

BKK der G. M. PFAFF AG, Kaiserslautern

1. Nachtrag zur Satzung vom 16.01.2025

Die Satzung der BKK PFAFF wurde zuletzt zum 01.01.2025 geändert.

§ 12

VII. Nicht zugelassene Leistungserbringer – Stationäre Behandlung

1. Die BKK PFAFF übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:
 - a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
 - b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
 - d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der BKK PFAFF vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 - e) die BKK PFAFF hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
3. Mit der Zustimmung nach Abs. 1 Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK PFAFF sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§ 12 b

I. Osteopathische Behandlung

1. Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Berufsverband der Osteopathen berechtigt oder der bereits Mitglied eines Berufsverbandes für Osteopathen ist.

2. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für maximal fünf Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 100 v.H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 50,00 EUR pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die im gleichen Kalenderjahr ausgestellte ärztlichen Bescheinigung vorzulegen.

V. Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie künstlicher Befruchtung

Über die im SGB V geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse für folgenden, von den Ärzten durchgeführte, veranlasste oder direkt vom Versicherten initiierte Leistungen in Höhe von 80 v. H. des Rechnungsbetrages, insgesamt höchstens jedoch 300,00 EUR je Schwangerschaft für:

- a) Nackenfaltenmessung / Nackentransparenzmessung
- b) Hebammenrufbereitschaft – Erstattungsfähig sind die Kosten für die persönliche Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten 3 Wochen vor dem mutmaßlichen und 2 Wochen nach dem tatsächlichen Entbindungstermin, sofern die Rufbereitschaft die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur Geburtshilfe umfasst. Eine zusätzliche Kostenübernahme für eine Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme erfolgt nicht.
- c) nicht invasive Bluttests / nicht invasive Pränatal Diagnostik – NUPD (z. B. Praena®-Test oder Harmony®- Test).
- d) Geburtsvorbereitungskurs für den Ehegatten bzw. für den Lebenspartner bzw. Lebenspartnerin der schwangeren Versicherten, sofern dieser von Hebammen gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder der nach § 13 Abs. 4 SGB V zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringern durchgeführt wurde.
- e) apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium, Folsäure und Jod als Monopräparate und Kombinationspräparate aus diesen Wirkstoffen zur Vermeidung eines Mangels während der Schwangerschaft. Voraussetzung ist die Verordnung dieser Mittel durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt.
- f) medizinisch notwendigen Leistungen bei Schwangerschaft, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung des Kindes entgegenzuwirken, Risiken frühzeitig zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden. Hierzu zählen:
 - B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. - 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
 - Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere.
 - Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere.
 - Toxoplasmose-Test für Schwangere.
 - Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere.

Voraussetzung ist, dass die medizinisch notwendigen Leistungen nach § 23 SGB V durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt mit

entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden. Es darf sich nicht um Leistungen nach der Mutterschaftsrichtlinie handeln.

Zur Erstattung sind jeweils die personifizierte Rechnungen, sowie bei Arzneimitteln die ärztliche Verordnung, vorzulegen.

VI. 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 oder deren Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.
2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten bis maximal 80 EUR pro Untersuchung. Zur Erstattung sind die spezifizierte Rechnung sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
3. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

VII Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet einmalig im Kalenderjahr, über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus, die Kosten für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde oder sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als Medizinische Tastuntersucherinnen (MTU), bis zu einem Betrag von 75 EUR.
2. Voraussetzung ist, die Untersuchung wird von einer Frauenärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst und die Versicherten weisen, anhand einer ärztlichen Bestätigung Risikofaktoren oder eine familiäre bzw. medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach. Zur Kostenerstattung sind die personifizierte Rechnung sowie die ärztliche Bescheinigung einzureichen.

