

pronova BKK

Satzung der

pronova BKK

Körperschaft des öffentlichen Rechts

in der Fassung des Satzungsnachtrages 4 gültig ab 01.01.2012

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 9 Stundung und Erhebung von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträgen
- § 10 Kassenindividueller Zusatzbeitrag
- § 11 Übertragung des Ausgleichsverfahrens gemäß §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG
- § 12 Fälligkeit der Beiträge
- § 13 Erhebung von Mahngebühren
- § 14 Höhe der Rücklage
- § 15 Leistungen
- § 16 Primärprävention
- § 17 Schutzimpfungen
- § 18 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 19 Leistungsausschluss
- § 20 Modellvorhaben strukturierte Behandlungsprogramme
- § 21 Wahltarif Selbstbehalt
- § 22 Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 23 Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 24 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 25 Wahltarif integrierte Versorgung
- § 26 Wahltarif Krankengeld
- § 27 Bonus für Versicherte, die an Leistungen der Früherkennung von Krankheiten und der Primärprävention teilnehmen
- § 28 Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

pronova BKK

- § 29 Kooperation mit der PKV
- § 30 Aufsicht
- § 31 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 32 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Anlagen zur Satzung zu

§ 1

§ 2

§ 27

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

pronova BKK.

Sie ist aus der Vereinigung der pronova BKK mit der BKK DER PARTNER hervorgegangen.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Ludwigshafen am Rhein.

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

§ 2 Verwaltungsrat

- I.
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung. Abweichend hiervon und von § 49 Abs. 1 Satz 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 Absatz 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 01.01.2011.

- 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 Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die

pronova BKK

Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
 2. den Haushaltsplan festzustellen,
 3. 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 und den Vorstandsvorsitzenden zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes gemeinsam durch seine Vorsitzenden vertraglich zu regeln,
 5. den Vorstand zu überwachen,
 6. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse 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.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VII. Die 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.
- VIII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- IX. 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.

pronova BKK

- X. 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.

§ 3 Vorstand

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

Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig. Jedes Vorstandsmitglied ist berechtigt, die BKK alleine zu vertreten.

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 Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuführen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
- V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstandsvorsitzende.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Ludwigshafen.
- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus acht Vertretern der Versicherten der Betriebskrankenkasse 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 Organmitglieder erfüllen.
 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 Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und 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 Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören
 1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- II. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse 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 bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 6. sie bei 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 Betriebskrankenkasse einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Betriebskrankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 spätestens einen Monat vor der erstmaligen Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrages und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.
- 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. Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 21 oder § 26 gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen der §§ 21 Abs. VI oder 26 Abs. XVI gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 9 Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

- I. Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Abs. 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
 1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in den Absätzen II und III genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Abs. 4a SGB V zu zahlen ist,
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- II. Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet.
- III. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

- I. Wird ein Zusatzbeitrag erhoben, ist dieser vom Mitglied an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Betriebskrankenkasse kann mit dem Arbeitgeber des Mitgliedes vereinbaren, dass der Zusatzbeitrag zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an sie gezahlt wird. Die Zahlungspflicht des Mitgliedes wird durch diese Vereinbarung nicht aufgehoben. Abweichend von Satz 1 erfolgt die Zahlung des Zusatzbeitrags für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 SGB V, deren Arbeitsentgelt 20 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigt, durch den Träger der Einrichtung.
- II. Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern keinen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V.
- III. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 6 Absatz II wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Absatzes II im vollen Umfang erhoben.

§ 11 Übertragung des Ausgleichsverfahrens gemäß §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG).
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die pronova BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 II AAG).
- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens im Sinne des AAG wird dem BKK Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 12 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 mit Ausnahme 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 fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 13 Erhebung von Mahngebühren

Im Rahmen von § 19 Abs. 2 VwVG wird eine pauschale Mahngebühr erhoben. Diese beträgt

- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	200 EUR	0,80 EUR
- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	500 EUR	1,30 EUR
- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	1.000 EUR	2,80 EUR
- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	3.000 EUR	5,30 EUR
- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	5.000 EUR	15,30 EUR
- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	10.000 EUR	25,30 EUR
- bei einem Mahnbetrag von mehr als	10.000 EUR	50,00 EUR

Für Amtshandlungen im Rahmen der Zwangsvollstreckung werden Kosten (Gebühren und Auslagen) nach § 19 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes erhoben.

