

Satzung der

pronova BKK

Körperschaft des öffentlichen Rechts

vom 01.01.2017

in der Fassung des 5. Sitzungsnachtrages (Stand 18.06.2019)

Artikel I

Inhalt der Satzung

| | | |
|------|----------------------------------------------------------|---------|
| § 1 | Name, Sitz und Bereich der pronova BKK | Seite 4 |
| § 2 | Verwaltungsrat | 5 |
| § 2a | Versichertenälteste | 7 |
| § 3 | Vorstand | 8 |
| § 4 | Widerspruchsausschuss | 9 |
| § 5 | Kreis der versicherten Personen | 10 |
| § 6 | Kündigung der Mitgliedschaft | 11 |
| § 7 | Aufbringung der Mittel | 12 |
| § 8 | Bemessung der Beiträge | 13 |
| § 9 | nicht belegt | 14 |
| § 10 | Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz | 15 |
| § 11 | Fälligkeit der Beiträge | 16 |
| § 12 | Höhe der Rücklage | 17 |
| § 13 | Leistungen | 18 |
| § 14 | Satzungsleistungen der pronova BKK | 21 |
| § 15 | Primärprävention | 28 |
| § 16 | Zusätzliche Schutzimpfungen | 30 |
| § 17 | Geldzuschuss bei medizinischen Vorsorgeleistungen | 31 |
| § 18 | Leistungsausschluss | 32 |
| § 19 | Wahltarif Prämienzahlung | 33 |
| § 20 | Wahltarif Selbstbehalt | 34 |
| § 21 | Wahltarif Selbstbehalt für Auszubildende und Studenten | 37 |
| § 22 | Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung | 38 |
| § 23 | Wahltarif besondere Versorgung | 39 |
| § 24 | Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme | 40 |
| § 25 | Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen | 41 |

| | | |
|-------|------------------------------------------------------------|----------|
| § 26 | Wahltarif Krankengeld | Seite 45 |
| § 26a | Wahltarif KG Standard | 47 |
| § 26b | Wahltarif KG stationär | 50 |
| § 26c | Wahltarif KG Künstler und Publizisten | 53 |
| § 27 | Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten | 56 |
| § 27a | Bonus für Neugeborene | 58 |
| § 28 | Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung | 59 |
| § 28a | Persönliche elektronische Gesundheitsakte | 61 |
| § 29 | Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz | 62 |
| § 30 | Kooperation mit der PKV | 63 |
| § 31 | Aufsicht | 64 |
| § 32 | Mitgliedschaft zum Landesverband | 65 |
| § 33 | Bekanntmachungen | 66 |
| § 34 | Veröffentlichung des Jahresergebnisses | 67 |

Artikel II 68

Inkrafttreten

Anlagen

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der pronova BKK

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

pronova BKK.

Sie ist aus der Vereinigung der pronova BKK mit der Betriebskrankenkasse Braun-Gillette hervorgegangen. Sie hat ihren Sitz in Ludwigshafen am Rhein.

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

§ 2 Verwaltungsrat

- I.
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der pronova BKK ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung. Abweichend hiervon und von § 49 Abs. 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, Folgendes bestimmt: Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat so viele Stimmen wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm Beschäftigten und bei der pronova BKK versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen. Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter, die unterschiedlichen Gruppen angehören. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr jeweils zum 01. Januar, erstmalig am 01.01.2018.
- II. Dem Verwaltungsrat gehören als Mitglieder 15 Vertreter der Versicherten und 15 Vertreter der Arbeitgeber an. Jedes Mitglied hat eine Stimme.
- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der pronova BKK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die pronova BKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:
 1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die pronova BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,
 2. den Haushaltsplan festzustellen,
 3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung der Prüfer zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
 4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
 5. den Vorstand zu überwachen,
 6. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die pronova BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

8. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
 9. die Mitglieder des Widerspruchsausschusses zu bestellen,
 10. die Versichertenältesten der pronova BKK zu wählen.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
 - V. Der Verwaltungsrat beauftragt einen leitenden Beschäftigten der pronova BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes.
 - VI. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
 - VII. Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bilden.
 - VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 - IX. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
 - X. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widersprechen der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.
 - XI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen.

Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

§ 2a Versichertenälteste

- I. Für die pronova BKK werden vom Verwaltungsrat Versichertenälteste gewählt. Ein Versichertenältester, der an der Wahrnehmung seiner Aufgaben vorübergehend verhindert ist, wird von einer anderen Person aus dem Kreis der Versichertenältesten vertreten.

- II. Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der pronova BKK mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen. Hierzu gehört insbesondere die Aufgabe
 1. allgemeinen Rat und Auskunft in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erteilen,
 2. die Versicherten über die Ihnen nach Gesetz und Satzung zustehenden Leistungen aufzuklären,
 3. die Versicherten über neue gesetzliche Regelungen in der Krankenversicherung zu unterrichten,
 4. die Versicherten bei der Antragstellung zu unterstützen,
 5. eine ortsnahe Verbindung der pronova BKK mit den Arbeitgebern herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

- III. Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Die Entschädigung Versichertenältesten gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 und 2a der Satzung festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen.“