VIII Früherkennung von Darmkrebs

1. gewährt zur Verhütung von Krankheiten und zum Schutz der öffentlichen Gesundheit Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Die Betriebskrankenkasse erstattet einmalig, über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus, nach Vollendung des 45. Lebensjahres und vor Vollendung des 50. Lebensjahres der Versicherten, die Kosten für eine in Anspruch genommene Darmspiegelung, bis zu einem Betrag vom 150 EUR.
2. Voraussetzung ist, die Untersuchung wird von einem Vertragsarzt durchgeführt und die Versicherten weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung Risikofaktoren oder eine familiäre bzw. medizinische Vorbelastung nach. Zur Kostenerstattung sind die personalisierte Rechnung sowie die ärztliche Bescheinigung einzureichen.

§ 12 c Schutzimpfungen

1. Die Betriebskrankenkasse Krankheiten, wenn diese von der ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden, auch im Falle eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes (Reiseschutzimpfungen). Ebenso werden die Kosten der Malariaprophylaxe, sofern diese aufgrund eines privaten Auslandsaufenthaltes erforderlich ist, übernommen. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20 i Absatz 1 SGB V besteht.
2. Für selbst bezahlte Schutzimpfungen sowie für die Malariaprophylaxe werden von der Betriebskrankenkasse 100 v.H. der Kosten des Impfstoffes bzw. des Prophylaxe-Präparates, sowie 15 EUR für die ärztliche Leistung je Impfung, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten, erstattet. Der Erstattungsbetrag ist auf 500 EUR je Kalenderjahr begrenzt. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt oder wegen eines beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes notwendig ist.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, mindestens 3 Voraussetzungen der Maßnahmen der jeweiligen Altersgruppe innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

Maßnahmen für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:

1. Ärztliche Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V (ab dem Alter von 18 Jahren einmalig und ab dem Alter von 35 Jahren alle 3 Jahre)

2. Geschlechtsspezifische Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach § 25 Abs. 2 SGB V (Frauen ab dem Alter von 20 Jahren und Männer ab dem Alter von 45 Jahren)
3. Nachweis des Impfschutzes gegen Diphtherie, Tetanus und Polio.
4. 4. Jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V
5. 5. Ärztliches Hautkrebsscreening nach § 25 Abs. 2 SGB V (ab dem Alter von 35 Jahren alle 2 Jahre)
6. Darmkrebsvorsorge durch Test auf okkultes Blut im Stuhl oder einer Koloskopie gemäß § 25 Absatz 2 SGB V i.V. m. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie in der jeweils gültigen Fassung
7. Screening auf Bauchaortenaneurysmen nach § 25 Absatz 1 SGB V i. V. m. der Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (Männer ab dem Alter von 65)
8. Teilnahme an einem zertifizierten Präventionskurs nach § 20 Abs. 5 SGB V
9. Erwerb des Sportabzeichens des Deutschen Olympischen Sportbundes
10. Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder einem
11. qualitätsgesicherten Fitnessstudio

Je Maßnahme wird ein Bonus von 20,00 EUR im Kalenderjahr der Inanspruchnahme gezahlt. Die maximale Bonushöhe pro Kalenderjahr und Versicherten beträgt 100,00 EUR.

Satzung
der Betriebskrankenkasse
der G. M. Pfaff AG
Kaiserslautern

Inhalt

Artikel I	Seite
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	4
§ 2 Verwaltungsrat	5
§ 3 Vorstand	7
§ 4 Widerspruchsausschuss	8
§ 5 Kreis der versicherten Personen	10
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	11
§ 7 Aufbringung der Mittel	12
§ 8 Bemessung der Beiträge	13
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	14
§ 9 a Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 Abs. 2 Nr. 5 und 8 Abs. 2 AAG	15
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	16
§ 10 a Erhebung von Mahngebühren	17
§ 10 b Beitragsvorschüsse	18
§ 11 Höhe der Rücklage	19
§ 12 Leistungen	20
§ 12 a Primärprävention	25
§ 12 b Zusätzliche Satzungsleistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V	27
§ 12 c Schutzimpfungen	30
§ 12 d Leistungsausschluss	31

