Höhe von 90 v. H. der entstandenen Kosten übernommen. Die pronova BKK beteiligt sich an den Kosten für Leistungen nach Sätzen 1 und 2 bei maximal zwei Maßnahmen im Kalenderjahr. Die Aufwendungen hierfür betragen im Kalenderjahr insgesamt maximal 150 EUR, bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V insgesamt maximal 200 EUR.

- III. Die pronova BKK kann durch Verträge mit Fremdanbietern die Erbringung entsprechender Leistungen vereinbaren und die Höhe ihrer Kostenbeteiligung regeln.

## **§ 17 Zusätzliche Schutzimpfungen**

- I. Die pronova BKK übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V die Kosten folgender weiterer Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten/Krankheitserreger, soweit sie ärztlich empfohlen sind und kein anderer Kostenträger (Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) zuständig ist:
- FSME auch für Personen, die nicht den Nachweis erbringen, in FSME-Risikogebieten einer besonderen Zecken-Exposition ausgesetzt zu sein,
  - Influenza auch für Personen, bei denen nicht eine besondere Indikation nach den Schutzimpfungsrichtlinien vorliegt,
  - HPV,
  - Tollwut auch für Personen, auch wenn sie nicht den Nachweis erbringen, in Regionen mit hoher Tollwutgefährdung einem besonderen Infektionsrisiko ausgesetzt zu sein,
  - Meningokokken.
- II. Darüber hinaus übernimmt die pronova BKK Reiseschutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht-beruflich bedingten Auslandsaufenthalts erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission empfohlen sind. Sie übernimmt auch Schutzimpfungen aufgrund einer ärztlichen, individuell gestellten Impfindikation.
- III. Für selbst bezahlte Schutzimpfungen nach Absätzen I und II werden von der pronova BKK 100 v. H. der ärztlichen Kosten, höchstens aber 15,00 EUR je Impfung, sowie 100 v. H. der Kosten des Impferserums erstattet.

## **§ 18 Geldzuschuss bei medizinischen Vorsorgeleistungen**

Bei Gewährung ambulanter Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die pronova BKK einen Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten und Kurtaxe, sofern die Maßnahme mindestens 14 Tage dauert. Der Zuschuss beträgt für chronisch kranke Kleinkinder 25,00 EUR kalendertäglich. Allen anderen Versicherten wird ein Pauschalbetrag in Höhe von 100,00 EUR gewährt.

## **§ 19 Leistungsausschluss**

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

## § 20 Wahltarif Prämienzahlung

- I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als drei Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der pronova BKK in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied vor Beginn des Zeitraums, für den die Prämienzahlung erfolgen soll, schriftlich erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.
- II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
- Prävention (§§ 20 und 20d SGB V),
  - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährlich Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
  - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
  - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
  - Kinder- und Jugenduntersuchungen (§26 SGB V, § 15 Abs. IX der Satzung),
  - Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien.
- Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/12 des im Kalenderjahr an die pronova BKK gezahlten Jahresbeitrages. Das Mitglied erhält für ein leistungsfreies Kalenderjahr der Tarifteilnahme eine Zahlung in Höhe von einem 1/12 der in diesem Jahr gezahlten Beiträge, maximal 600,00 EUR.
- IV. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600,00 EUR nicht überschreiten. Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich zum Ende des 2. Quartals des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr.
- V. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Abs. I nicht wählen.

- VI. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der pronova BKK seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Abs. I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der pronova BKK. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V, gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr,

soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der pronova BKK nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der pronova BKK.

- VII. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen nach § 53 Abs. 8 SGB V. Als Härtefall zählt insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Ein Sonderkündigungsrecht besteht auch dann, wenn nach der Wahl die vollständige Tragung der Beiträge des Mitgliedes durch Dritte übernommen wird. Der Wahltarif kann abweichend von Abs. VI Sätze 1 und 2 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit oder der Übernahme der Beiträge durch Dritte gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

- VIII. Versicherte, die am 30.06.2015 bei der Vaillant BKK versichert waren und vor dem 01.07.2015 den Wahltarif Prämienzahlung nach § 13i der bis zum 30.06.2015 geltenden Satzung der Vaillant BKK gewählt haben, haben für das Jahr 2015 Anspruch auf eine Prämienzahlung nach Maßgabe von § 13i der bis zum 30.06.2015 geltenden Satzung der Vaillant BKK. Durch die Geltendmachung dieses Anspruchs erlischt der Anspruch auf Prämienzahlung nach Abs. I bis VII.



## § 21 Wahltarif Selbstbehalt

- I. Mitglieder können für sich abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der pronova BKK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Bei einem Jahreseinkommen von 7.200,00 EUR bis 17.999,00 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 120,00 EUR, bei einem Jahreseinkommen von 18.000,00 EUR bis 29.999,00 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 300,00 EUR, bei einem Jahreseinkommen von 30.000,00 EUR bis 41.999,00 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 580,00 EUR, bei einem Jahreseinkommen ab 42.000,00 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 960,00 EUR.
- II. Auf dem Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
  - Prävention (§§ 20 und 20d SGB V),
  - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährlich Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
  - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
  - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
  - Kinder- und Jugenduntersuchungen (§26 SGB V, § 15 Abs. IX der Satzung),
  - Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien.
- III. Werden vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung der vertragsärztlichen Leistungen auf die Selbstbeteiligung. In diesem Fall wird für die vertragsärztliche Leistung eine Pauschale von 25,00 EUR für jeden in einem Quartal kontaktierten Arzt berechnet. Werden vertragszahnärztliche Leistungen mit Verordnungsfolgen (mit Ausnahme von Leistungen nach Abs. II) in Anspruch genommen, so wird die zahnärztliche Leistung pauschal auf die Selbstbeteiligung angerechnet. In diesem Fall wird für die vertragszahnärztliche Leistung eine Pauschale von 25,00 EUR für jeden in einem Quartal kontaktierten Zahnarzt berechnet. Werden andere Leistungen (mit Ausnahme von Leistungen nach Abs. II) in Anspruch genommen, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen, z. B. für
  - Medikamente
  - Heilmittel
  - Krankengeld

- Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung
  - stationäre Behandlung.
- IV. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die pronova BKK dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 120,00 EUR jährlich 100,00 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 300,00 EUR jährlich 240,00 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 580,00 EUR jährlich 400,00 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 960,00 EUR jährlich 600,00 EUR. Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich zum Ende des 2. Quartals des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr.
- V. Die Wahl des Selbstbehaltes wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Abs. I und die Prämienzahlung nach Abs. IV anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht.
- VI. Die Wahl des Wahltarifs muss schriftlich vor Beginn des Zeitraums erfolgen, für den er gelten soll. Die Mindestbindungsfrist für den Wahltarif Selbstbehalt beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der pronova BKK seine Teilnahme an dem Wahltarif Selbstbehalt nach Abs. I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der pronova BKK. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Die Kündigung ist der pronova BKK schriftlich zu erklären. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der pronova BKK nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der pronova BKK.
- VII. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen nach § 53 Abs. 8 SGB V. Hierzu zählt insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Ein Sonderkündigungsrecht besteht auch dann, wenn nach der Wahl die vollständige Tragung der Beiträge des Mitgliedes durch Dritte übernommen wird. Das Sonderkündigungsrecht kann abweichend von Abs. VI Sätze 2 und 3 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit oder der Übernahme der Beiträge durch Dritte gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.
- VII. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nicht wählen. Eine Wahl des Tarifes ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für dasselbe Kalenderjahr einen Wahltarif Prämienzahlung nach § 20 wählt oder gewählt hat.

## **§ 21a Wahltarif Selbstbehalt für Auszubildende und Studenten**

- I. Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (Auszubildende) und § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V (selbstversicherte Studenten), die das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können eine Selbstbeteiligung wählen (Selbstbehalt im Sinne von § 53 Abs. 1 SGB V). Die jährliche Selbstbeteiligung beträgt 120,00 EUR.
- II. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die pronova BKK dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 120,00 EUR jährlich 100,00 EUR. Die Zahlung der Prämie erfolgt im ersten Jahr der Tarifteilnahme vorab. Danach erfolgt die Zahlung der Prämie jährlich zum Ende des 2. Quartals des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr.
- III. Das Mitglied ist an die Wahl der Selbstbeteiligung für mindestens drei Jahre gebunden. Ändert sich der Status des Mitglieds dergestalt, dass es nicht mehr Auszubildender oder Student ist, kann es eine Selbstbeteiligung gemäß § 21 "Wahltarif Selbstbehalt" wählen. Mit dem Wirksamwerden der Wahl endet die Selbstbeteiligung nach § 21a "Wahltarif Selbstbehalt Auszubildenden und Studenten". Sind die Voraussetzungen für die Wahl einer Selbstbeteiligung gemäß § 21 "Wahltarif Selbstbehalt" nicht erfüllt, bleibt das Mitglied an die Wahl der Selbstbeteiligung nach § 21a "Wahltarif Selbstbehalt Auszubildenden und Studenten" bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gebunden.
- IV. § 21 Abs. II und III sowie V bis VII gelten entsprechend.

