



Satzung

der

BKK Pfalz

Ludwigshafen am Rhein

Stand 08.01.2019

INHALT

Artikel I		Seite
§	1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	4
§	2 Verwaltungsrat	7
§	3 Vorstand	10
§	4 Widerspruchsausschuss	12
§	5 Kreis der versicherten Personen	14
§	6 Kündigung der Mitgliedschaft	15
§	7 Aufbringung der Mittel	17
§	8 Bemessung der Beiträge	18
§	9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	19
§	9 a Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 II AAG	20
§	10 Fälligkeit der Beiträge	21
§	10 a Erhebung von Beitragsvorschüssen	22
§	11 Höhe der Rücklage	23
§	12 Leistungen	24
§	12 a Primärprävention	30
§	12 b Zusätzliche Sachleistungen	31
§	12 c Leistungsausschluss	34
§	12 d Persönliche elektronische Gesundheitsakte	35
§	13 Medizinische Vorsorgeleistungen und medizinisch ambulante Vorsorgeleistungen	36
§	13 a Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme	38
§	13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	39
§	13 c Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	43
§	13 d Wahltarif besondere Versorgung	44
§	13 e Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	45
§	13 f Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsförderung	46
§	14 Wahltarif Krankengeld	47
§	15 Kooperation mit der PKV	48

§	16	Aufsicht	49
§	17	Mitgliedschaft zum Landesverband	50
§	18	Bekanntmachungen	51
§	19	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	52

Artikel II

Inkrafttreten	53
ANLAGE zu § 2 der Satzung:	54
Entschädigungsregelung	
ANLAGE zu § 13 b der Satzung:	58
Katalog der Zuschüsse zu gesundheitsnahen (Dienst)Leistungen als Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	
ANLAGE zu § 14 der Satzung:	59
Wahltarif Krankengeld	

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

BKK Pfalz.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Ludwigshafen am Rhein.

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

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

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

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

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

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

§ 2 Verwaltungsrat

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

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

- II. 1. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 10 Vertreter der Versicherten und 7 Vertreter der Arbeitgeber an.

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

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

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

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

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

IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

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

VI. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

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

- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über (z.B. Jahresrechnung, Haushaltsplan, Satzungsänderung) ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.“

§ 3 Vorstand

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

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

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

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

§ 4 Widerspruchsausschuss

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

IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

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

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

- III. 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 § 14 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den in der Anlage zu § 14 der Satzung unter Nr. 4 und 5 genannten Voraussetzungen, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

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

§ 9 a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichs - gesetz

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).
- III. Die Satzungshoheit für das U1- und das U2-Verfahren wird auf den BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 8 Abs. 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 Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

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

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

§ 10 a Erhebung von Beitragsvorschüssen

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

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

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen.

1. Bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24 c bis 24 i SGB V)
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24 b SGB V)
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGBV)
5. Des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

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

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für maximal eine Stunde je Pflegeeinsatz und längstens 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege, längstens auf 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt. Voraussetzung ist, dass der Medizinische Dienst der

Krankenversicherung (MDK) die Notwendigkeit sozialmedizinisch für erforderlich hält.

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

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt über die in § 38 Abs. 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe,
 - a) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 6 Wochen oder 30 Arbeitstagen gewährt.
 - b) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird über § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V hinaus für einen weiteren Zeitraum von 2 Wochen oder 10 Arbeitstagen gewährt. Diese Regelung erweitert nicht den Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerete bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

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

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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

V. Kostenerstattung

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

Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 40 €, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Der Erstattungsbetrag ist um 10 v.H., mindestens 3 € und maximal 50 €, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeits-

prüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen

Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

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

VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

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

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

2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel gemäß Nr. 1 Satz 2 a ist um 25 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

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

3. § 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

§ 12 a Primärprävention

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

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

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

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

Für Leistungen von Fremdanbietern, die die Qualitätskriterien des o.g. Leitfadens erfüllen, erhält der Versicherte von der Betriebskrankenkasse einen Zuschuss in Höhe von 90 v.H. der entstandenen Kosten, maximal aber 150 € je Maßnahme. Voraussetzung für die Auszahlung des Zuschusses ist die regelmäßige Teilnahme des Versicherten und die Vorlage einer Teilnahmebescheinigung nach den jeweils gültigen Vorgaben des o.g. Leitfadens. Der Zuschuss wird zu maximal 2 Kursen im Kalenderjahr gezahlt.

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

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

I. Leistungen bei Schwangerschaft

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

Partner-Geburtsvorbereitungskurs

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

II. Flash Glukose Messsystem (FGM)

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

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

III. Professionelle Zahnreinigung

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

§ 12 c Leistungsausschluss

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

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

§ 12 d Persönliche elektronische Gesundheitsakte

- 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.

§ 13 Schutzimpfungen und medizinisch ambulante Vorsorgeleistungen

I. Schutzimpfungen

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

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

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

II. Kuren

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

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

§ 13 a Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.