§	12e	Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	31
§	13	Medizinische Vorsorgeleistungen	32
§	13 a	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	33
§	13 b	Wahltarif besondere Versorgung	34
§	13 c	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	35
§	13 d	Modellvorhaben	35
§	14	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	36
§	14a	Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	38
§	14 b	Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	39
§	14 c	Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V	40
§	15	Wahltarife Krankengeld	41
§	15 a	Wahltarif Selbstbehalt Budget	48
§	16	Kooperation mit der PKV	50
§	17	Aufsicht	51
§	18	Mitgliedschaft zum Landesverband	52
§	19	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	53
§	20	Bekanntmachungen	54
Artikel II			
Inkrafttreten			55

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

Betriebskrankenkasse der G.M. Pfaff AG, Kaiserslautern

Sie geht hervor aus der im Jahre 1884 errichteten Betriebskrankenkasse der G.M. Pfaff AG, Kaiserslautern und der im Jahre 1897 errichteten Betriebskrankenkasse Guss- und Armaturwerk, Kaiserslautern, Nachf. Karl Billand GmbH & Co.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Kaiserslautern.

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

1. PFAFF Industriesysteme und Maschinen GmbH, Kaiserslautern
2. Pegasus Europa GmbH, Kaiserslautern
3. Aco Guss GmbH, Kaiserslautern
4. Bürstlein Gusstechnik GmbH, Landstuhl
5. GTT German Textile Technologie Ltd., Konken

- III. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf das Gebiet von Rheinland-Pfalz.

§ 2 Verwaltungsrat

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01. November des Kalenderjahres.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 8 Vertreter der Versicherten und 8 Vertreter der Arbeitgeber an.

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

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

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,

8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
 10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen,
 11. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
 - V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
 - VI. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
 - VII. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
 - VIII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
 - IX. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 - X. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über den Haushaltsplan und die Jahresrechnung ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

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

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

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

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Kaiserslautern.
- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 3 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.

Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates 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 und 63 Absätze 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgebervertreter und dem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung.

Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absätze 1 und 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absätze 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWIG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I. Zum Kreis bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören
 1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- II. Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III. Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die Betriebskrankenkasse wählen, wenn
 1. sie zu dem in § 1 Absätze 2 und 3 genannten Bereiche gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 4. sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 6. sie bei der Betriebskrankenkasse der G.M. Pfaff AG oder einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

IV. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse 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 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist,
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242 a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind, Absatz 1 Satz 4 gilt nicht.
- IV. Wenn ein Wahltarif nach § 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter der Voraussetzung des § 15 Absatz XIV, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 2,78 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9 a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß §§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse PFAFF; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III. Die Satzungshoheit für das U1- und U2-Verfahren wird auf den BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 2 Nr. 5 i. V. m. § 8 Absatz 2 Satz 1 AAG übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

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

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

§ 10 a Erhebung vom Mahngebühren

Im Rahmen der §§ 22 und 83 LwVG in Verbindung mit § 2 LVwVGKostO wird eine pauschale Mahngebühr erhoben. Die Berechnung der Mahngebühr ergibt sich aus der LVwVGKostO anliegenden Tabelle in der jeweils gültigen Fassung.

§ 10 b Beitragsvorschüsse

Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,

1. die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
2. bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
3. die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
4. die keine Beitragsnachweise einreichen.

Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

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

II. Häusliche Krankenpflege

1. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für einen Pflegeeinsatz pro Kalendertag erbracht.
2. Voraussetzung ist, dass
 - a) Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und
 - b) keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.
3. Die Dauer ist auf 4 Wochen je Krankheitsfall, maximal für die Dauer der Behandlungspflege, begrenzt.
4. Es gilt die Zuzahlungspflicht nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt über die in § 38 Absatz 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 3 Monaten je Krankheitsfall gewährt.
2. Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, dass bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
3. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Betriebskrankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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

V. Kostenerstattung

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

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

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

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. für Verwaltungs- kosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

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

Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Absatz 2 i. V. m. mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
 - a) als dasjenige, für das die Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach § 130 a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
 - b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung der Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, sind von den Versicherten selbst zu tragen.