## § 22 Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die pronova BKK 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. Der Versicherte verpflichtet sich schriftlich gegenüber der pronova BKK, nur einen von ihm aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Hausärzte gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung. Die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt ebenfalls unberührt. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden. Während dieser Zeit kann ein anderer als der gewählte Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch genommen werden. Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem im Bestätigungsschreiben der Krankenkasse genannten Zeitpunkt. Die Teilnahme ist spätestens sechs Wochen vor Ablauf der Bindungsfrist nach Satz 3 schriftlich gegenüber der pronova BKK zu erklären. Erfolgt eine fristgerechte Erklärung der Beendigung nicht, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Jahr.
- IV. Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten aus Absatz 3,
  - wird bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt, die durch die unzulässige direkte Inanspruchnahme von Fachärzten entstanden sind. Dies gilt auch, wenn ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung ohne Überweisung werden dem Versicherten auferlegt.
  - wird er im Falle eines wiederholten Verstoßes aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen. Der Ausschluss kann befristet erfolgen.Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z.B. Urlaub).
- V. 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.

VI. Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der pronova BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die pronova BKK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

## **§ 23 Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung**

- I. Die pronova BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach § 73c SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu weiteren, neben den in Absatz 3 genannten Ausnahmen von dem Überweisungsgebot ist in einer Anlage zu dieser Satzung geregelt.
- III. Der Versicherte erklärt gegenüber der pronova BKK schriftlich seine Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, indem er sich verpflichtet, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Für die Dauer der Teilnahme können andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge ohne Überweisung nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch genommen werden. Der Versicherte ist an die Teilnahme mindestens 12 Monate gebunden. Die Teilnahme ist spätestens sechs Wochen vor Ablauf der Bindungsfrist nach Satz 3 schriftlich gegenüber der pronova BKK zu erklären. Erfolgt eine fristgerechte Erklärung der Beendigung nicht, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Jahr.

IV. Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten aus Absatz 3,

- wird bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten auch der Ersatz der Mehrkosten verlangt, die durch die unzulässige Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern entstanden sind. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung ohne Überweisung werden dem Versicherten auf-erlegt.
- wird er im Falle eines wiederholten Verstoßes aus der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Der Ausschluss kann befristet erfolgen.

Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor in Notfällen oder Nichterreichbarkeit der vertraglich gebundenen Leistungserbringer.

V. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die besondere ambulante ärztliche Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. 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.

VI. Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufs-erklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

## **§ 24 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme**

- I. Die pronova BKK führt im Rahmen von § 137 SGB V folgende strukturierte 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.
  
- 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.



## § 25 Wahltarif integrierte Versorgung

- I. Die pronova BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach §§ 140a ff. SGB V auf der Grundlage von Verträgen nach §§ 140a ff. SGB V an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die Integrierte Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben.

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.
- III. Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichkeit der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

## **§ 25a Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen**

- I. Den Einzeltarif nach § 53 Abs. 5 SGB V für die Erstattung von Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtung (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie) können Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, für sich wählen. Die Wahl des Einzeltarifs erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung des Mitglieds.
- II. Den Familientarif nach § 53 Abs. 5 SGB V für die Erstattung von Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtung (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie) können wählen:
  - Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden und die miteinander verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben, zusammen für sich und deren nach § 10 SGB V mitversicherten Kinder ab einem Alter von 12 Jahren. Die Wahl dieses Tarifs erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung der beiden Mitglieder.
  - Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden und deren nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen ab einem Alter von 12 Jahren sowie die selbst bei der pronova BKK versicherten Kinder der am Familientarif teilnehmenden Mitglieder, bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, sofern sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden.

In dem Familientarif können während der Tariflaufzeit jederzeit weitere, bei der pronova BKK versicherte Angehörige am Tarif teilnehmen. Diese neu hinzutretenden Angehörigen sind der pronova BKK lediglich für den Tarif formlos schriftlich zu melden.

- III. Die Teilnahme beginnt mit dem ersten Tag des Monats, der auf den Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung folgt. Eine Teilnahme parallel an beiden Tarifen ist nicht möglich.
- IV. Zu 100 % erstattet werden den Mitgliedern die für sich jeweils selbst, beim Familientarif zusätzlich die für ihre teilnehmenden Angehörigen entstandenen und nachgewiesenen Kosten für nicht-verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie bei Verordnung auf Privatrezept oder grünem Rezept durch einen Vertragsarzt und anschließendem Bezug über eine Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels. Voraussetzung ist, dass sowohl das Datum der ärztlichen Verordnung als auch das Datum der Abgabe des Arzneimittels in die Zeit der Teilnahme am Tarif fällt. Für Ärzte mit Sitz in einem anderen Staat der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) bzw. der Schweiz besteht ebenfalls die Möglichkeit, die unter Punkt IV Satz 1 benannten Arzneimittel auf Privatrezept zu verordnen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen und die ärztlichen Verordnungen vorzulegen. Maßgeblich ist der zum Zeitpunkt der Abgabe des Arzneimittels gültige Apothekenabgabepreis. Erstattungen werden quartalsweise vorgenommen.

Erstattet werden die im jeweiligen Tarifjahr (Teilnahmejahr) angefallenen Kosten. Die Rechnungen und Verordnungen, die in einem Tarifjahr erstattet werden sollen, müssen bis spätestens 2 Kalendermonate nach Ablauf des Tarifjahrs bei der pronova BKK eingereicht werden. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Erstattung dieser Rechnungen/ Verordnungen nicht mehr möglich. Je abgeschlossenem Tarif ist die Leistung auf einen jährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt, der abhängig ist vom Eintrittsalter des Mitglieds zum Zeitpunkt des Teilnahmebeginns und der Tarifart. Beim Familientarif wird auf das Alter des ältesten Mitglieds abgestellt. Nach Ablauf der Mindestbindungsfrist richtet sich der jährliche Rechnungshöchstbetrag nach dem aktuellen Alter des Mitglieds zu Beginn des Verlängerungsjahres und der Tarifart. Beim Familientarif wird auch hier wieder auf das Alter des ältesten Mitglieds abgestellt. Auf den Höchsterstattungsbetrag des Familientarifs werden alle Erstattungen an die Teilnehmer des Familientarifs angerechnet.

Es gelten die folgenden jährlichen Rechnungshöchstbeträge für den **Einzeltarif**:

Altersklassen (Alter in Jahren)	Rechnungshöchstbetrag (in Euro)
bis 35 Jahre	180,00 €
36-50 Jahre	200,00 €
51-64 Jahre	250,00 €
ab 65 Jahre	300,00 €

Es gelten die folgenden jährlichen Rechnungshöchstbeträge für den **Familientarif**:

Altersklassen (Alter in Jahren)	Rechnungshöchstbetrag (in Euro)
bis 35 Jahre	250,00 €
36-50 Jahre	270,00 €
51-64 Jahre	300,00 €
ab 65 Jahre	330,00 €

Die Erstattung ist ausgeschlossen für:

- Arzneimittel, die während stationärer Krankenhausbehandlung verordnet wurden,
  - Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Hierzu zählen insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen und Arzneimittel der so genannten Negativliste (§ 34 Abs. 3 SGB V). Darüber hinaus sind Porto- und Beschaffungskosten von der Kostenerstattung ausgeschlossen.
- V. Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs eine monatliche Prämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 5. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Endet die Teilnahme nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie für den betreffenden Monat anteilig nach den tatsächlichen Kalendertagen berechnet. Wird der Familientarif gewählt, so bestimmen die teilnehmenden Mitglieder in der Teilnahmeerklärung, wer von den teilnehmenden Mitgliedern die Prämie bezahlt. Anstelle der monatlichen Zahlung der Prämie kann die Prämie wahlweise auch für ein halbes Jahr

oder für ein Jahr im Voraus entrichtet werden. Das Mitglied erhält bei halbjährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 2 vom Hundert der Prämie oder bei jährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 4 vom Hundert der Prämie. Die Zahlung der Prämie erfolgt mittels SEPA-Lastschriftverfahren. Das Mitglied erteilt die Einzugsermächtigung mit Wahl des Tarifs. In den ersten drei Jahren der Teilnahme richtet sich die Prämienhöhe nach dem Alter des Mitglieds zu Beginn der Teilnahme. Danach ist für die Bestimmung der Prämienhöhe jeweils das Alter des Mitglieds zu Beginn des jeweiligen Verlängerungsjahres maßgebend. Beim Familientarif wird jeweils auf das Alter des ältesten Mitglieds abgestellt.