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

§ 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

I. a. Mitglieder erhalten einen Bonus, wenn sie und alle mitversicherten Angehörigen sich gesundheitsbewusst verhalten, indem sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Voraussetzungen vollständig nachweisen:

1. Die Versicherten nehmen ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung (Check up) gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.

2. Die Versicherten nehmen jährlich an folgenden geschlechts-spezifischen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gemäß § 25 Absatz 2 SGB V teil:

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

Männer: Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales ab dem Alter von 45 Jahren.

3. Die Versicherten weisen einen von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlenen Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus und Polio nach.

4. Die Versicherten ab der Vollendung des 18. Lebensjahres, nehmen einmal jährlich die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung einmal je Kalenderhalbjahr in Anspruch zu nehmen.

5. Die Versicherten nehmen ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einem ärztlichen Hautkrebscreening teil.

6. Die Versicherten führen einen Test auf occultes Blut im Stuhl oder eine Koloskopie gemäß § 25 Abs. 2 SGB V i.V.m. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie (in der jeweils gültigen Fassung) durch.

Der Nachweis erfolgt durch entsprechende ärztliche Bestätigung im BK Pfalz-Bonusbogen durch den behandelnden Arzt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 13 c Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

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

§ 13 d Wahltarif besondere Versorgung

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

§ 13 e Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-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 (§ 84 SGB IX) sind.
- II. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.
- III. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Gesundheitsförderung und den Beitragsanteil zur Krankenversicherung eines Monats nicht übersteigen.

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

I. Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Abs. 2 i.V.m. § 20 Abs. 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers aus den Handlungsfeldern:

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

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

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

§ 14 Wahltarif Krankengeld

- I. Die BKK Pfalz bietet
 - hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
 - unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt haben

und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbstständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.
- II. Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- III. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage zu § 14 dieser Satzung, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 15 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 18 Bekanntmachungen

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

Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen.

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

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

§ 19 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

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

Artikel II

Inkrafttreten

- I. Diese Satzung wurde vom Verwaltungsrat der BKK Vital am 10.11.2017 und vom Verwaltungsrat der BKK Pfalz am 10.11.2017 beschlossen.
- II. Die Satzung vom 01.01.2018 beinhaltet die Nachträge Nr. 1 bis Nr. 4 und tritt in ihrer aktualisierten Fassung wie folgt in Kraft:

Die Regelung aus den Satzungsnachträgen Nr. 2,3 und 4 tritt jeweils am Tag nach der Bekanntgabe in Kraft.

Ludwigshafen, den 03. Dezember 2018

Siegel

Die Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

Anlage zu § 2 der Satzung

Entschädigungsregelung für Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane

I. Erstattung der baren Auslagen

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

1. Tagegeld

Das Tagegeld beträgt bei einer Dauer der Inanspruchnahme von

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

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

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

2. Übernachtungsgeld

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

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

3. Fahrkosten

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

Dabei können erstattet werden:

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

4. Wegfall des Anspruchs

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

II. Entschädigung für entgangenen Arbeitsverdienst

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

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

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

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

III. Pauschbetrag für Zeitaufwand

1. Entschädigung für Sitzungen

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

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

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

2. Entschädigung für die Vorsitzenden

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

3. Entschädigung für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

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

Anlage zu § 13 b der Satzung

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

Im Bereich der privaten Versicherungen sind folgende Versicherungsarten zuschussfähig:

- Pflegezusatzversicherungen
- Sterbegeldversicherungen
- Pflegerente
- Pflegeitagegeld

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

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

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Sorgerechtsverfügungen

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

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

Anlage zu § 14 der Satzung

Wahltarif Krankengeld

Teilnahme

1. Die BKK Pfalz bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (*Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt*). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
 - a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 - b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK Pfalz erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK Pfalz folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

3. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue dreijährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der BKK Pfalz.
5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, 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 oder Zuzahlung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die BKK Pfalz unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK Pfalz aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK Pfalz haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK Pfalz nachzuweisen und die BKK Pfalz über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

für den Personenkreis der Selbstständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

Wahltarifkrankengeld kalendertäglich	10€	20€	30€	40€	50€
Prämie monatlich	10€	20€	30€	40€	50€

für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten i.S.v. § 53 Abs. 6 SGB V:

Wahltarifkrankengeld	10€	20€	30€	40€	50€	60€	70€	80€	90€
kalendertäglich									
Prämie monatlich	5€	10€	15€	20€	25€	30€	35€	40€	45€

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.
11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
13. Die BKK Pfalz darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK Pfalz bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif un-

ter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i. V. m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.

16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),

2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind 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. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK Pfalz nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK Pfalz kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif,
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird,
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird,
- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre,

- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden,
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK Pfalz.

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21 keine Anwendung.

22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn

der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

24. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK Pfalz an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder in diesem Tarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der BKK Pfalz eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen,
2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der BKK Pfalz eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

27. Die BKK Pfalz kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.

28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.
29. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK Pfalz sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK Pfalz auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK Pfalz im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbstständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der BKK Pfalz unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstgerichtlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK Pfalz nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK Pfalz folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK Pfalz über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.