2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel gemäß Nr. 1 Satz 2 a ist um 27,5 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
3. Es gelten § 12 Absatz 5 Nr. 4, 5 und 6.

§ 12 a Primärprävention

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

- Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20 a SGB V)
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 b SGB V)
- Individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V) mit folgenden Handlungsfeldern:
 - 1. Bewegungsgewohnheiten:
 - a) Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - b) Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignet verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
 - 2. Ernährung:
 - a) Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - b) Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
 - 3. Stressmanagement:
 - a) Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
 - b) Förderung von Entspannung
 - 4. Suchtmittelkonsum:
 - a) Förderung des Nichtrauchens
 - b) Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt.

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o.g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten ein maximaler Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v.H. der entstandenen Kosten gewährt. Die Förderung ist auf maximal zwei Kurse bis zu 150,00 EUR je Kurs pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt.

Bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhöht sich dieser Zuschuss auf 100 v.H. der entstandenen Kosten, maximal aber 325,00 EUR je Kalenderjahr.

Bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII erstattet die Betriebskrankenkasse nach vorheriger Prüfung und Genehmigung der Leistung die Kosten vollständig und für die Versicherten vorleistungsfrei direkt an den Leistungserbringer.

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

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Bereich

I. Osteopathische Behandlung

1. Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Berufsverband der Osteopathen berechtigt oder der bereits Mitglied eines Berufsverbandes für Osteopathen ist.
2. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für maximal fünf Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 90 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 50,00 EUR pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die im gleichen Kalenderjahr ausgestellte ärztlichen Bescheinigung vorzulegen.

II. Versorgung mit nichtverschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln der besonderen Therapierichtung (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet Kosten für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern:
 - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf einem Privatrezept erfolgte und
 - c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Rechts zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
2. Die Betriebskrankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Nr. 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 80,00 EUR pro Kalenderjahr und Versicherten.

3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.
4. Für nichtverschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.

III. Zahnärztliche Behandlung

Über die in § 28 SGB V geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für folgende vertragsärztlich / vertragszahnärztlich durchgeführte Leistungen:

1. Professionelle Zahnreinigung für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres. Der Zuschuss beträgt maximal 68,00 EUR pro Kalenderjahr.
2. Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern dies keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung darstellt. Der Zuschuss beträgt 80 v. H. der Gesamtkosten für die Anästhesie, insgesamt maximal 180,00 EUR kalenderjährlich.

IV. Künstliche Befruchtung

Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, erhalten bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzlich zu den im Behandlungsplan genehmigten Kosten einen Zuschuss je durchgeführten Behandlungsversuch pro Ehepaar. Der Zuschuss beträgt 800,00 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten, Voraussetzung ist, dass beide Ehepartner bei der BKK PFAFF versichert sind. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen vorzulegen.

V. Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie künstlicher Befruchtung

Über die im SGB V geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen sowie der künstlichen Befruchtung hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse für folgenden, von den Ärzten durchgeführte, veranlasste oder direkt vom Versicherten initiierte Leistungen in Höhe von 80 v. H. des Rechnungsbetrages, insgesamt höchstens jedoch 200,00 EUR je Schwangerschaft für:

- a) Nackenfaltenmessung / Nackentransparenzmessung
- b) Hebammenrufbereitschaft – Erstattungsfähig sind die Kosten für die persönliche Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten 3 Wochen vor dem mutmaßlichen und 2 Wochen nach dem tatsächlichen Entbindungstermin, sofern die Rufbereitschaft die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur Geburtshilfe umfasst. Eine zusätzliche Kostenübernahme für eine Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme erfolgt nicht.
- c) nicht invasive Bluttests / nicht invasive Pränatal Diagnostik – NUPD (z. B. Praena®-Test oder Harmony®- Test).