Die Höhe der altersabhängigen Monatsprämie im **Einzeltarif** beträgt:

Altersklassen (Alter in Jahren)	monatliche Prämie (in Euro)
bis 35 Jahre	4,90 €
36-50 Jahre	7,90 €
51-64 Jahre	14,50 €
ab 65 Jahre	19,50 €

Die Höhe der altersabhängigen Monatsprämie im **Familientarif** beträgt:

Altersklassen (Alter in Jahren)	monatliche Prämie (in Euro)
bis 35 Jahre	6,90 €
36-50 Jahre	9,90 €
51-64 Jahre	16,50 €
ab 65 Jahre	21,50 €

- VI. Wurden in einem Tarifjahr keine Leistungen des Tarifs in Anspruch genommen, wird dem Mitglied, das die Prämie zahlt, im Folgejahr ein Bonus in Form einer Prämienfreiheit von 2 Monatsprämien gewährt.
- VII. Die Wahl des Wahltarifs muss schriftlich vor Beginn des Zeitraums erfolgen, für den er gelten soll. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der pronova BKK seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Abs. 1 oder 2 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der pronova BKK. Die Mitgliedschaft kann frühestens mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V, gekündigt werden. Die Kündigung ist der pronova BKK schriftlich zu erklären. Beim Familientarif ist die Unterschrift aller Mitglieder erforderlich. Maßgebend ist der Tag des Eingangs der Kündigung bei der pronova BKK.

Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der pronova BKK nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der pronova BKK. Die Teilnahme des Versicherten am Familientarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Familienversicherung oder beim selbst versicherten Kind, mit der Vollendung des 25. Lebensjahres. Die pronova BKK kann die Teilnahme am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen und der Einzug der Prämien im Wege der Vollstreckung nicht möglich ist; die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Beendigung des Tarifes dem Mitglied bekannt gegeben wird.

- VIII. Ein Wechsel zwischen den beiden Tarifarten (Einzel-/Familientarif) ist nur jeweils zum Ablauf eines Tarifjahres mit Wirkung für das neue Tarifjahr möglich. Die Regelungen für den Bonus gelten jeweils immer nur innerhalb einer Tarifart.
- IX. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen nach § 53 Abs. 8 SGB V. Hierzu zählt insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Ein Sonderkündigungsrecht besteht auch dann, wenn nach der Wahl die vollständige Tragung der Beiträge des Mitgliedes durch Dritte übernommen wird. Das Sonderkündigungsrecht kann abweichend von Abs. VII Sätze 2 und 3 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit oder der Übernahme der Beiträge durch Dritte gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.
- X. Durch Veränderungen des Arzneimittelangebots oder durch Preisänderungen der Arzneimittel sowie durch Inanspruchnahme der Leistungen durch die Versicherten kann eine Prämienanpassung notwendig sein. Die pronova BKK vergleicht daher jährlich die erforderlichen mit den in der Berechnungsgrundlage kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung, werden die Prämien und Leistungen überprüft und soweit erforderlich angepasst oder der Tarif mit Genehmigung des Bundesversicherungsamtes beendet.
- XI. Sofern eine Prämienanpassung erforderlich ist, teilt die pronova BKK dies den teilnehmenden Mitgliedern, die die Prämie an die pronova BKK bezahlen, mit. Die teilnehmenden Mitglieder, die die Prämie an die pronova BKK bezahlen, können die Teilnahme am Tarif in diesem Fall abweichend von Abs. VIII innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung ohne Einhaltung der einjährigen Bindefrist zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung schriftlich gegenüber der pronova BKK kündigen. Für Zeiten, in denen der Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist, besteht kein Anspruch auf Erstattung der Arzneimittelkosten aus diesem Tarif. Dies gilt auch, sofern die Prämien zum Fälligkeitstag nicht in voller Höhe gezahlt werden. In diesem Fall ruht der Anspruch bis zu dem Tag, an dem die Prämien – zuzüglich der durch die verspätete Zahlung entstandenen Kosten – vollständig nachentrichtet sind.
- XII. Soweit das Mitglied von seinem Sonderkündigungsrecht nach den Absätzen IX oder X Gebrauch macht und sich zuvor nach Absatz V für eine Prämienvorauszahlung entschieden hat, werden die vom Mitglied vorab gezahlten Prämien, für die Monate, für die das Mitglied durch die Ausübung des Sonderkündigungsrechts frühzeitig aus der Teilnahme an dem Tarif ausscheidet, von der pronova BKK zurückerstattet.

## § 26 Wahltarife Krankengeld

I. Die pronova BKK bietet Wahltarife für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V an. Mitglieder, die

- hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und ein positives Arbeits-einkommen aus dieser Tätigkeit nachweisen

oder

- bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben,

können die Tarife nach den §§ 26a oder 26b wählen.

Die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder können nur den Tarif nach § 26c wählen.

II. Mitglieder, deren Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist, können an den Tarifen nach den §§ 26a bis 26c nicht teilnehmen. Dies gilt auch für Anwartschaftsversicherte nach § 240 Abs. 4a SGB V.

Darüber hinaus ist die Teilnahme ausgeschlossen, wenn das Mitglied bei Eingang der Teilnahmeerklärung bei der pronova BKK

- arbeitsunfähig ist, es sei denn, unmittelbar vorher bestand bei der pronova BKK bereits eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld,
- eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen bezieht,
- voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI ist.

III. Die Teilnahme am Tarif beginnt mit Wirkung zum nächsten Monatsersten nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der pronova BKK. Das Mitglied kann einen weiter in der Zukunft liegenden Teilnahmebeginn zum Ersten eines Monats wählen. Bis zum Teilnahmebeginn kann die Wahl des Tarifs vom Mitglied schriftlich widerrufen werden; die Erklärung muss vor Teilnahmebeginn bei der pronova BKK eingegangen sein. Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme drei Jahre an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der pronova BKK kann frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

Sofern das Mitglied die Teilnahme am Tarif nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Jahr. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der pronova BKK ebenfalls nicht möglich.

Erfüllt das Mitglied die Voraussetzungen für die Teilnahme am Tarif nicht mehr, endet die Teilnahme mit dem Tag vor dem Wegfall der Voraussetzungen. Endet die Mitgliedschaft bei der pronova BKK kraft Gesetz, endet gleichzeitig auch die Teilnahme am Tarif.

- IV. Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs eine monatliche Prämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 5. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Endet die Teilnahme nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie für den betreffenden Monat anteilig nach den tatsächlichen Kalendertagen berechnet.
- V. Das Mitglied wählt die Höhe des Tarif-Krankengeldes. In den Tarifen nach den §§ 26a, b und c besteht für die Dauer des Bezugs von Tarif-Krankengeld
- Prämienfreiheit im Wahltarif und
  - Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung, wenn das gewählte Tarif-Krankengeld der Höhe nach mindestens der Hälfte des Betrags entspricht, der unter Anwendung des § 47 SGB V als Brutto-Krankengeld zu zahlen wäre bzw. zu zahlen ist. Für die Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung nach den Satz 2 gilt § 224 Abs. 1 Satz 2 SGB V entsprechend. Im Falle der Versicherungspflicht in den anderen Zweigen der Sozialversicherung und zur Bundesagentur für Arbeit behält die pronova BKK den vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteil vom Tarif-Krankengeld ein und entrichtet diesen an den zuständigen Sozialversicherungsträger.“

## § 26a Wahltarif KG Standard

- I. Der Wahltarif KG Standard kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V gewählt werden.
- II. Das Mitglied wählt die Höhe des Tarif-Krankengeldes in 5-Euro-Schritten von 30,00 bis 90,00 EUR. Beträgt das gewählte Tarif-Krankengeld mehr als 30,00 EUR, darf es 70v. H. des nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen.

Das Mitglied kann die Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Tarif-Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Tarif-Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Frist von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Drei-Monats-Frist beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die pronova BKK. Eine Erhöhung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen:

- im laufenden Leistungsfall,
- solange das Mitglied mit Prämien für Wahltarife der pronova BKK oder Beiträgen zur Krankenversicherung im Rückstand ist.

Das höhere Tarif-Krankengeld wird nicht gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der Drei-Monats-Frist eingetreten ist. In diesen Fällen erhält der Teilnehmer das Tarif-Krankengeld in der zuvor gewählten Höhe.

Eine Absenkung des gewählten Tarif-Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Absenkung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen, wenn der jeweilige Anspruch auf Tarif-Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

- III. Das Mitglied ist verpflichtet, der pronova BKK Nachweise über das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der selbständigen Tätigkeit/Beschäftigung herrührenden Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts unverzüglich mitzuteilen. Als Nachweis für die Wahl der Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes gilt der jeweils aktuelle Steuerbescheid bzw. Entgeltnachweis des Arbeitgebers. Erlangt die pronova BKK davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Tarif-Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit oder begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.