§ 14 Höhe der Rücklage

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

§ 15 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung einer Krankheit
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

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

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung, wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht, 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.

III. Haushaltshilfe

Die Betriebskrankenkasse gewährt auch dann Haushaltshilfe, wenn dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das vierzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Haushaltshilfe wird für höchstens sechzig Kalendertage gewährt. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte 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 Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.
 6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. für Verwaltungskosten, höchstens 40,00 EUR zu kürzen.
 7. Ist die Inanspruchnahme einer Leistung als Sach- oder Dienstleistung von der vorherigen Genehmigung der Betriebskrankenkasse abhängig, ist diese Genehmigung auch von Versicherten einzuholen, die Kostenerstattung gewählt haben.
- V. 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. IV Nr. 3, 4 und 7 gelten entsprechend. Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H. für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem Mitgliedsstaat der EU oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.
 2. Abweichend von Nr. 1 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse im Inland erlangt werden kann.

VI. 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.

VII. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

Die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse 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.

§ 16 Primärprävention

- I. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse 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:

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

Stressmanagement:

- Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
- Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum:

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

- II. Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H., bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB in Höhe von 90 v. H. der entstandenen Kosten übernommen. Die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse kann durch Verträge mit Fremdanbietern die Erbringung entsprechender Leistungen vereinbaren und die Höhe ihrer Kostenbeteiligung regeln.

§ 17 Schutzimpfungen

- I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V die Kosten folgender weiterer Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten/Krankheitserreger, soweit sie ärztlich empfohlen sind und kein anderer Kostenträger (Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) zuständig ist:
 - FSME auch für Personen, die nicht den Nachweis erbringen, in FSME-Risikogebieten einer besonderen Zecken-Exposition ausgesetzt zu sein,
 - Influenza auch für Personen, bei denen nicht eine besondere Indikation nach den Schutzimpfungsrichtlinien vorliegt,
 - HPV für weibliche Versicherte im Alter von 18 bis 26 Jahren,
 - Tollwut auch für Personen, die wenn sie nicht den Nachweis erbringen, in Regionen mit hoher Tollwutgefährdung einem besonderen Infektionsrisiko ausgesetzt zu sein,
 - Rotaviren,
- II. aufgehoben
- III. Für selbst bezahlte ärztlich empfohlene Schutzimpfungen nach Absatz 1 werden von der Betriebskrankenkasse 100 v. H. der ärztlichen Kosten, höchstens aber der Betrag, den die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, sowie 50 v. H. der Kosten des Impferums erstattet.

§ 18 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung ambulanter Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse einen Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe, sofern die Maßnahme mindestens 14 Tage dauert. Der Zuschuss beträgt für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres kalendertäglich 13,00 EUR, für chronisch kranke Kleinkinder 21,00 EUR kalendertäglich. Allen anderen Versicherten wird ein Pauschalbetrag in Höhe von 100,00 EUR gewährt.

§ 19 Leistungsausschluss

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

§ 20 Modellvorhaben strukturierte Behandlungsprogramme

Die Betriebskrankenkasse führt bundesweit folgendes Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen durch:

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ II in Hessen (Zeitraum der Zulassung 11.06.2003 bis 31.12.2010).

Inhalt und Ausgestaltung der Modellvorhaben ergeben sich aus den strukturierten Behandlungsprogrammen in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

Das Modellvorhaben begann bei der pronova BKK und der BKK DER PARTNER, die auf Grund der Vereinigung am 30.06.2010 geschlossen wurden, mit dem Beginn des Zulassungszeitraums. Es endet mit Ablauf des Zulassungszeitraums.