Zur Erstattung sind jeweils die personifizierten Originalrechnungen vorzulegen.

§ 12 c Schutzimpfungen

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt zur Verhütung von Krankheiten und zum Schutz der öffentlichen Gesundheit Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden, auch im Falle eines nicht berufsbedingten Auslandsaufenthaltes (Reiseschutzimpfungen). Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20 i Absatz 1 SGBV besteht.
2. Für selbst bezahlte Schutzimpfungen werden von der Betriebskrankenkasse 100 v.H. der Kosten des Impfstoffes, sowie 15 Euro für die ärztliche Leistung je Impfung, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten, erstattet. Der Erstattungsbetrag ist auf 500 Euro je Kalenderjahr begrenzt. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt oder wegen eines beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes notwendig ist.

§ 12 d Leistungsausschluss

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

§ 12 e Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

Die BKK PFAFF gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20 k Absatz 2 SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz“ in der jeweils aktuellen Fassung. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die BKK PFAFF einen einmaligen kalenderjährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 80,00 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 EUR.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 EUR.

§ 13 a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13 b Wahltarif besondere Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140 a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13 c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

§ 13 d Modellvorhaben

Die BKK PFAFF kann sich an Modellvorhaben der Krankenkassenverbände in Zusammenarbeit mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern nach den §§ 63 ff. SGB V beteiligen. Ziele der Modellvorhaben sind die Weiterentwicklung, die Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung der Versicherten.

Das Nähere bleibt vertraglichen Vereinbarungen vorbehalten.

Die Modellvorhaben sind hinsichtlich ihrer Auswirkungen wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten.

Die Modellvorhaben beginnen mit dem Inkrafttreten der mit den Beteiligten zu schließenden Vereinbarungen und enden spätestens nach acht Jahren.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, mindestens 3 Voraussetzungen der Maßnahmen der jeweiligen Altersgruppe innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

I. Maßnahmen für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:

1. Ärztliche Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V (ab dem Alter von 18 Jahren einmalig und ab dem Alter von 35 Jahren alle 3 Jahre)
2. Geschlechtsspezifische Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach § 25 Abs. 2 SGB V (Frauen ab dem Alter von 20 Jahren und Männer ab dem Alter von 45 Jahren)
3. Nachweis des Impfschutzes gegen Diphtherie, Masern, Tetanus und Polio.
4. Jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V
5. Ärztliches Hautkrebsscreening nach § 25 Abs. 2 SGB V (ab dem Alter von 35 Jahren alle 2 Jahre)
6. Darmkrebsvorsorge durch Test auf okkultes Blut im Stuhl oder einer Koloskopie gemäß § 25 Absatz 2 SGB V i.V. m. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie in der jeweils gültigen Fassung
7. Screening auf Bauchaortenaneurysmen nach § 25 Absatz 1 SGB V i. V. m. der Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (Männer ab dem Alter von 65)
8. Teilnahme an einem zertifizierten Präventionskurs nach § 20 Abs. 5 SGB V
9. Erwerb des Sportabzeichens des Deutschen Olympischen Sportbundes
10. Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio

Je Maßnahme wird ein Bonus von 20,00 EUR im Kalenderjahr der Inanspruchnahme gezahlt. Die maximale Bonushöhe pro Kalenderjahr und Versicherten beträgt 100,00 EUR.

II. Maßnahmen für Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

1. Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 26 Absatz 1 SGB V, die je nach Lebensalter im Kalenderjahr vollständig in Anspruch genommen werden (U1 bis U 11 und J1 / J 2; werden in einem Kalenderjahr mehrere Untersuchungen durchgeführt, wird nicht jede Untersuchung gesondert bonifiziert, sondern alle Untersuchungen zusammengefasst als eine erfüllte Bonusmaßnahme bewertet)
2. Halbjährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach § 22 Absatz 1 SGB V
3. Nachweis des Impfschutzes gegen Diphtherie, Masern, Tetanus und Polio