- IV. Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld entsteht am 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder am 22. Tag der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V), die auf Kosten der pronova BKK erfolgt. Das Tarif-Krankengeld wird längstens bis zum Beginn des gesetzlichen Anspruchs am 43. Tag gezahlt. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Außerdem erhält das Mitglied Tarif-Krankengeld bereits ab dem ersten Tag einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus, die vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt beginnt. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handelt, die Behandlung auf Kosten der pronova BKK erfolgt und das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Die Dauer des vorzeitigen Bezuges von Tarif-Krankengeld wird nicht auf die Höchstbezugsdauer nach Satz 3 angerechnet.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf das Tarif-Krankengeld unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- V. Teilnehmer, deren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 16 SGB V ruht oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften ausgeschlossen ist (insbesondere § 11 Abs. 5 SGB V, § 52a SGB V), haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den Bestimmungen dieses Tarifs.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif, es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der pronova BKK bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, soweit und solange der Teilnehmer während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung

- Arbeitseinkommen aus eigener Arbeitsleistung bzw. Arbeitsentgelt erzielt,
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezieht oder ihrer Art nach vergleichbare Leistungen von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhält.

Ebenfalls ausgeschlossen ist der Anspruch auf Tarif-Krankengeld für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld sowie während der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG).

Bezieht der Teilnehmer eine der in § 50 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen, wird das Tarif-Krankengeld um den Zahlbetrag der Leistung gekürzt.

VI. Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt 2,50 EUR je 5,00 EUR Tarif-Krankengeld.

VII. Die Teilnahme am Wahltarif KG Standard endet, ohne dass es einer Kündigung nach § 26 Abs. 3 durch den Teilnehmer bedarf, wenn

- die hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird,
- die Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet, aufgegeben oder eine unbefristete Beschäftigung aufgenommen wird,
- ein positives Arbeitseinkommen aus hauptberuflicher selbständiger Erwerbstätigkeit nicht mehr erzielt wird,
- die Wahl des gesetzlichen Anspruchs auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V beendet wird,
- eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen beginnt,
- der Teilnehmer nach ärztlicher Feststellung wegen Krankheit auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

## § 26b Wahltarif KG stationär

- I. Der Wahltarif KG stationär kann separat oder in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V gewählt werden.
- II. Das Mitglied wählt die Höhe des Tarif-Krankengeldes in 5-Euro-Schritten von 30,00 bis 90,00 EUR. Beträgt das gewählte Krankengeld mehr als 30,00 EUR, darf es 70 v. H. des nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen.

Das Mitglied kann die Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Tarif-Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Tarif-Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Frist von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Drei-Monats-Frist beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die pronova BKK. Eine Erhöhung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen:

- im laufenden Leistungsfall,
- solange das Mitglied mit Prämien für Wahltarife der pronova BKK oder Beiträgen zur Krankenversicherung im Rückstand ist.

Das höhere Tarif-Krankengeld wird nicht gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der Drei-Monats-Frist eingetreten ist. In diesen Fällen erhält der Teilnehmer das Tarif-Krankengeld in der zuvor gewählten Höhe.

Eine Absenkung des gewählten Tarif-Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Absenkung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen, wenn der jeweilige Anspruch auf Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

- III. Das Mitglied ist verpflichtet, der pronova BKK Nachweise über das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der selbständigen Tätigkeit/Beschäftigung herrührenden Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts unverzüglich mitzuteilen. Als Nachweis für die Wahl der Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes gilt der jeweils aktuelle Steuerbescheid bzw. Entgeltnachweis des Arbeitgebers. Erlangt die pronova BKK davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Tarif-Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die

Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.

- IV. Das Mitglied erhält Tarif-Krankengeld bei einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handelt, die Behandlung auf Kosten der pronova BKK erfolgt und das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Der Anspruch entsteht am 1. Tag der Behandlung. Hat das Mitglied neben diesem Tarif auch das gesetzliche Krankengeld gewählt, wird das Tarif-Krankengeld längstens bis zum 42. Tag der Krankenhausbehandlung gezahlt. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt. Der Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Bei Krankenhausbehandlung im Ausland besteht Anspruch auf das Tarif-Krankengeld unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- V. Teilnehmer, deren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 16 SGB V ruht oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften ausgeschlossen ist (insbesondere § 11 Abs. 5 SGB V, § 52a SGB V), haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den Bestimmungen dieses Tarifs.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif, es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der pronova BKK bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, soweit und solange der Teilnehmer während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung

- Arbeitseinkommen aus eigener Arbeitsleistung bzw. Arbeitsentgelt erzielt,
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezieht oder ihrer Art nach vergleichbare Leistungen von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhält.

Ebenfalls ausgeschlossen ist der Anspruch auf Tarif-Krankengeld für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld sowie während der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG).

Bezieht der Teilnehmer eine der in § 50 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen, wird das Tarif-Krankengeld um den Zahlbetrag der Leistung gekürzt.

- VI. Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt 0,80 EUR je 5,00 EUR Tarif-Krankengeld.
- VII. Die Teilnahme am Wahltarif KG stationär endet, ohne dass es einer Kündigung nach § 26 Abs. 3 durch den Teilnehmer bedarf, wenn
- die hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird,
  - die Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet, aufgegeben oder eine unbefristete Beschäftigung aufgenommen wird,
  - ein positives Arbeitseinkommen aus hauptberuflicher selbständiger Erwerbstätigkeit nicht mehr erzielt wird,
  - eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen beginnt,
  - der Teilnehmer nach ärztlicher Feststellung wegen Krankheit auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

## **§ 26c Wahltarif KG Künstler und Publizisten**

- I. Das Mitglied wählt die Höhe des Tarif-Krankengeldes in 5-Euro-Schritten von 30,00 bis 90,00 EUR. Beträgt das gewählte Krankengeld mehr als 30,00 EUR, darf es 70 v. H. des nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeits-einkommens aus selbständiger künstlerischer oder publizistischer Tätigkeit nicht übersteigen.

Das Mitglied kann die Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Tarif-Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Tarif-Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Frist von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Drei-Monats-Frist beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die pronova BKK. Eine Erhöhung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen:

- im laufenden Leistungsfall,
- solange das Mitglied mit Prämien für Wahltarife der pronova BKK oder Beiträgen zur Krankenversicherung im Rückstand ist.

Das höhere Tarif-Krankengeld wird nicht gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der Drei-Monats-Frist eingetreten ist. In diesen Fällen erhält der Teilnehmer das Tarif-Krankengeld in der zuvor gewählten Höhe.

Eine Absenkung des gewählten Tarif-Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Sie ist jedoch ausgeschlossen, wenn der jeweilige Anspruch auf Tarif-Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

- II. Das Mitglied ist verpflichtet, der pronova BKK Nachweise über das Arbeits-einkommen aus selbständiger künstlerischer oder publizistischer Tätigkeit vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung dieses Arbeits-einkommens unverzüglich mitzuteilen. Als Nachweis für die Wahl der Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes gilt der jeweils aktuelle Steuerbescheid bzw. Beitragsbescheid der Künstlersozialkasse. Erlangt die pronova BKK davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Tarif-Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit oder begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.

- III. Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld entsteht am 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder am 15. Tag der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V), die auf Kosten der pronova BKK erfolgt. Das Tarif-Krankengeld wird bis zum Beginn der gesetzlichen Leistung am 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit bzw. stationären Behandlung (§ 46 Satz 2 SGB V) gezahlt. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Außerdem erhält das Mitglied Tarif-Krankengeld bereits ab dem ersten Tag einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus, die vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt beginnt. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handelt, die Behandlung auf Kosten der pronova BKK erfolgt und das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Die Dauer des vorzeitigen Bezuges von Tarif-Krankengeld wird nicht auf die Höchstbezugsdauer nach Satz 3 angerechnet.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf das Tarif-Krankengeld unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder inner- staatlichen Rechts.

- IV. Teilnehmer, deren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 16 SGB V ruht oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften ausgeschlossen ist (insbesondere § 11 Abs. 5 SGB V, § 52a SGB V), haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den Bestimmungen dieses Tarifs.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif, es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der pronova BKK bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, soweit und solange der Teilnehmer während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung

- Arbeitseinkommen aus eigener Arbeitsleistung erzielt,
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezieht oder ihrer Art nach vergleichbare Leistungen von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhält.

Ebenfalls ausgeschlossen ist der Anspruch auf Tarif-Krankengeld für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld sowie während der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG). Bezieht der Teilnehmer eine der in § 50 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen, wird das Tarif-Krankengeld um den Zahlbetrag der Leistung gekürzt.

V. Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt 1,95 EUR je 5,00 EUR Tarif-Krankengeld.

VI. Die Teilnahme am Wahltarif KG Künstler und Publizisten endet, ohne dass es einer Kündigung nach § 26 Abs. 3 durch den Teilnehmer bedarf, wenn

- die Krankenversicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz endet,
- eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen beginnt,

der Teilnehmer nach ärztlicher Feststellung wegen Krankheit auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.