§ 3 Vorstand

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

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

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

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Ludwigshafen.
- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus neun Vertretern der Versicherten der pronova BKK mit je einer Stimme und vier Vertretern der Arbeitgeber mit je zwei Stimmen. Zu Mitgliedern des Widerspruchsausschusses können nur Personen bestellt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organ-Mitglieder erfüllen. Jede Gruppe hat neun Stimmen. Der Stimmanteil eines jeden Mitglieds beträgt einem der Zahl der anwesenden Mitglieder seiner Gruppe entsprechenden Bruchteil.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und einem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Widerspruchsausschuss bestimmt einen Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der pronova BKK sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens zwei Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend und stimmberechtigt sind.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Der Stimmenanteil der anwesenden Arbeitgebervertreter wird auf den der anwesenden Versichertenvertreter festgesetzt. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i.V.m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I. Zum Kreis der bei der pronova BKK versicherten Personen gehören
 1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- II. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der pronova BKK nur dann beitreten, wenn sie das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III. Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnergesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
- IV. Die in Absatz I und II genannten Personen können die pronova BKK unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
 1. sie zu dem in § 1 Abs. II und III der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der pronova BKK versichert ist,
 4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder Rentner sind und ein Elternteil bei der pronova BKK versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die pronova BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und die pronova BKK am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.
- V. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhebt die pronova BKK nach § 242 Abs. 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Abs. I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die pronova BKK hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Abs. 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die pronova BKK ihrer Hinweispflicht nach den Sätzen 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV. Wenn ein Wahltarif nach §§ 19, 20, 21, 25, 26, 26a, 26b oder 26c gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur pronova BKK frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 19 Abs. VI Satz 3, 20 Abs. VI Satz 4, 21 Abs. III, 25 Abs. VII Satz 4 oder 26 Abs. III Satz 5, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abs. II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif nach § 26 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der pronova BKK werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 9 nicht belegt

§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

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

§ 11 Fälligkeit der Beiträge

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.
- II. Der Arbeitgeber kann abweichend von Absatz I den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.
- III. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- IV. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 12 Höhe der Rücklage

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

§ 13 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der pronova BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

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

II. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die pronova BKK vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der pronova BKK in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die pronova BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
5. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung jederzeit beenden, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die pronova BKK davon Kenntnis erhält.

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

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

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

1. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- und Dienstleistungen im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschalbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Abs. II Nr. 3, 4 und 6 gelten entsprechend. Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H. für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem Mitgliedsstaat der EU oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.
2. Abweichend von Nr. 1 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die pronova BKK in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der pronova BKK im Inland erlangt werden kann.

IV. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Versicherte können unter den Voraussetzungen von § 129 Abs. 1 SGB V ein anderes Arzneimittel gegen Kostenerstattung erhalten als dasjenige,
 - a) für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder
 - b) das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre.

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

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

V. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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

§ 14 Satzungsleistungen der pronova BKK

I. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erbringt die pronova BKK die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege, jedoch auf höchstens acht Wochen begrenzt.

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

II. Haushaltshilfe

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

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

III. Kostenerstattung Osteopathie

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

IV. Hebammenhilfe

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

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

V. Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge

- Die pronova BKK zahlt ihren schwangeren Versicherten mit positiver Familienanamnese oder besonderes begründeter Indikation nach entsprechender ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt einen Zuschuss zu folgenden vorgeburtlichen nichtinvasiven Ergänzungsuntersuchungen für die weiterführende vorgeburtliche Diagnostik und zum Ausschluss gesundheitlicher Risiken:
 - zusätzliche Ultraschalluntersuchungen wie 3D oder Farbdoppler-Ultraschall,
 - Streptokokkentest,
 - Toxoplasmose-Screening,
 - Triple-Test,
 - Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken,
 - Zytomegalie-Test und
 - Ersttrimester-Screening,

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

- Der auf einen Betrag von insgesamt 75,00 EUR pro Schwangerschaft begrenzte Zuschuss ist der Versicherten nach Vorlage der Originalrechnung/en der gynäkologischen Arztpraxis bzw. des Labors zu gewähren.
- Der gesetzliche Anspruch gemäß § 24 d SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) bleibt unberührt.

VI. Partnerkurs Geburtsvorbereitung für werdende Väter

Versicherte der pronova BKK haben im Rahmen von § 11 Absatz 6 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss zu den Kosten, die ihnen als werdender Vater dadurch entstehen, dass sie gemeinsam mit der Schwangeren an einem Geburtsvorbereitungskurs teilnehmen. Der Kurs muss von einer gemäß § 134a Absatz 2 SGB V zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Hebamme durchgeführt werden. Der Zuschuss beträgt 50 Prozent des Rechnungsbetrages, maximal 100,00 EUR je Schwangerschaft.

VII. Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen

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

VIII. Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel

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

IX. Sportmedizinische Untersuchung

1. Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken im Einzelfall 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. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragspartnern oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.
2. Die pronova BKK erstattet 50 Prozent des Rechnungsbetrages jedoch nicht mehr als 150,00 EUR pro Untersuchung und Beratung. Zur Erstattung sind spezifizierte Originalrechnungen sowie ärztliche Bescheinigungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist nicht möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, nicht mindestens zwei Jahre vergangen sind.

X. Zweitmeinungsverfahren nach § 27b Abs. 6 Satz 1 SGB V

1. Die pronova BKK gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage von § 27b Abs. 6 SGB V zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten und/oder stationären Eingriffen sowie geplanten ärztlichen Behandlungen. Berechtigt zur Erbringung einer Zweitmeinung sind Ärzte gemäß § 27b Abs. 3 SGB V.
2. Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch Ärzte, mit denen die pronova BKK eine Vereinbarung nach Unterabsatz 4 getroffen hat, prüfen lassen, ob der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von diesem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.

3. Der Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung besteht ausschließlich auf Diagnosen folgender orthopädischer Erkrankungen nach Klassifikation ICD-10-GM-2016:

M05 - M14 (Entzündliche Polyarthropathien),
M15 - M19 (Arthrose),
M20 - M25 (sonstige Gelenkkrankheiten),
M40 - M43 (Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens),
M45 - M49 (Spondylopathien),
M50 - M54 (sonstige Gelenkkrankheiten der Wirbelsäule und des Rückens),
M65 - M68 (Krankheiten der Synovialis und der Sehnen),
M70 - M79 (sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes),
M80 - M85 (Veränderungen der Knochendichte und – struktur),
M91 - M94 (Chondropathien).

Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

Alle Versicherten können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der pronova BKK krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

4. Die pronova BKK trifft zur Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen mit nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Erbringer der Zweitmeinung über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind

- a) eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff bzw. der Behandlung maßgeblich ist,
- b) Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff bzw. Behandlung.

Die pronova BKK führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der Krankenkasse veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die pronova BKK den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

5. Im Rahmen der vorgenannten Vereinbarungen verpflichtet die pronova BKK ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 StGB), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

6. Die Kosten der Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die pronova BKK in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der pronova BKK abgerechnet.
7. Die Unterabschnitte 1 bis 6 gelten bis zur Bekanntmachung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 27b Abs. 2 SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V.

XI. Flash Glukose Messsystem

Die pronova BKK gewährt ihren Versicherten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus die vollständige Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash Glukose Messsystem, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Die Versicherten führen eine intensivierete konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie durch.
- b) Die Notwendigkeit ist von einem zugelassenen Facharzt oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Facharzt bestätigt. Zugelassene bzw. berechnigte Fachärzte in diesem Sinne sind:
 - Fachärzte für innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung "Diabetologie" oder "Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG)" bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung "Kinder-Endokrinologie und -diabetologie".
- c) Ein individuelles Therapieziel ist festgelegt und der Behandlungsverlauf wird fortlaufend dokumentiert.
- d) Die Versicherten sind in der sicheren Anwendung des Flash Glukose Messsystems geschult.
- e) Die pronova BKK hat die Versicherten in geeigneter Art und Weise über die Möglichkeiten zum Bezug der Leistung informiert und der Versorgung vor Versorgungsbeginn zugestimmt.
- f) Die Nutzung des Flash Glukose Messsystems ist ohne Zugriff Dritter, insbesondere des Herstellers, auf die personenbezogenen Daten der Versicherten möglich.

Den Versicherten entsteht eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V.

XII: Die BKK übernimmt im Einzelfall die Kosten für ein Hautkrebsscreening, wenn eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (z.B. familiäre Disposition, heller Hauttyp) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Voraussetzung ist, dass die Leistung von einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL) erbracht wird: Eine Erkrankung darf noch nicht vorliegen, aber bereits bestehende Risikofaktoren müssen auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Der Anspruch auf das Hautkrebsscreening beinhaltet die visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute. Der Anspruch besteht nicht, wenn eine vertragliche Leistung (GKV-Regelleistung) zur Verfügung steht oder wenn das Hautkrebsscreening bereits Bestandteil einer mit der BKK vereinbarten Versorgung ist. Erstattet werden die tatsächlichen entstandenen Kosten, jedoch nicht mehr als 25 Euro innerhalb von zwei Jahren. Zur Erstattung sind der BKK die Originalrechnungen vorzulegen.

§ 15 Primärprävention

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

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

- *Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (Multimodales Stressmanagement)*
- *Förderung von Entspannung (Palliativ-regeneratives Stressmanagement)*

Suchtmittelkonsum:

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

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

- III. Die pronova BKK beteiligt sich an den Kosten für Kompaktangebote, sofern sie dem o.g. Handlungsleitfaden entsprechen. Die Aufwendungen hierfür betragen für Versicherte nach Vollendung des 14. Lebensjahres maximal 160 Euro im Kalenderjahr höchstens die gemäß dem aktuell gültigen Leitfaden Prävention erstattungsfähigen Kosten. Für Versicherte ab Vollendung des 6. Lebensjahres und bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, die im Rahmen von Familienprogrammen Leistungen in Anspruch nehmen, beträgt der Zuschuss maximal 110 Euro je Kalenderjahr, höchstens die gemäß dem aktuell gültigen Leitfaden Prävention erstattungsfähigen Kosten.

- IV. Werden Leistungen sowohl nach Absatz II als auch nach Absatz III in einem Kalenderjahr in Anspruch genommen, erstattet die pronova BKK hierfür im Kalenderjahr maximal insgesamt 160 Euro , bei Überschreiten der Belastungsgrenze maximal insgesamt 200 Euro.

§ 16 Zusätzliche Schutzimpfungen

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

§ 17 Geldzuschuss bei medizinischen Vorsorgeleistungen

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

§ 18 Leistungsausschluss

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

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

§ 19 Wahltarif Prämienzahlung

- I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als drei Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der pronova BKK in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied vor Beginn des Zeitraums, für den die Prämienzahlung erfolgen soll, schriftlich erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.
- II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
- Prävention (§§ 20 und 20i SGB V),
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährlich Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
 - Kinder- und Jugenduntersuchungen (§ 26 SGB V, § 14 Abs. VII der Satzung),
 - Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung (§§ 24c bis 24i SGB V).
- Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/12 des im Kalenderjahr an die pronova BKK gezahlten Jahresbeitrages. Das Mitglied erhält für ein leistungsfreies Kalenderjahr der Tarifteilnahme eine Zahlung in Höhe von einem 1/12 der in diesem Jahr gezahlten Beiträge, maximal 600,00 EUR.
- IV. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600,00 EUR nicht überschreiten. Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich zum Ende des 2. Quartals des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr.
- V. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Abs. I nicht wählen.

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

Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Tarif, an dem Wahltarif Selbstbehalt nach § 20 und/oder dem Wahltarif Selbstbehalt für Auszubildende und Studenten ist nicht möglich.