4. Regelmäßige Teilnahme an Kursen mit frühkindlicher Entwicklungs- und Bewegungsförderung, wie zum Beispiel Babyschwimmen oder Eltern-Kind-Turnen unter qualifizierter Leitung, sofern die Maßnahme nicht bereits im Rahmen der aktiven Mitgliedschaft im Sportverein bonifiziert wurde.
5. Erwerb des Sportabzeichens des Deutschen Olympischen Sportbundes
6. Erwerb eines Schwimmapzeichens (Deutscher Schwimm-Verband oder DLRG)
7. Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio

Je Maßnahme wird ein Bonus von 20,00 EUR im Kalenderjahr der Inanspruchnahme gezahlt. Die maximale Bonushöhe pro Kalenderjahr und Versicherten beträgt 60,00 EUR.

- III.** Die Erfüllung der Voraussetzungen ist vom Arzt bzw., dem Anbieter der Leistung auf der BKK-PFAFF-Bonus-Karte zu quittieren.

§ 14 a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverband herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind.
- II. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.
- III. Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen.

§ 14 b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Absatz 2 i.V.m. Absatz 5 SGB V in den folgenden Handlungsfeldern
1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
 2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
 3. Suchtprävention im Betrieb oder
 4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

mindestens in Höhe von 80 v. H. teilnehmen.

Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14 a Absatz 2 ab.

- II. Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 5,00 EUR zum 1.4. ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über eine Teilnahme von mindestens 80 v. H. an einer Maßnahme nach Absatz 1 nachgewiesen wurden.

§ 14 c Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

- I. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Betriebskrankenkasse ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- II. Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der Betriebskrankenkasse für die Versicherten tätig wird,
- III. Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die Betriebskrankenkasse.
- IV. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 15 Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben und am Tag der Teilnahmeerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente (oder die Regelaltersgrenze) erreicht haben, können diesen Tarif nur wählen, wenn sie
- in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens 24 Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 - unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist.

Anspruch

- II. Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Absatz 2 SGB V und § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Absatz 4 SGB V und § 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Absatz 1 SGB V i. V. m. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen / ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- III. Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs; dies gilt nicht, wenn das Mitglied unmittelbar vor der Tarifwahl mit Anspruch auf Krankengeld bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert war. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld
1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Lückentarif)
 2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Künstlertarif), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifs liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit. Für Mitglieder die nach Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Absatz 13), besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif sich nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt.
- IV. Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- V. Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Absatz 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgelterstattleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

VI. Der Anspruch auf Krankengeld endet

1. mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreises,
2. mit dem Bezug einer in § 50 Absatz 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen gezahlt werden,
3. mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI,
4. mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz 14 oder 15,
5. mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,
6. mit dem Erreichen des Renteneintrittsalters für eine Regelaltersrente oder dem Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 235 SGB VI, wenn das Mitglied nicht
 - in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens 24 Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert war oder
 - unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.

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

Höhe

- VII. Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Versicherten bei einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von

jährlich ab	monatlich ab	Tagegeld von	bis	
0,00 EUR	0,00 EUR	20,00 EUR	20,00 EUR	Krankengeldstufen
20.580,00 EUR	1.715,00 EUR	40,00 EUR	40,00 EUR	20,00 EUR
30.864,00 EUR	2.572,00 EUR	40,00 EUR	60,00 EUR	40,00 EUR
41.148,00 EUR	3.429,00 EUR	60,00 EUR	60,00 EUR	60,00 EUR
45.000,00 EUR	3.750,00 EUR	60,00 EUR	87,50 EUR	87,50 EUR
61.716,00 EUR	5.143,00 EUR	87,50 EUR	87,50 EUR	

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommen seitens der Betriebskrankenkasse. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenze erfolgt eine Umgruppierung nach Absatz XVII.

- VIII. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

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

Dauer

- X. Anspruch auf Krankengeld besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zu deren 42. Tag.

Ruhen

- XI. Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Absatz 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, der nach Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in

Höhe von mindestens zwei Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.