## **§ 27 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (§ 65a Abs. 1 SGB V)**

- I. Versicherte, die sich regelmäßig gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Maßnahmen nachweisen:
1. Der Versicherte hat im Rahmen seiner Anspruchsberechtigung an einer Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teilgenommen.
  2. Der Versicherte hat im Rahmen seiner Anspruchsberechtigung an einer Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen gem. § 25 Abs. 2 SGB V teilgenommen.
  3. Der Versicherte hat die für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vorgesehenen Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 26 Abs. 1 SGB V vollständig in Anspruch genommen.
  4. Die Versicherte hat die in den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Leistungen der Schwangerenvorsorge nach § 24d SGB V vollständig durchführen lassen.
  5. Der Versicherte hat die Untersuchung der Zähne nach § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V durchführen lassen.
  6. Der Versicherte hat seinen Impfstatus ärztlich überprüfen und die ihm ärztlich empfohlenen Auffrischungsimpfungen vornehmen lassen.
  7. Der Versicherte hat in einer Zahnarztpraxis eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen.
  8. Der Versicherte hat eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V oder ein vergleichbares, qualitätsgesichertes Angebot zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens in Anspruch genommen.
  9. Der Versicherte treibt regelmäßig Sport und nutzt als aktives Mitglied die Bewegungsangebote im Sportverein, einer Betriebs-/Hochschul-Sportgruppe bzw. im qualitätsgesicherten Sport- oder Fitness-Studio.
  10. Der Versicherte treibt regelmäßig Sport und hat ein Sportabzeichen abgelegt oder nimmt an Sportveranstaltungen teil, bei denen die Qualitätskontrolle durch einen Übungsleiter gesichert sowie eine Vorbereitung erfolgt ist.
  11. Der Versicherte treibt regelmäßig qualitätsgesichert Sport und hat ein Schwimmabzeichen abgelegt.
  12. Der Versicherte hat an einer den Voraussetzungen der Richtlinie des Spitzenverbandes nach § 20d SGB V entsprechenden Maßnahme zur Gesundheitsförderung der pronova BKK teilgenommen.

- II. Soweit Abs. I nichts Abweichendes bestimmt, wird die Erfüllung der Voraussetzungen vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im Bonusheft der pronova BKK quittiert.
- III. Für die Inanspruchnahme der Leistungen Nr. 1 bis 4, Nr. 6 und Nr. 7 erhält der Versicherte kalenderjährlich einmal jeweils 1000 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der Leistung Nr. 5 erhält der Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres kalenderjährlich bis zu zweimal 1000 Bonuspunkte, nach Vollendung des 18. Lebensjahres kalenderjährlich einmal 1000 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der Leistungen Nr. 8 bis 11 erhält der Versicherte kalenderjährlich einmal jeweils 500 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der Leistung Nr. 12 erhält der Versicherte kalenderjährlich bis zu dreimal 500 Bonuspunkte.

Entscheidet sich ein Versicherter erstmalig, an dem Bonusprogramm der pronova BKK teilzunehmen, um seine präventiven Aktivitäten zu dokumentieren, erhält er einmalig 500 Punkte. Diese werden ihm allerdings nur gutgeschrieben, wenn er durch die Erfüllung weiterer Maßnahmen aus dem Bonusprogramm im ersten Jahr der Teilnahme den Anspruch auf einen Bonus erfüllt.

Soweit es sich nicht um gesetzliche oder satzungsmäßige Leistungen handelt, gehen die Kosten der Teilnahme nicht zu Lasten der pronova BKK.

- IV. Der Bonus wird dem Versicherten kalenderjährlich in Form von Bonuspunkten für eine Prämie gutgeschrieben. Dabei sammelt jeder Versicherte einzeln. Der Versicherte wählt aus einem Katalog eine Geld-, Sach- oder Gesundheits-Prämie aus. 100 Bonuspunkte entsprechen einem Geld- oder Sachwert von 1,00 €. Bei den Gesundheits-Prämien erhöht sich der Prämienwert um jeweils 10,00 €. Eine Gesundheits-Prämie definiert sich als Zuschuss zu nachgewiesenen Kosten für die Inanspruchnahme der im Prämienkatalog der pronova BKK festgelegten privaten Gesundheitskosten.

Die zur Erreichung einer Prämie erforderliche Mindestpunktzahl beträgt 3000 Punkte. Nicht eingelöste Punkte können auf das Folgejahr übertragen werden. Punkte können maximal aus 3 Jahren angespart werden. Punkte, die am Ende des zweiten Jahres, das dem Jahre folgt, in welchem sie erworben wurden, nicht eingelöst worden sind, verfallen.

- V. Zum Zeitpunkt der Abrechnung der Bonuspunkte muss eine Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung bei der pronova BKK für die Versicherten bestehen, die Bonuspunkte gesammelt haben. Eine Kündigung darf nicht ausgesprochen sein.
- VI. Die Gewährung des Bonus ist unter Vorlage des mit den Teilnahmenachweisen versehenen Bonusheftes bei der BKK zu beantragen.

## **§ 27a Bonus für Neugeborene**

- I. Mitglieder der pronova BKK erhalten einen Bonus, wenn sie ihre nach dem 01.01.2013 geborenen Kinder bei der pronova BKK zur Familienversicherung anmelden und die Durchführung der in den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Leistungen der Schwangerenvorsorge zu § 24d SGB V durch die Kindesmutter sowie bei dem Kind die Durchführung der in den Schutzimpfungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 20i SGB V für das erste Lebensjahr vorgesehenen Schutzimpfungen und die Teilnahme an den nach § 26 Abs. 1 SGB V für das erste Lebensjahr vorgesehenen Kinderuntersuchungen nachgewiesen haben. Die Familienversicherung des Kindes muss mindestens bis zum Zeitpunkt des Nachweises bei der pronova BKK bestanden haben. Die Kündigung der Mitgliedschaft darf bis zu diesem Zeitpunkt nicht erklärt worden sein.
- II. Der Bonus wird dem Mitglied als Geldprämie in Höhe von 100 EUR gewährt.
- III. Die Gewährung des Bonus erfolgt nach Nachweis der nach § 26 Abs. 1 SGB V für das erste Lebensjahr vorgesehenen Kinderuntersuchungen und Schutzimpfungen sowie der Leistungen der Schwangerschaftsvorsorge. Der Nachweis ist durch Vorlage des Untersuchungsheftes für Kinder, des Impfpasses sowie des Mutterpasses zu führen.
- IV. Für die unter I. genannten Leistungen kann entweder ein Bonus nach § 27a der nach § 27 beantragt werden. Eine Doppelbonifizierung ist ausgeschlossen.

## § 28 Bonus Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die BGF und den Krankenversicherungsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag eines Monats nicht überschreiten. Die pronova BKK kann dazu mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis folgender Bedingungen knüpft. Die Höhe der Boni wird im Bonusvertrag geregelt.
  
- II. Ein Bonus der Stufe 1 wird nach den näheren Bestimmungen im Bonusvertrag bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber die Punkte 1 bis 3 sowie mindestens 3 weitere Punkte nachweist bzw. durchführt:
  1. Das Unternehmen stellt eigens finanzielle und/oder personelle Ressourcen für die BGF-Maßnahmen zur Verfügung.
  2. Es existiert eine Betriebsvereinbarung BGF.
  3. Das Unternehmen erstellt mindestens alle zwei Jahr einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung der BKK.
  4. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes, der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen des Unternehmens.
  5. Das Unternehmen hat sich öffentlich zu den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration zur BGF bekannt.
  6. Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden (mindestens 2 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
    - a) Gesundheitszirkel
    - b) Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess
    - c) Mitarbeitergespräche/Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche
    - d) Betriebliches Vorschlagwesen.
  7. Das Unternehmen bietet BGF-Maßnahmen an, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen. Darunter fallen insbesondere:
    - a) Wirksame Nichtraucherschutzregelung
    - b) Angebot kostenloser Gesundheitssportangebote im Rahmen des Betriebsports
    - c) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
    - d) Angebot zur betrieblichen Suchtvorbeugung.

III. Der Bonus aus Stufe 1 erhöht sich nach den näheren Bestimmungen im Bonusvertrag in der Stufe zwei um die bei der BKK erzielten Einsparungen, wenn die BKK bei dem Unternehmen aufgrund der nach Absatz II durchgeführten Maßnahmen und ggf. weiterer betrieblicher Anstrengungen folgende gesundheitsbezogene Effekte ermittelt:

1. Senkung des Krankenstandes
2. Senkung der Arzneimittelausgaben
3. Senkung der Krankenhauskosten

Kostensenkungen infolge gesetzgeberischer Änderungen oder Entlassung kranker Mitarbeiter werden nicht bewertet. Als Referenzwert für die Ermittlung gesundheitsbezogener Effekte werden die jeweils über die vorangegangenen 4 Jahre ermittelten durchschnittlichen, altersstandardisierten Kosten inflationsbereinigt herangezogen.