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

§ 20 Wahltarif Selbstbehalt

- I. Mitglieder können für sich abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der pronova BKK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Bei einem Jahreseinkommen von 7.200,00 EUR bis 17.999,00 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 120,00 EUR, bei einem Jahreseinkommen von 18.000,00 EUR bis 29.999,00 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 300,00 EUR, bei einem Jahreseinkommen von 30.000,00 EUR bis 41.999,00 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 580,00 EUR, bei einem Jahreseinkommen ab 42.000,00 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 960,00 EUR.
- II. Auf dem Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
- Prävention (§§ 20 und 20i SGB V),
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährlich Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
 - Kinder- und Jugenduntersuchungen (§ 26 SGB V, § 14 Abs. VII der Satzung),
 - Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Entbindung (§§ 24c bis 24i SGB V).
- III. Werden vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen (mit Ausnahme verordneter Leistungen nach Abs. II) in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung der vertragsärztlichen Leistungen auf die Selbstbeteiligung. In diesem Fall wird für die vertragsärztliche Leistung eine Pauschale von 25,00 EUR für jeden in einem Quartal kontaktierten Arzt berechnet. Werden vertragszahnärztliche Leistungen mit Verordnungsfolgen (mit Ausnahme von Leistungen nach Abs. II) in Anspruch genommen, so wird die zahnärztliche Leistung pauschal auf die Selbstbeteiligung angerechnet. In diesem Fall wird für die vertragszahnärztliche Leistung eine Pauschale von 25,00 EUR für jeden in einem Quartal kontaktierten Zahnarzt berechnet. Werden andere Leistungen (mit Ausnahme von Leistungen nach Abs. II) in Anspruch genommen, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen, z. B. für
- Medikamente
 - Heilmittel
 - Krankengeld
 - Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung
 - stationäre Behandlung.
- IV. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die pronova BKK dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 120,00 EUR jährlich 100,00 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 300,00 EUR jährlich 240,00 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 580,00 EUR jährlich 400,00 EUR, bei einem jährlichen

Selbstbehalt von 960,00 EUR jährlich 600,00 EUR. Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich zum Ende des 2. Quartals des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr.

- V. Die Wahl des Selbstbehaltes wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Abs. I und die Prämienzahlung nach Abs. IV anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht.
- VI. Die Wahl des Wahltarifs muss schriftlich vor Beginn des Zeitraums erfolgen, für den er gelten soll. Die Mindestbindungsfrist für den Wahltarif Selbstbehalt beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der pronova BKK seine Teilnahme an dem Wahltarif Selbstbehalt nach Abs. I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der pronova BKK. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Die Kündigung ist der pronova BKK schriftlich zu erklären. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der pronova BKK nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der pronova BKK.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen nach § 53 Abs. 8 SGB V. Hierzu zählt insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Ein Sonderkündigungsrecht besteht auch dann, wenn nach der Wahl die vollständige Tragung der Beiträge des Mitgliedes durch Dritte übernommen wird. Das Sonderkündigungsrecht kann abweichend von Abs. VI Sätze 2 und 3 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit oder der Übernahme der Beiträge durch Dritte gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats. Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Tarif, an dem Wahltarif Prämienzahlung nach § 19 und/oder dem Wahltarif Selbstbehalt für Auszubildende und Studenten ist nicht möglich.

- VII. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nicht wählen. Eine Wahl des Tarifes ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für dasselbe Kalenderjahr einen Wahltarif Prämienzahlung nach § 20 wählt oder gewählt hat.

§ 21 Wahltarif Selbstbehalt für Auszubildende und Studenten

- I. Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (Auszubildende) und § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V (selbstversicherte Studenten), die das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können eine Selbstbeteiligung wählen (Selbstbehalt im Sinne von § 53 Abs. 1 SGB V). Die jährliche Selbstbeteiligung beträgt 120,00 EUR.
- II. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die pronova BKK dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 120,00 EUR jährlich 100,00 EUR. Die Zahlung der Prämie erfolgt im ersten Jahr der Tarifteilnahme vorab. Danach erfolgt die Zahlung der Prämie jährlich zum Ende des 2. Quartals des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr.
- III. Das Mitglied ist an die Wahl der Selbstbeteiligung für mindestens drei Jahre gebunden. Ändert sich der Status des Mitglieds dergestalt, dass es nicht mehr Auszubildender oder Student ist, kann es eine Selbstbeteiligung gemäß § 21 "Wahltarif Selbstbehalt" wählen. Mit dem Wirksamwerden der Wahl endet die Selbstbeteiligung nach § 21a "Wahltarif Selbstbehalt Auszubildenden und Studenten". Sind die Voraussetzungen für die Wahl einer Selbstbeteiligung gemäß § 21 "Wahltarif Selbstbehalt" nicht erfüllt, bleibt das Mitglied an die Wahl der Selbstbeteiligung nach § 21a "Wahltarif Selbstbehalt Auszubildenden und Studenten" bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gebunden.
- IV. § 20 Abs. II und III sowie V bis VII gelten entsprechend.

§ 22 Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die pronova BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der pronova BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die pronova BKK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben.

§ 23 Wahltarif besondere Versorgung

- I. Die pronova BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme 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.

§ 24 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I. Die pronova BKK führt im Rahmen von § 137 SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
 1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
 2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
 4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
 5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
 6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.

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

§ 25 Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Erstattung ist ausgeschlossen für:

- Arzneimittel, die während stationärer Krankenhausbehandlung verordnet wurden,
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Hierzu zählen insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen und Arzneimittel der so genannten Negativliste (§ 34 Abs. 3 SGB V). Darüber hinaus sind Porto- und Beschaffungskosten von der Kostenerstattung ausgeschlossen.