- XII. Die §§ 16, 18 Absatz 1 Satz 2, 51, 52, 52 a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62 63, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- XIII. Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn, maximal jedoch zwei Monate, kann gewählt werden. Wird der Tarif gleichzeitig mit dem Beginn einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

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

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue einjährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Kündigung

- XIV. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens einen Monat zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XV. frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- XV. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit dem Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v. H. , bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

- XVI. Ein Wechsel unter den verschiedenen Tagegeld-Stufen ist – vorbehaltlich Absatz XVII – durch schriftliche Erklärung höchstens einmal pro Zeitjahr der Mindestbindungsfrist möglich. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindest- bindungsfrist unberührt. Die Wahl kann unter den Tagegeld-Stufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tagegeld-Stufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden Kalendermonat. Sofern zum Zeit- punkt des beabsichtigten Wechsels in eine höhere Tagegeld-Stufe eine Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tagegeld-Stufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; die bisherige Tagegeld-Stufe wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tagegeld-Stufe besteht eine Wartezeit im Sinne des Absatz III von drei Kalendermonaten.

Bei einem Wechsel in eine niedrigere Tagegeld-Stufe nach diesem Absatz oder Absatz XVII werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tagegeld-Stufe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tagegeld-Stufe abgeleitet.

- XVII. Der Wechsel in eine niedrigere Tagegeld-Stufe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen nach Absatz VIII die in Absatz VII genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die Tagegeld-Stufe gilt ab Beginn des Kalendermonats der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; erfolgt die Feststellung während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit, gilt die neue Tagegeld-Stufe ab Beginn des Kalendermonats, der auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes XVI besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

- XVIII. Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VII (Tagegeld-Stufen) sowie der Zugehörigkeit zu einer der genannten Tarifgruppen ergeben sich die Tarifgruppenkennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt entsprechend der Einordnung nach den genannten Kriterien:

**Wahltarif Krankengeld – Lückentarif ab 22. bis 42. Tag
Mitglieder nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V**

Wahltarifkrankengeld	20,00 EUR	40,00 EUR	60,00 EUR	87,50 EUR
kalendertäglich	11,70 EUR	19,90 EUR	28,10 EUR	39,38 EUR

**Wahltarif Krankengeld – 15. bis 42. Tag
Mitglieder nach § 46 Satz 3 SGB V**

Wahltarifkrankengeld	20,00 EUR	40,00 EUR	60,00 EUR	87,50 EUR
kalendertäglich	9,70 EUR	15,90 EUR	22,10 EUR	30,63 EUR

- XIX. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Absatz XX. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbeitrages zu zahlen. Im Falle eines Tagegeld-Stufenwechsels nach den Absätzen XVI und XVII ist die aus der neuen Tagegeld-Stufe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tagegeld-Stufe zu zahlen.

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

- XX. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 5. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs. Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.
- XXI. Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach Maßgabe des § 10 a erhoben.
- XXII. Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien gemäß § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 15 a Wahltarif Selbstbehalt Budget

- 1) Mitglieder der Betriebskrankenkasse können ab Beginn der Mitgliedschaft dem Wahltarif Selbstbehalt Budget beitreten.

Am Selbstbehaltstarif Budget können alle Mitglieder teilnehmen, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. Solange Beiträge während der Teilnahme am Wahltarif vollständig von Dritten übernommen werden oder die Mitgliedschaft unterbrochen wird, ruht dieser Tarif.

Der Wahltarif muss durch das Mitglied schriftlich zum 1. eines Kalendermonats beantragt werden, jedoch nicht rückwirkend.

Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie.

Wenn der Tarif während des laufenden Kalenderjahres gewählt wird, werden der Selbstbehalt und die Prämienzahlung anteilig mit einem Zwölftel pro Monat berechnet.

Für jeden angefangenen Monat einer Ruhenszeit werden Prämie und Selbstbehalt anteilig mit einem Zwölftel pro Monat reduziert.