§ 21 Wahltarif Selbstbehalt

- I. Mitglieder können für sich und ihre familienversicherten Angehörigen abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Bei einem Jahreseinkommen von 7.200 EUR bis 19.999 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 120 EUR, bei einem Jahreseinkommen von 20.000 EUR bis 29.999 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 240 EUR, bei einem Jahreseinkommen von 30.000 EUR bis 39.999 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 360 EUR, bei einem Jahreseinkommen ab 40.000 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 800 EUR.

- II. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
- Prävention (§§ 20 und 20d SGB V),
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, 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),
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V),
 - Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien.

Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

- III. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen.
- IV. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 120 EUR jährlich 80 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 240 EUR jährlich 140 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 360 EUR jährlich 200 EUR und bei einem jährlichen Selbstbehalt von 800 EUR jährlich 500 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 Quartals. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz I und die Prämienzahlung nach Absatz IV anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht. Die Mindestbindungsfrist für die Wahl des Selbstbehaltes beträgt 3 Jahre. Eine Kündigung ist frühestens 6 Wochen vor Ablauf der Bindungsfrist möglich. Danach beträgt die Kündigungsfrist 6 Wochen zum Quartalsende. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären. In besonderen Härtefällen wird ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 53 Abs. 8 SGB V eingeräumt. Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, besteht ein Sonderkündigungsrecht für den Wahltarif. In diesem Fall kann der Wahltarif innerhalb eines Monats nach Eintritt des Tatbestandes, der zur vollständigen Übernahme der Beiträge durch Dritte geführt hat, gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.
- VI. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann eine Kündigung der Mitgliedschaft vorbehaltlich Abs. V Satz 7 und 8 frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist erfolgen.

- VII. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 versicherten Angehörigen dürfen bei Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei Inanspruchnahme von mehreren Wahlтарifen 30 v. H. der vom Mitglied getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR bei einem und 900 EUR bei mehreren Wahlтарifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 SGB V nicht überschreiten.

§ 22 Wahlтарif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Versicherte können sich freiwillig für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V entscheiden. Die BKK führt ein Verzeichnis über die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung. Dieses Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer sowie den Ort der Durchführung der Versorgung. Versicherte haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die BKK stellt ihnen auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung ist ausgeschlossen. Entsprechendes gilt für die gleichzeitige Teilnahme an einem Versorgungsvertrag nach § 140a ff SGB V, der einen der hausarztzentrierten Versorgung vergleichbaren Versorgungsumfang umfasst.

Versicherte,

- die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung,
- einen Wahlтарif nach § 53 Abs. 1 SGB V
- oder nach § 53 Abs. 2 SGB V

gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

- II. Die Teilnehmer verpflichten sich durch schriftliche Teilnahmeerklärung gegenüber der BKK. Die Teilnahme wird von der BKK gegenüber dem Versicherten schriftlich bestätigt. Die Teilnahme beginnt mit Wirkung für das auf das Datum der Abgabe der Teilnahmeerklärung folgende Abrechnungsquartal, wenn die Teilnahmeerklärung bis spätestens am 10. Kalendertag des 2. Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der BKK bzw. bei der von der BKK beauftragten Stelle eingegangen ist, frühestens jedoch mit dem Tage, der im Bestätigungsschreiben der BKK genannt ist.

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung kann innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Eingang des Bestätigungsschreibens der BKK über die Teilnahme vom Versicherten widerrufen werden.

- III. Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, verpflichten sich schriftlich gegenüber der BKK, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach § 73b Abs. 4 SGB V gewählten Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die direkte Inanspruchnahme des Kinderarztes bleibt unberührt. Nicht notfallbedingte Krankenhauseinweisungen erfolgen in Abstimmung mit dem gewählten Hausarzt. Der gewählte Hausarzt ist in der Teilnahmeerklärung anzugeben und hat die Wahlentscheidung des Versicherten zu bestätigen.