## **§ 29 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz**

Das Ausgleichsverfahren nach den §§ 1 bis 11 des Aufwendungsausgleichsgesetzes (AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zu § 29 dieser Satzung, deren Bestandteil sie ist.

### **§ 30 Kooperation mit der PKV**

Die pronova BKK vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

## **§ 31 Aufsicht**

Die Aufsicht über die pronova BKK führt das Bundesversicherungsamt.



## **§ 32 Mitgliedschaft zum Landesverband**

Die pronova BKK gehört dem BKK Landesverband Mitte als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

### **§ 33 Bekanntmachungen**

Die Bekanntmachungen der pronova BKK erfolgen auf den Internetseiten der pronova BKK unter [www.pronovabkk.de](http://www.pronovabkk.de) sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift.

Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt der Einstellung wird dokumentiert.

## **§ 34 Veröffentlichung des Jahresergebnisses**

- I. Die pronova BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Website [www.pronovabkk.de](http://www.pronovabkk.de) zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in § 38 Abs. 2 Satz 2 der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SVRwV) geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und der Versicherten, zur Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.
  
- II. Die Angaben werden zudem nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der pronova BKK veröffentlicht, liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der pronova BKK aus und werden den Versicherten auf Anforderungen zugesandt.

## Artikel II

### Inkrafttreten

1. Die Satzung wurde vom Verwaltungsrat der Vaillant BKK in dessen Sitzung am 09.06.2015 und vom Verwaltungsrat der pronova BKK in dessen Sitzung am 09.06.2015 beschlossen.
2. Sie tritt am 01.07.2015

in Kraft. Leverkusen, den

09.06.2015

---

Karl-Josef Ellrich  
Vorsitzender des Verwaltungsrates  
Verwaltungsrates der pronova BKK

Dr. Axel Bode  
stv. Vorsitzender des  
der pronova BKK

Remscheid, den 09.06.2015

---

Holger Schulz  
Vorsitzender des Verwaltungsrates  
Verwaltungsrates der Vaillant BKK

---

Bernd Mittelnach  
stv. Vorsitzender des  
der Vaillant BKK

## **Anlage zu § 1 Abs. II der Satzung:**

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf folgende Betriebe:

### **I.**

Bayer Aktiengesellschaft, 51373 Leverkusen  
Bayer Handelsgesellschaft mbH, Leverkusen  
THS Rheinland GmbH, 51373 Leverkusen  
KRONOS International, Inc., Dallas TX/USA  
mit Betrieben in Leverkusen und Nordenham  
KRONOS TITAN-GmbH, Leverkusen Agfa-  
Gevaert GmbH, 51373 Leverkusen  
Euroservices Bayer GmbH, Leverkusen  
Eingliederungswerkstatt e.V.  
Krefeld-Uerdingen Flynn's Sporthotel, Feldberg (Schwarzwald)  
AIR LIQUIDE Deutschland GmbH, Düsseldorf (Werk Krefeld-  
Uerdingen) Cavity GmbH, Hannover (Werk Krefeld-Ürdingen)  
Dow Wolff Cellulosics GmbH, Walsrode KVP  
Pharma und Veterinärprodukte GmbH  
LANXESS Accounting GmbH, Dormagen  
Dystar Textilfarben GmbH & Co. Deutschland KG  
mit den Betrieben Leverkusen und Brunsbüttel  
Momentive Performance Materials GmbH,  
Leverkusen

## II.

### BASF SE, 67056 Ludwigshafen

- Betriebe in  
Ludwigshafen  
Mannheim
- Agrarzentrum  
Limburgerhof
- Vertriebsstandorte  
der BASF in:  
Bayreuth  
Berlin  
Dresden  
Frankfurt  
Halle  
Hannover  
Kiel  
Köln  
Limburgerhof  
Mainz  
München  
Münster  
Stuttgart

#### Lehrwerk- und Ausbildungsstätten der BASF in:

- Haßloch
- Limburgerhof
- Speyer
- Studienhaus der BASF in Dannenfels
- Gasthaus der BASF in Limburgerhof
- Pflanzenschutz-Beratung in Limburgerhof
- Studienhaus der BASF in St. Johann
- Wohnheim der BASF in Mannheim
- Palusol-Fabrik Frankenthal
- Dienstleistungen für Beteiligungsgesellschaft in Marl
- Deponie Flotzgrün in Römerberg
- Tierernährungsstation Neumühle in

Offenbach/Queich BASF Wohnen Bauen GmbH, 67063

#### Ludwigshafen

- Haus Breitnau Kur- und Gästehaus der BASF in Breitnau/Hochschwarzwald
- Haus Westerland Kur- und Gästehaus der BASF in Westerland/Sylt

COMPAREX Informationssysteme  
GmbH, 68006 Mannheim 1

- Geschäftsstellen der COMPAREX Informationssysteme GmbH in  
Berlin  
Braunschweig  
Bremen  
Dresden  
Frankfurt  
Fürth  
Halle  
Hamburg  
Kassel  
Laatzen  
München  
Nürnberg  
Radebeul  
Stuttgart  
Tettngang  
Wuppertal
- Ersatzteillogistik Ludwigshafen, Industriestr. 109
- Lager Ludwigshafen, Industriestr. 66
- Schulungszentrum Edingen-Neckarhausen

BASF Coatings GmbH, 48165 Münster

Produktionsstätten sowie Verkaufsbüros, Service Center und  
Auslieferungslager in:  
Hamburg  
Köln  
Münster  
Oldenburg  
Würzburg

BASF Business Services GmbH, 67056

Ludwigshafen mit Standorten

in:  
Augsburg  
Kassel  
Lemförde  
Minden  
Münster  
Nienburg  
Osnabrück  
Schwarzheide

BAST Polyurethanes GmbH, 49440 Lemförde

Betriebe in:  
Lemförde  
Schwarzheide

Eurochem Agro GmbH, Mannheim \*  
Flint Group Germany GmbH, 70469 Stuttgart mit Betrieben in Stuttgart und  
Willstätt BASF Schwarzheide GmbH, 01986 Schwarzheide  
SEWOGES Service- und Wohnungsunternehmen GmbH, 01987  
Schwarzheide SGS - Schwarzheider Gastronomie und Service GmbH,  
01987 Schwarzheide Kehl GmbH, 01987 Schwarzheide  
Richard Schulz Tiefbau GmbH, 01987  
Schwarzheide BASF Sozialstiftung, 67056  
Ludwigshafen  
Gartenwesen Schwarzheide GmbH, 01987 Schwarzheide  
Formen- und Musterbau GmbH Schwarzheide, 01987  
Schwarzheide DSM Composite Resins Deutschland GmbH,  
Bruchsal  
Akzo Nobel Wood Coatings GmbH, 50827 Köln  
BASF Pigment GmbH, 51063 Köln, Betriebe in Besigheim und  
Köln AXARON Bioscience AG, 69120 Heidelberg  
Stabila Meßgeräte Gustav Ullrich GmbH & Co. KG, 76855  
Annweiler BASF Coatings Services GmbH, 44147 Dortmund  
C. H. Boehringer Sohn AG & Co. KG in  
Ingelheim/Rhein

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

in Ingelheim am  
Rhein in Biberach  
an der Riss  
Boehringer  
Ingelheim  
International  
GmbH in  
Ingelheim/Rhein

Boehringer Ingelheim Vetmedica Gesellschaft mit beschränkter Haftung,  
Ingelheim mit Betriebsstätten in:  
Berlin,  
Frankfurt/Main  
Freiburg/Breisgau  
Hamburg  
Horstmar  
Jena  
Karlsfeld  
Krefeld  
Mainz  
Moers  
Wermsdorf,  
Völklingen



Boehringer Ingelheim Secura Versicherungsvermittlungs GmbH,  
Ingelheim \* SGS Institut Fresenius GmbH, Ingelheim/Rhein \*  
Boehringer Ingelheim GmbH in Ingelheim/Rhein  
Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH in Ingelheim Rhein

Betriebsstätten

in:

Berlin  
Büdingen  
Emden  
Freiburg  
Fulda  
Gotha  
Hamburg \*  
Horstmar  
Ingelheim  
Jena \*  
Karlsfeld \*  
Lüneburg \*  
Mainz  
Moers  
Osterburg \*  
Pirmasens  
Saarbrücken  
Wenrath  
Wermsdor  
Wiesbaden

Boehringer Ingelheim Grundstücks GmbH in Ingelheim/Rhein  
Boehringer Ingelheim Real Estate GmbH in Ingelheim/Rhein \*

mit Betriebsstätte Biberach an der Riss \*

Michelin Reifenwerke AG & Co. Kommanditgesellschaft auf Aktien, Bad Karlsruhe

Werke in:  
Bad  
Kreunznach  
Bamberg  
Homburg  
Karlsruhe  
Trier

### **III.**

Ford-Werke GmbH in Köln

mit Betriebsstätten  
Köln  
Berlin  
Frankfurt  
München  
Norderstedt  
Saarlouis