Mit der Teilnahme am Wahltarif beginnt die gesetzliche Mindestbindungsfrist von drei Jahren.

- 2) Der Wahltarif umfasst einen Verzicht auf Leistungen bei Inanspruchnahme einer stationären Vorsorgeleistung nach § 23 Absatz 4 SGB V sowie stationärer Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 Absatz 2 SGB V und Fahrtkosten nach § 60 SGB V zur stationären Vorsorgemaßnahme nach § 23 Absatz 4 SGB V und stationären Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 Absatz 2 SGB V in Höhe von 180 €.

Soweit die o. g. Leistungen in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

Die Prämie ist ganz oder teilweise für eine vom Mitglied abzuschließende und direkt zu zahlende private Krankenzusatzversicherung zu verwenden. Anbieter und Risikoträger ist das vom Mitglied freiwillig gewählte private Krankenversicherungsunternehmen. Dabei kann es sich auch um den Kooperationspartner der Betriebskrankenkasse handeln.

Die Prämie beträgt jährlich 120 €, der jährliche Selbstbehalt 180 €. Die Auszahlung der Prämie erfolgt im Voraus an das Mitglied erstmalig innerhalb eines Monats nach Vertragsbeitritt und in den Folgejahren nach Ablauf des Kalenderjahres.

Das Mitglied muss der Betriebskrankenkasse gegenüber den Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung nachweisen. Diese muss mindestens acht der unten aufgeführten Zusatzleistungen enthalten:

- Sehhilfen
- Operationen zur Behebung der Fehlsichtigkeit
- Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker
- Heilmittel (verordnet) inkl. Zuzahlungen
- Hilfsmittel (verordnet) inkl. Zuzahlungen
- Arznei- und Verbandsmittel (verordnet) inkl. Zuzahlungen
- Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte
- Schutzimpfungen
- Zahnbehandlungen
- Zahnersatz
- Zahnprophylaxe
- KFO nach Unfällen

3) Der Wahltarif kann erstmals drei Monate vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, wird der Wahltarif fortgeführt. Die Kündigung ist danach jeweils bis zum 30.09. eines Kalenderjahres zum Jahresende möglich.

Ändern sich die Tarifbedingungen des Wahltarifes, besteht ein Sonderkündigungsrecht bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten der neuen Tarifbestimmungen folgenden Monats. Die Kündigung des Wahltarifes wird wirksam mit der Geltung der neuen Tarifbedingungen.

4) Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

5) Die Betriebskrankenkasse ist verpflichtet, den Wahltarif gegenüber allen Wahltarifteilnehmern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende zu kündigen, wenn sich der Wahltarif als defizitär erweist, das heißt die Ausgaben für Prämienzahlungen und Verwaltungskosten für die Abwicklung des Wahltarifs sich nicht dauerhaft durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen des Selbstbehaltstarifs finanzieren lassen (§ 53 Absatz 9 SGB V, Verbot der Quersubventionierung, Selbstfinanzierungsgebot).

Gleiches gilt, wenn die Aufsichtsbehörde der Betriebskrankenkasse die Schließung des Wahltarifs anordnet oder die Genehmigung des Wahltarifs widerruft oder sich eine gesetzliche Änderung ergibt.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung in Mainz.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die BKK PFAFF veröffentlicht die wesentlichen Ergebnisse der Jahresrechnungslegung gemäß § 305 b SGBVim elektronischen Bundesanzeiger, auf den Internetseiten der Betriebskrankenkasse unter www.bkk-pfaff.de sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift.

§ 20 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkk-pfaff.de und nachrichtlich durch einen Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse sowie durch Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift.

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

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist zwei Wochen.

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

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 20.12.2024 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.01.2025 in Kraft.

Gleichzeitig tritt die Satzung vom 01.07.2024 außer Kraft.

Kaiserslautern, den 16.01.2025

Der Vorsitzende des Verwaltungsrats

Matthias Ecker