- V. Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs eine monatliche Prämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 5. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Endet die Teilnahme nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie für den betreffenden Monat anteilig nach den tatsächlichen Kalendertagen berechnet. Wird der Familientarif gewählt, so bestimmen die teilnehmenden Mitglieder in der Teilnahmeerklärung, wer von den teilnehmenden Mitgliedern die Prämie bezahlt. Anstelle der monatlichen Zahlung der Prämie kann die Prämie wahlweise auch für ein halbes Jahr

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 26 Wahltarife Krankengeld

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

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

oder

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

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

Die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mit-glieder können nur den Tarif nach § 26c wählen.

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

Darüber hinaus ist die Teilnahme ausgeschlossen, wenn das Mitglied bei Ein-gang der Teilnahmeerklärung bei der pronova BKK

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

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

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

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

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

§ 26a Wahltarif KG Standard

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 26b Wahltarif KG stationär

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 26c Wahltarif KG Künstler und Publizisten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- I. Versicherte, die sich regelmäßig gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Maßnahmen nachweisen:
1. Der Versicherte hat im Rahmen seiner Anspruchsberechtigung an einer Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teilgenommen.
 2. Der Versicherte hat im Rahmen seiner Anspruchsberechtigung an einer Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen gem. § 25 Abs. 2 SGB V teilgenommen.
 3. Der Versicherte hat die für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vorgesehenen Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 26 Abs. 1 SGB V vollständig in Anspruch genommen.
 4. Die Versicherte hat die in den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Leistungen der Schwangerenvorsorge nach § 24d SGB V vollständig durchführen lassen.
 5. Der Versicherte hat seinen Impfstatus ärztlich überprüfen und die ihm ärztlich empfohlenen Auffrischungsimpfungen vornehmen lassen.
 6. Der Versicherte hat die Untersuchung der Zähne nach § 22 Abs. 1 SGB V oder § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V durchführen lassen.
 7. Der Versicherte hat in einer Zahnarztpraxis eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen.
 8. Der Versicherte nimmt Bewegungsangebote im Sportverein, qualitätsgesichertem Fitnessstudio, Betriebs-/ Sporthochschule außerhalb der Arbeitszeit wahr.
 9. Der Versicherte hat eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch genommen.
 10. Der Versicherte hat ein Sportabzeichen oder Schwimmabzeichen beim Deutschen Sportbund, im Sportverein, einer qualitätsgesicherten Schwimmschule bzw. beim DLRG ab.
 11. Der Versicherte hat an einer Gesundheitsaktion einer Krankenkasse im Setting-Ansatz Lebenswelten zum Beispiel in Kindergärten, Kitas, Schulen oder Kommunen nach § 20a SGB V teilgenommen.

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

- II. Für die Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 bis 5 erhält der Versicherte im Kalenderjahr einmal jeweils 1000 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der Leistung Nr. 6 erhält der Versicherte für jede im Kalenderjahr durchgeführte Untersuchung 1000 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der Leistung Nr. 7 erhält der Versicherte im Kalenderjahr

einmal 4000 Punkte. Für die Inanspruchnahme der Leistung Nr. 8 erhält der im Kalenderjahr einmal 3500 Punkte. Für die Inanspruchnahme der Leistung Nr. 9 erhält der Versicherte im Kalenderjahr einmal 500 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der Leistung Nr. 10 erhält der Versicherte im Kalenderjahr einmal 500 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme einer im Kalenderjahr durchgeführten Maßnahme nach Nr. 11 erhält der Versicherte 500 Bonuspunkte.

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

Der Bonus wird dem Versicherten kalenderjährlich in Form von Bonuspunkten gutgeschrieben. Dabei sammelt jeder Versicherte einzeln. Die Gewährung des Bonus ist unter Vorlage des mit den Teilnahmenachweisen versehenen Bonusheftes bei der BKK zu beantragen.

III. Geldbonus

Versicherte, die durch Erfüllung von mindestens drei Voraussetzungen nach Absatz I mindestens 3000 Bonuspunkte gesammelt haben, erhalten als Geldbonus einen Geldbetrag, bei dem je 500 Bonuspunkte jeweils 5,00 EUR entsprechen. Abweichend hiervon beträgt die Mindestpunktzahl bei Versicherten vor Vollendung des dritten Lebensjahres 2000 Bonuspunkte. Nicht eingelöste Bonuspunkte können für die Dauer von maximal drei aufeinander folgenden Kalenderjahren angespart werden. Bonuspunkte, die nicht angespart werden, verfallen.

IV. Vorsorgebonus

Versicherte, welche die Voraussetzungen auf einen Geldbonus nach Absatz III erfüllen, erhalten als Alternative zum Geldbonus den Bonus als Zuschuss für die Inanspruchnahme der im Katalog der Betriebskrankenkasse genannten Leistungen und Produkte bis zu einem Höchstbetrag von 165 EUR pro Kalenderjahr. In dem Katalog, der als Anlage zur Satzung deren Bestandteil ist, sind die Leistungen und Produkte aufgezählt, für die der Zuschuss gewährt wird.

- V. Die Teilnahme am Bonusprogramm endet mit dem Ende der Versicherung bei der BKK, im Fall der Beendigung durch Kündigung zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigungserklärung. Endet die Teilnahme während des laufenden Teilnahmezeitraums, verfallen die gesammelten Bonuspunkte.

§ 27a Bonus für Neugeborene

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

§ 28 Bonus Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Arbeitgeber erhalten nach § 65 a Abs. 2 SGB V einen Bonus, wenn sie die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweisen und diese nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Dabei orientiert sich die Ausgestaltung der Programme an den Handlungsfeldern des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des § 20b SGB V. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die BGF und den Krankenversicherungsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag eines Monats nicht überschreiten. Die pronova BKK kann dazu mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen projektgebundenen Bonusvertrag abschließen.