Ford-Ausbildungs- und Weiterbildungsverein e. V . in Köln

Visteon Deutschland GmbH

mit Betriebsstätten in  
Berlin  
Emden  
Glauchau  
Ingolstadt  
Kerpen  
München  
Böblingen  
Wolfsburg

NEAPCO Europe GmbH in  
Wülfrath tedrive Steering-  
Systems GmbH

DEUTZ Aktiengesellschaft, Köln

mit den Betriebsstätten und Service-Center in  
Berlin  
Duisburg  
Erfurt  
Hamburg  
Hannover  
Herschbach/Mündersbach  
Köln  
Mannheim  
Melle  
München  
Regensburg  
Übersee  
Ulm  
Wilhelmshaven

EKOF Minig & Water Solution GmbH, Bochum \*  
ARAMARK GmbH, Neu-Isenbur für Deutz-Kantine, Köln \*  
DEUTZ Sicherheit Gesellschaft für Industrieservice mbH,  
Köln Deutz Versicherungsvermittlung GmbH, Köln  
Humboldt Wedag GmbH, Köln

Isselguss GmbH Gießereierzeugnisse, Isselburg

Rolls-Royce Deutschland Ltd. & Co KG, Dahlewitz einschließlich der Betriebsstätte in  
Oberursel SAME DEUTZ-FAHR DEUTSCHLAND GmbH, Lauingen  
Isselburger Guss und Bearbeitung GmbH,  
Isselburg Andritz Separation GmbH, Köln  
Voith Industrial Services Process GmbH, Bochum einschließlich der Betriebsstätte in  
Zeitz\* HT Troplast GmbH, Berlin

Werk Troisdorf  
mit den Verkaufs-  
und Kontaktbüros in  
Frankfurt  
Hamburg  
Hannover  
München  
Nürnberg  
Stuttgart  
Wuppertal

Trocellen Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Troisdorf  
Dynamit Nobel GmbH Explosivstoff- und Systemtechnik  
Leverkusen Dynamit Nobel Defence GmbH Burbach-  
Würgendorf DynaEnergetics GmbH & Co KG, Troisdorf  
RUAG Ammotec GmbH, Stadeln und  
Freiberg Faurecia Exterors GmbH,  
Weißenburg \*

mit dem Werk in Essen und den Fertigungsbetrieben in Pappenheim und  
Weißenburg \*

TroService GmbH & Co. KG, Troisdorf  
TroService Verwaltungs-GmbH,  
Troisdorf  
Siegwerk Druckfarben AG & Co. KGaA, Siegburg \*  
M. DuMont Schauberg, Expedition der Kölnischen Zeitung GmbH & Co.  
KG, Köln DuMont Buchverlag GmbH & Co. KG, Köln  
DuMont Kalenderverlag GmbH & Co. KG, Köln  
DuMont Funk & Fernsehen GmbH & Co. KG,  
Köln HSG Hörfunk Service GmbH, Köln  
Deutsche Steinzeug Cremer & Breuer AG  
mit den Werken in Alfter-Witterschlick und Sinzig,  
sowie den Auslieferungslagern in Berlin-Tempelhof, Bochum-Wattenscheid,  
Frankfurt- Fechenheim, Hamburg-Billbrook, Hannover-Hainholz, Klipphausen,  
München-Ismaning, Niestetal-Sandershausen, Nürnberg-Großgründlach,  
Schwieberdingen und Viernheim Mauser-Werke GmbH, Brühl  
Mauser Maschinentechnik GmbH,  
Brühl Mauser-Waldeck AG,  
Waldeck  
Mauser Office GmbH, Waldeck und Korbach  
Procter & Gamble Manufacturing Cologne GmbH, Köln \*

Dörrenberg Edelstahl Gesellschaft mit beschränkter Haftung,  
Engelskirchen Stollwerck GmbH, Köln \*  
Schokoladenmuseum Köln GmbH, Köln  
\* Sprengel GmbH, Köln \*

Imhoff Industrie Holding GmbH  
Imhoff Süßwaren Vertriebsgesellschaft mbH, Köln \*  
Larosé Holding GmbH, Köln  
mit Betriebsstätte in Trier und  
Nonnweiler Larosé GmbH & Co. KG,  
Ahrensburg \*  
Salzgitter Klöckner-Werke GmbH, Salzgitter (Werk Duisburg) \*  
Alfred H. Schütte GmbH & Co. KG, Köln  
Alfred H. Schütte Vertriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung, Köln

#### **IV.**

Federal-Mogul Burscheid GmbH,  
Burscheid SKF Sealing Solutions GmbH,  
Leverkusen  
Federal-Mogul Vermögensverwaltungs-GmbH mit Sitz in Burscheid und ihrer  
Zweigniederlassung in Dresden  
Federal-Mogul Sealing Systems GmbH, Herdorf  
Federal-Mogul Holding Deutschland GmbH mit Sitz in Wiesbaden und  
ihrem Betrieb in Burscheid

## V.

Faurencia Innenraum Systeme GmbH; Peine und  
Wofsburg \* Benecke-Kaliko Aktiengesellschaft;  
Hannover  
Beneform GmbH; Peine  
Johnson Controls Peine GmbH; Peine \*  
Berentzen-Gruppe Aktiengesellschaft, Haselünne \*  
Wehrtechnische Dienststellen für Waffen und Munition(WTD 91) in  
Meppen \* Christian Hansen GmbH; Nienburg  
Continental Aktiengesellschaft; Hannover und  
Aachen Betriebe / Betriebsteile:  
ContiTech Antriebssysteme GmbH  
ContiTech Elastomer Beschichtungen  
GmbH CT Formpolster GmbH \*  
ContiTech Vibration Control GmbH \*  
ContiTech AG \*  
ContiTech Luftfedersysteme  
GmbH ContiTech Schlauch  
GmbH  
ContiTech Transportbandsysteme GmbH  
Conti Versicherungsdienst Versicherungsvermittlungsgesellschaft mbH  
\* REG Reifen-Entsorgungsgesellschaft mbH  
Fitesa Germany GmbH; Peine  
dn Metalltechnik GmbH, Nordhorn  
BASF Catalysts Germany GmbH; Nienburg \*  
Georgsmarienhütte GmbH, Georgsmarienhütte  
Haendler & Natermann Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Hann. Münden  
Hapag-Lloyd AG, Hamburg mit Ausnahme des See-Betriebes  
Betriebe / Betriebsteile:  
- HLCL, Fracht Stuttgart, Stuttgart  
- HLCL, Fracht Frankfurt, Frankfurt am Main  
- HLCL, Fracht Düsseldorf, Düsseldorf  
- HLCL, Fracht München, München  
- HLCL, Fracht Nord, Bremen  
- HLCL, Fracht Nord,  
Hamburg TUIfly Vermarktungs  
GmbH, München \*  
TUIfly GmbH, Hannover, Münster-Osnabrück (FMO),  
Münster \* Hapag-Lloyd Kreuzfahrten GmbH, Hamburg  
Industriepark Nienburg GmbH;  
Nienburg TUI Insurance Services  
GmbH, Hamburg \* Flexsys Verkauf  
GmbH; Nienburg \*  
Lloyd Investitions- und Verwaltungs GmbH,  
Bremerhaven \* L & R Festmacher GmbH, Hamburg \*  
M + R Container Reparatur GmbH,  
Bremen Chr. Hansen GmbH \*  
german Dry Docks GmbH & Co. KG,  
Bremerhaven \* Solvay Chemicals GmbH;  
Heilbronn \*  
Solvay Infra Bad Hönningen GmbH; Nienburg  
\* Schümer Textil GmbH

Feralco Deutschland GmbH  
HHLA Container Terminals Gesellschaft mit beschränkter Haftung,  
Hamburg \* UNIKAI Hafenbetrieb Lüneburg GmbH, Lüneburg  
Vergölst GmbH; Bad Nauheim  
Haupt Pharma Wülfing GmbH, Gronau (Leine)  
\* Land Niedersachsen

\* Die Prüfung der mit \* gekennzeichneten Betriebe konnte noch nicht vollständig durch das BVA beendet werden, insoweit ist das Genehmigungsverfahren in dieser Hinsicht zurück gestellt.