Der Bonusvertrag hat folgenden Inhalt:

- a) Festlegung von Gesundheitszielen oder Teilzielen
 - b) Festlegung einer prozentualen Mindestquote der Beteiligung bei der pronova BKK versicherten Mitgliedern
 - c) Aufbau einer Struktur für betriebliche Prävention, z.B. Arbeitskreis Gesundheit, Gesundheitszirkel und Gesundheitsberichte
 - d) Bereitstellung von eigenen personellen und finanziellen Ressourcen durch den Arbeitgeber und ggf. der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
 - e) Evaluation der durchgeführten Maßnahme
- II. Der Bonusvertrag regelt die Details zu Absatz 1 Buchstabe a bis e sowie Voraussetzungen für die Erlangung des Arbeitgeberbonus. Bei der Höhe des Arbeitgeberbonus sind die Zahl der bei der pronova BKK versicherten Teilnehmer, die Interventionstiefe und die Dauer der durchgeführten Maßnahme nach folgenden abgestuften Kriterien zu berücksichtigen:

Stufe I: Sensibilisierungsmaßnahmen (z.B. Vorträge, Gesundheitstage),

Stufe II: Verhaltensorientierte Maßnahmen (z. B. Seminare, Workshops, Kurse; § 20 Absatz 5 SGB V),

Stufe III: Multimodale, ganzheitliche Maßnahmen (z. B. langfristige Maßnahmen und Maßnahmen für besondere Zielgruppen wie Arbeitsplatzprogramme, Seminare mit Führungskräften).

- III. Versicherte der pronova BKK erhalten bei Teilnahme an einer Maßnahme, welche die inhaltlichen Voraussetzungen einer der Stufen I bis III erfüllt, einen Bonus in Höhe von 500 Punkten, bei Teilnahme an mehreren Maßnahmen maximal pro Jahr 1500 Punkte analog des Bonusprogrammes für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten nach § 27. Eine Teilnahme von mindestens 80% an der jeweiligen Maßnahme muss nachgewiesen werden. 100 Punkte haben einen Wert von 1,00 Euro. Auf Wunsch des Versicherten werden die Bonuspunkte im Rahmen seiner Teilnahme an einem Bonusprogramm der pronova BKK nach § 27 anerkannt.

§ 28a Persönliche elektronische Gesundheitsakte

- I. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die pronova BKK 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 pronova BKK für die Versicherten tätig wird.
- III. Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Abs. II Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die pronova BKK.
- IV. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 29 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

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

§ 30 Kooperation mit der PKV

Die pronova BKK vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 31 Aufsicht

Die Aufsicht über die pronova BKK führt das Bundesversicherungsamt.

§ 32 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 33 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der pronova BKK erfolgen auf den Internetseiten der pronova BKK unter www.pronovabkk.de sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift.

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

§ 34 Veröffentlichung des Jahresergebnisses

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

- II. Die Angaben werden zudem nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der pronova BKK veröffentlicht, liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der pronova BKK aus und werden den Versicherten auf Anforderungen zugesandt.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Die Satzung wurde vom Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse Braun-Gillette am 06.12.2016 und vom Verwaltungsrat der pronova BKK am 13.12.2016 beschlossen.
2. Sie tritt am 01.01.2017

in Kraft.

Ludwigshafen, den 13.12.2016

Karl-Josef Ellrich
Vorsitzender des Verwaltungsrates
der pronova BKK

Dr. Axel Bode
stv. Vorsitzender des
Verwaltungsrates der pronova BKK

Kronberg, den 06.12.2016

Helmut Hauptmann
Vorsitzender des Verwaltungsrates
der Betriebskrankenkasse
Braun-Gillette

Hans Gemmerich
stv. Vorsitzender des Verwaltungs-
rates der Betriebskrankenkasse
Braun-Gillette

Anlage zu § 1 Abs. II der Satzung:

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf folgende Betriebe:

I.

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

II.

BASF SE, 67056 Ludwigshafen

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

Lehrwerk- und Ausbildungsstätten der BASF in:

Haßloch
Limburgerhof
Speyer

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

Offenbach/Queich BASF Wohnen Bauen GmbH,

67063 Ludwigshafen

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

COMPAREX Informationssysteme GmbH, 68006 Mannheim 1

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

BASF Coatings GmbH, 48165 Münster

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

Oldenburg
Würzburg

BASF Business Services GmbH, 67056

Ludwigshafen mit Standorten

in:

Augsburg
Kassel
Lemförde
Minden
Münster
Nienburg
Osnabrück
Schwarzheide

BAST Polyurethanes GmbH, 49440 Lemförde

Betriebe in:
Lemförde
Schwarzheide

Eurochem Agro GmbH, Mannheim *

Flint Group Germany GmbH, 70469 Stuttgart mit Betrieben in Stuttgart und

Willstätt BASF Schwarzheide GmbH, 01986 Schwarzheide

SEWOGES Service- und Wohnungsunternehmen GmbH, 01987

Schwarzheide SGS - Schwarzheider Gastronomie und Service GmbH,

01987 Schwarzheide Kehl GmbH, 01987 Schwarzheide

Richard Schulz Tiefbau GmbH, 01987

Schwarzheide BASF Sozialstiftung, 67056

Ludwigshafen

Gartenwesen Schwarzheide GmbH, 01987 Schwarzheide

Formen- und Musterbau GmbH Schwarzheide, 01987

Schwarzheide DSM Composite Resins Deutschland GmbH,

Bruchsal

Akzo Nobel Wood Coatings GmbH, 50827 Köln

BASF Pigment GmbH, 51063 Köln, Betriebe in Besigheim und

Köln AXARON Bioscience AG, 69120 Heidelberg

Stabila Meßgeräte Gustav Ullrich GmbH & Co. KG, 76855

Annweiler BASF Coatings Services GmbH, 44147 Dortmund

C. H. Boehringer Sohn AG & Co. KG in

Ingelheim/Rhein

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

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

Boehringer Ingelheim Vetmedica Gesellschaft mit beschränkter Haftung,

Ingelheim mit Betriebsstätten in:

Berlin,

Frankfurt/Main

Freiburg/Breisgau

Hamburg

Horstmar

Jena

Karlsfeld

Krefeld

Mainz

Moers

Wermsdorf,

Völklingen

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

Betriebsstätten

in:

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

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

mit Betriebsstätte Biberach an der Riss *

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

Werke in:
Bad
Kreunznach
Bamberg
Homburg
Karlsruhe
Trier

III.

Ford-Werke GmbH in Köln

mit Betriebsstätten
Köln
Berlin
Frankfurt
München
Norderstedt
Saarlouis

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

Visteon Deutschland GmbH

mit Betriebsstätten in
Berlin
Emden
Glauchau
Ingolstadt
Kerpen
München
Böblingen
Wolfsburg

NEAPCO Europe GmbH in
Wülfrath tedrive Steering-
Systems GmbH

DEUTZ Aktiengesellschaft, Köln

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

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

Isselguss GmbH Gießereierzeugnisse, Isselburg

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

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

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

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

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

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

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

IV.

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

V.

Faurencia Innenraum Systeme GmbH; Peine und Wofsborg *
Benecke-Kaliko Aktiengesellschaft; Hannover
Beneform GmbH; Peine
Johnson Controls Peine GmbH; Peine *
Berentzen-Gruppe Aktiengesellschaft, Haselünne *
Wehrtechnische Dienststellen für Waffen und Munition(WTD 91) in
Meppen *
Christian Hansen GmbH; Nienburg
Continental Aktiengesellschaft; Hannover und
Aachen Betriebe / Betriebsteile:
ContiTech Antriebssysteme GmbH
ContiTech Elastomer Beschichtungen
GmbH CT Formpolster GmbH *
ContiTech Vibration Control GmbH *
ContiTech AG *
ContiTech Luftfedersysteme
GmbH ContiTech Schlauch
GmbH
ContiTech Transportbandsysteme GmbH
Conti Versicherungsdienst Versicherungsvermittlungsgesellschaft mbH
* REG Reifen-Entsorgungsgesellschaft mbH
Fitesa Germany GmbH; Peine
dn Metalltechnik GmbH, Nordhorn

BASF Catalysts Germany GmbH; Nienburg *
Georgsmarienhütte GmbH, Georgsmarienhütte
Haendler & Natermann Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Hann. Münden
Hapag-Lloyd AG, Hamburg mit Ausnahme des See-Betriebes
 Betriebe / Betriebsteile:
 - HLCL, Fracht Stuttgart, Stuttgart
 - HLCL, Fracht Frankfurt, Frankfurt am Main
 - HLCL, Fracht Düsseldorf, Düsseldorf
 - HLCL, Fracht München, München
 - HLCL, Fracht Nord, Bremen
 - HLCL, Fracht Nord, Hamburg TUIfly Vermarktungs GmbH, München *
TUIfly GmbH, Hannover, Münster-Osnabrück (FMO), Münster *
Hapag-Lloyd Kreuzfahrten GmbH, Hamburg
Industriepark Nienburg GmbH;
Nienburg TUI Insurance Services
GmbH, Hamburg * Flexsys Verkauf
GmbH; Nienburg *
Lloyd Investitions- und Verwaltungs GmbH,
Bremerhaven * L & R Festmacher GmbH, Hamburg *
M + R Container Reparatur GmbH,
Bremen Chr. Hansen GmbH *
german Dry Docks GmbH & Co. KG, Bremerhaven *
Solvay Chemicals GmbH; Heilbronn *
Solvay Infra Bad Hönningen GmbH; Nienburg *
Schümer Textil GmbH
Feralco Deutschland GmbH
HHLA Container Terminals Gesellschaft mit beschränkter Haftung,
Hamburg *
UNIKAI Hafenbetrieb Lüneburg GmbH, Lüneburg
Vergölst GmbH; Bad Nauheim
Haupt Pharma Wülfing GmbH, Gronau (Leine)*
Land Niedersachsen

VI.

Vaillant Deutschland GmbH & Co. KG in 42859

Remscheid Werke:

in 42859 Remscheid

in 50126 Bergheim

in 45891 Gelsenkirchen

in 93426 Roding

Vaillant Vertriebszentren/-büros Deutschland (Vaillant

Kundenforen): Kundenforum Berlin, 13053 Berlin

Kundenforum Bielefeld, 33609 Bielefeld

Kundenforum Bremen, 28217 Bremen

Kundenforum Dortmund, 44149 Dortmund

Kundenforum Düsseldorf, 40472 Düsseldorf

Kundenforum Dresden, 01723 Kesselsdorf

Kundenforum Erfurt, 99084 Erfurt

Kundenforum Frankfurt, 60314 Frankfurt

Kundenforum Freiburg, 79108 Freiburg

Kundenforum Hamburg, 20097 Hamburg

Kundenforum Hannover, 30163 Hannover

Kundenforum Kassel, 34123 Kassel

Kundenforum Köln, 50226 Frechen

Kundenforum Leipzig, 04827 Gerichshain

Kundenforum Magdeburg, 39126 Magdeburg

Kundenforum Mannheim, 68307 Mannheim-Sandhofen

Kundenforum München, 81825 München Kundenforum Nürnberg,

90441 Nürnberg Kundenforum Ravensburg, 88250 Weingarten

Kundenforum Rostock, 18059 Rostock

Kundenforum Stuttgart, 70771 Leinfelden-Echterdingen

Kundenforum Wuppertal, 42389 Wuppertal

Vaillant GmbH, 42859 Remscheid

Joh. Vaillant GmbH & Co. KG, 42781 Haan

TechnoCargo Logistik GmbH, 40721 Hilden

Vaicon Vaillant Consulting GmbH, 42859 Remscheid

OZ Druck Köln KVD Verwaltungs-GmbH, 51149 Köln

Heinen Verlag GmbH, 50667 Köln

VARTA AG, Hannover

1. Zentralverwaltung VARTA Gerätebatterie GmbH Werke

a) Ellwangen

b) Dischingen

2. Niederlassungen und Verkaufsbüros

a) Kiel

b) Hamburg

c) Bremen

d) Berlin

e) Hannover

f) Bielefeld

g) Essen

h) Dortmund

i) Düsseldorf

j) Aachen

k) Köln

l) Frankfurt

m) Kassel

n) Saarbrücken

o) Mannheim

p) Stuttgart

q) Freiburg

r) Nürnberg

s) München

t) Augsburg

VARTA Microbattery GmbH,

Ellwangen Werk

Ellwangen

VARTA Consumer Batteries GmbH & Co. KGaA, Ellwangen

Johnson Controls VARTA Autobatterie GmbH

1. Werk Hannover

2. Niederlassungen und Verkaufsbüros

a) Kiel

b) Hamburg

c) Bremen

d) Berlin

e) Hannover

f) Bielefeld

g) Essen

h) Dortmund

i) Düsseldorf

j) Aachen

k) Köln

l) Frankfurt

m) Kassel

n) Saarbrücken

o) Mannheim

p) Stuttgart

q) Freiburg

r) Nürnberg

s) München

t) Augsburg

Johnson Controls Recycling GmbH, Hannover

1. Werk Krautscheid

Johnson Controls Autobatterie GmbH & Co. KGaA

Johnson Controls Hybrid and Recycling GmbH,
Hannover

1. Werk Buchholz

Johnson Controls Plastics GmbH, Hannover

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

Johnson Controls Tolling AG & Co. KG, Hannover

VARTA-Führer GmbH, Ostfildern/Kemnat

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

Taunus Treuhandgesellschaft, Bad Homburg

HAWKER GmbH

1. Werke

a) Hagen

b) Taubenheim

GKN Sinter Metals GmbH & Co. KG, Radevormwald

GKN Sinter Metals Krebsöge Filters GmbH, Radevormwald

VII.

Braun GmbH, Kronberg/Ts. mit den Betriebsstätten in

a) Kronberg/Ts.

b) Marktheidenfeld

c) Walldürn

Gillette Gruppe Deutschland GmbH & Co. OHG (GGD), Kronberg/Ts. mit Betriebsstätten
in allen Bundesländern

DBV-Winterthur Lebensversicherung AG, Wiesbaden mit der Direktion in München und
den Servicezentren, Vertriebs-, Gebiets- und Filialdirektionen im Bundesgebiet.

*Die Prüfung der Zugehörigkeit der mit * gekennzeichneten Betriebe ist noch nicht abgeschlossen.

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

Entschädigungsregelung für Mitglieder des Verwaltungsrates und für Versichertenälteste

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

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

1. Erstattung der Barauslagen Tage-/Übernachtungsgeld

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

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

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

Fahrkosten

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

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-) klasse,
- c) bei Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer den nach § 5 Abs. 2 BRKG geltenden Satz.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

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

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

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

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

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

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

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

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

III. Entschädigung für Versichertenälteste

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

Anlage zu § 27 Abs. II der Satzung

Katalog der im Rahmen von § 27 Abs. II der Satzung zuschussfähigen Leistungen und Produkte

Versicherungen

Im Bereich der privaten Versicherungen sind folgende Versicherungsarten zuschussfähig:

- Private Altersvorsorge,
- Private Berufsunfähigkeitsversicherung,
- Private Krankenzusatzversicherung ambulant und stationär,
- Private Pflegezusatzversicherung,
- Private Unfallversicherung,
- Private Zahnzusatzversicherung

Leistungen

- Fitness-Tracker

Der Zuschuss wird für die aufgelisteten Versicherungen und Leistungen gewährt. Er wird nur für neu abgeschlossene Verträge und nur für die Dauer von fünf Jahren gewährt.

Der Zuschuss ist beschränkt auf die laufenden Kosten, die dem Versicherten in dem jeweiligen Jahr entstanden sind, in welchem die Bonusvoraussetzungen nach § 27 Abs. III und IV erfüllt werden.

Anlage zu § 29 der Satzung der pronova BKK

§ 1 Anwendbare Vorschriften

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

§ 2 Organe, Zusammensetzung

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

§ 3 Widerspruchsausschuss

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

§ 4 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

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

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

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

60 v. H. (allgemeiner Erstattungssatz)

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

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

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

100 v. H.

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

sowie

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

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Umlagesätze

- I. Der Umlagesatz für das Umlageverfahren U1 beträgt
1,8 v. H. für den ermäßigten Erstattungssatz nach § 5 Abs. III
2,4 v. H. für den allgemeinen Erstattungssatz nach § 5
- II. Der Umlagesatz für das Umlageverfahren U2 beträgt 0,32 v. H.

§ 9 Betriebsmittel

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

§ 10 Haushaltsplan

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

§ 11 Jahresrechnung

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