## **VI.**

Vaillant Deutschland GmbH & Co. KG in 42859

Remscheid Werke:

in 42859 Remscheid  
in 50126 Bergheim  
in 45891 Gelsenkirchen  
in 93426 Roding

Vaillant Vertriebszentren/-büros Deutschland (Vaillant

Kundenforen): Kundenforum Berlin, 13053 Berlin  
Kundenforum Bielefeld, 33609 Bielefeld  
Kundenforum Bremen, 28217 Bremen  
Kundenforum Dortmund, 44149 Dortmund  
Kundenforum Düsseldorf, 40472 Düsseldorf  
Kundenforum Dresden, 01723 Kesselsdorf  
Kundenforum Erfurt, 99084 Erfurt  
Kundenforum Frankfurt, 60314 Frankfurt  
Kundenforum Freiburg, 79108 Freiburg  
Kundenforum Hamburg, 20097 Hamburg  
Kundenforum Hannover, 30163 Hannover  
Kundenforum Kassel, 34123 Kassel  
Kundenforum Köln, 50226 Frechen  
Kundenforum Leipzig, 04827 Gerichshain  
Kundenforum Magdeburg, 39126 Magdeburg  
Kundenforum Mannheim, 68307 Mannheim-Sandhofen  
Kundenforum München, 81825 München Kundenforum Nürnberg,  
90441 Nürnberg Kundenforum Ravensburg, 88250 Weingarten  
Kundenforum Rostock, 18059 Rostock  
Kundenforum Stuttgart, 70771 Leinfelden-Echterdingen  
Kundenforum Wuppertal, 42389 Wuppertal

Vaillant GmbH, 42859 Remscheid  
Joh. Vaillant GmbH & Co. KG, 42781 Haan  
TechnoCargo Logistik GmbH, 40721 Hilden  
Vaicon Vaillant Consulting GmbH, 42859 Remscheid  
OZ Druck Köln KVD Verwaltungs-GmbH, 51149 Köln  
Heinen Verlag GmbH, 50667 Köln

VARTA AG, Hannover

1. Zentralverwaltung VARTA Gerätebatterie GmbH Werke

- a) Ellwangen
- b) Dischingen

2. Niederlassungen und Verkaufsbüros

- a) Kiel
- b) Hamburg
- c) Bremen
- d) Berlin
- e) Hannover
- f) Bielefeld
- g) Essen
- h) Dortmund
- i) Düsseldorf
- j) Aachen
- k) Köln
- l) Frankfurt
- m) Kassel
- n) Saarbrücken
- o) Mannheim
- p) Stuttgart
- q) Freiburg
- r) Nürnberg
- s) München
- t) Augsburg

VARTA Microbattery GmbH,

Ellwangen Werk  
Ellwangen

VARTA Consumer Batteries GmbH & Co. KGaA, Ellwangen

Johnson Controls VARTA Autobatterie GmbH

1. Werk Hannover

2. Niederlassungen und Verkaufsbüros

- a) Kiel
- b) Hamburg
- c) Bremen
- d) Berlin
- e) Hannover
- f) Bielefeld
- g) Essen
- h) Dortmund
- i) Düsseldorf
- j) Aachen
- k) Köln

- l) Frankfurt
- m) Kassel
- n) Saarbrücken
- o) Mannheim
- p) Stuttgart
- q) Freiburg
- r) Nürnberg
- s) München
- t) Augsburg

Johnson Controls Recycling GmbH, Hannover

- 1. Werk Krautscheid

Johnson Controls Autobatterie GmbH & Co. KGaA

Johnson Controls Hybrid and Recycling GmbH,  
Hannover

- 1. Werk Buchholz

Johnson Controls Plastics GmbH, Hannover

Johnson Controls Sachsen-Batterien GmbH & Co. KG, Zwickau

Johnson Controls Tolling AG & Co. KG, Hannover

VARTA-Führer GmbH, Ostfildern/Kemnat

Königswarter & Ebell Chemische Fabrik, Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Hagen

Taunus Treuhandgesellschaft, Bad Homburg

HAWKER GmbH

- 1. Werke

- a) Hagen

- b) Taubenheim

GKN Sinter Metals GmbH & Co. KG, Radevormwald

GKN Sinter Metals Krebsöge Filters GmbH, Radevormwald



## **Anlage zu §§ 2 Abs. XI und 2a der Satzung:**

### **Entschädigungsregelung für Mitglieder des Verwaltungsrates und für Versichertenälteste**

#### **I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates**

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

##### **1. Erstattung der Barauslagen Tage-/Übernachtungsgeld**

Tagegeld wird nach § 6 des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) gezahlt. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Die notwendigen und angemessenen Übernachtungskosten werden gemäß § 7 BRKG gewährt.

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tag (der Krankenkasse und/oder der Pflegekasse) können für jeden Kalendertag jedoch insgesamt nur ein volles Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld gewährt werden.

##### **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 sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-) klasse,
- c) bei Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer den nach § 5 Abs. 2 BRKG geltenden Satz.

*Anlage geändert durch Satzungsnachtrag 5, gültig ab 01.01.2016*

## **2. Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge**

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

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

## **3. Pauschbetrag für Zeitaufwand**

Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von **60,00 EUR**.

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tag (der Krankenkasse und/oder Pflegekasse) kann für jeden Kalendertag jedoch insgesamt nur ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden.

## **II. Entschädigung von Mitgliedern des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen**

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

Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme des Verwaltungsratsmitglieds gezahlt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

## **III. Entschädigung für Versichertenälteste**

Die Versichertenälteste erhalten einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 12,50 EUR. Hiermit sind alle Aufwendungen wie Kosten für Telefon, Porti, Fahrkosten etc. abgegolten. Der Betrag wird zu Beginn des auf das Jahr folgenden Jahres für die Anzahl der vollen Monate, in denen die Tätigkeit ausgeübt wurde, in einer Summe gezahlt. Bei der Teilnahme an Schulungsveranstaltungen erhalten die Versichertenälteste eine Entschädigung in entsprechender Anwendung den Regelungen für die Mitglieder des Verwaltungsrates in Abs. I Nr. 1 und 2.

## **Anlage zu § 29 der Satzung der pronova BKK**

### **§ 1 Anwendbare Vorschriften**

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

### **§ 2 Organe, Zusammensetzung**

- I. Die Führung der Verwaltungsgeschäfte der Ausgleichskasse der pronova BKK obliegt dem Vorstand, der diese gerichtlich und außergerichtlich vertritt.
- II. In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit (§ 9 Abs. 4 AAG). In diesen Angelegenheiten übt der Vorsitzende bzw. stellvertretende Vorsitzende aus der Gruppe der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus. Im Fall seiner Verhinderung bestimmen die anwesenden Vertreter der Arbeitgeber den Vorsitzenden aus ihrer Mitte.
- III. Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

### **§ 3 Widerspruchsausschuss**

- I. Es gilt § 4 der Satzung mit der Maßgabe, dass bei Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder Arbeitgebervertreter mitwirken.
- II. Der Widerspruchsausschuss nimmt zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.

### **§ 4 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber**

- I. Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Krankheit nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen die Arbeitgeber teil, die in der Regel - ausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten - nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen. Abweichend hiervon sind die in § 11 AAG und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen nicht am Ausgleichsverfahren beteiligt.
- II. Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen alle Arbeitgeber mit Ausnahme der in § 11 AAG und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen teil.
- III. Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem U1-Verfahren und dem U2-Verfahren nehmen auch die Arbeitgeber teil, die nur Auszubildende beschäftigen.

## **§ 5 Erstattungsanspruch bei Aufwendungen aus Anlass der Krankheit (U1)**

Die pronova BKK erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes genannten Zeitraum grundsätzlich

### **60 v. H. (allgemeiner Erstattungssatz)**

- I. an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.
- II. Die auf das Arbeitsentgelt entfallenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG sind mit der Erstattung nach Abs. I abgegolten.
- III. Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Abs. I auf 50 v. H. ermäßigt (ermäßigter Erstattungssatz). Abs. I Satz 2 und Abs. II gelten entsprechend.

## **§ 6 Erstattungsanspruch bei Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft (U2)**

- I. Die pronova BKK erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft

### **100 v. H.**

- a) des nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 AAG, 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld

sowie

- b) des nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 AAG, § 11 Mutterschutzgesetz bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts. Ebenso werden die vom Arbeitgeber nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge in vollem Umfang erstattet.

## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

- I. Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlage aufgebracht (§ 7 Abs. 1 AAG).
- II. Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 7 Abs. 2 AAG).
- III. Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung für die Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum selben Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig (§ 10 AAG i.V.m. §§ 23, 28a SGB IV ff).

## **§ 8 Umlagesätze**

- I. Der Umlagesatz für das Umlageverfahren U1 beträgt  
  
1,4 v. H. für den ermäßigten Erstattungssatz nach § 5 Abs. III  
1,7 v. H. für den allgemeinen Erstattungssatz nach § 5
- II. Der Umlagesatz für das Umlageverfahren U2 beträgt 0,29 v. H.

## **§ 9 Betriebsmittel**

Die pronova BKK verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Diese sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen und dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG).

## **§ 10 Haushaltsplan**

Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf, der vom Verwaltungsrat festgestellt wird. § 2 Abs. II gilt entsprechend.

## **§ 11 Jahresrechnung**

- I. Der Vorstand stellt die Jahresrechnung auf.
- II. Die Jahresrechnung ist jährlich zu prüfen und zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme des Vorstandes zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen. § 2 Abs. II gilt entsprechend.
- III. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Betriebs- und Rechnungsprüfung.