- IV. Die Versicherten sind an die Verpflichtungen nach Absatz III und an die Wahl ihres Hausarztes mindestens 12 Monate (Teilnahmejahr) gebunden. Der gewählte Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden.

Die Teilnahme kann mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Teilnahmejahres schriftlich gegenüber der BKK gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate.

- V. Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten nach Absatz III, wird der Versicherte aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen. Ferner werden bei unzulässiger Inanspruchnahme von Facharztleistungen Vergünstigungen im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung widerrufen und für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgefordert; bei pflichtwidrigem Verhalten wird Ersatz der Mehrkosten verlangt, die durch die unzulässige direkte Inanspruchnahme von Fachärzten entstanden sind. Dies gilt auch, wenn ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung werden dem Versicherten auferlegt.

§ 23 Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgungszentren eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Träger von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.
- III. Der Versicherte ist an die Verpflichtung zur Teilnahme nach Absatz II ein Jahr gebunden, er soll bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Absatz I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens 6 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

§ 24 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I. Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137 SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
 1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
 2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
 4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
 5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
 6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

§ 25 Wahltarif integrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 26 Wahltarif Krankengeld

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist. Mitglieder ab Vollendung des 65. Lebensjahres können einen Tarif nur wählen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Laufzeit des Tarifs mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren.
- II. Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitations- (§ 40 Abs. 2 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen.

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z. B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

III. Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des sechsten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
2. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
3. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

(Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Für Arbeitsunfähigkeiten, die zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XIV festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld; in diesem Falle kann die Wahl rückgängig gemacht werden. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

IV. Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb von drei Werktagen nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

V. Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend.

VI. Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen Dritter (z. B. berufsständische Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,

- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XV oder XVI,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

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

VII. Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Versicherten

1. bei einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich bis zu 1.200 EUR 25 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit,
2. bei einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich bis zu 2.400 EUR 50 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit,
3. bei einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich mehr als 2.400 EUR 75 EUR pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit.

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz XVIII.

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

IX. Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. § 45 Abs. 8 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

X. Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 52 Wochen innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen

Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

- XI. Abweichend von Absatz X besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.
- XII. Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens zwei Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
- XIII. Die §§ 16 Abs. 1 - 3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesem Tarif angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.
- XIV. Frühest möglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt – vorbehaltlich der Regelung des § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V - mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann zum 1. eines Monats gewählt werden. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Für Mitglieder, die bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben, beginnt der Tarif am 01. August 2009, wenn die Wahl des Tarifs bis zum 31. März 2010 erfolgt ist, der Antrag gilt in diesem Fall ans bis zum 30. September 2009 gestellt.

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

- XV. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XVI frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- XVI. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den

Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

- XVII. Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, jedoch nicht innerhalb des ersten Jahres der Laufzeit, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht.

Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist – vorbehaltlich Absatz XVIII – höchstens einmal pro Zeitjahr der Mindestbindungsfrist möglich. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende Tarifgruppe eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III von 6 Kalendermonaten. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz XVIII werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.

- XVIII. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz VIII die in Absatz VII genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt.

- XIX. Die Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V mit einem Anspruch auf Krankengeld in Höhe von 25,00 EUR/Tag 31,75 EUR/Monat, mit einem Anspruch auf Krankengeld in Höhe von 50,00 EUR/Tag 63,50 EUR/Monat und mit einem Anspruch auf Krankengeld in Höhe von 75,00 EUR/Monat 95,25 EUR/Monat;
2. bei Mitgliedern nach § 46 Abs. 2 SGB V mit einem Anspruch auf Krankengeld in Höhe von 25,00 EUR/Tag 22,00 EUR/Monat, mit einem Anspruch auf Krankengeld in Höhe von 50,00 EUR/Tag 44,00 EUR/Monat und mit einem Anspruch auf Krankengeld in Höhe von 75,00 EUR/Tag 66,00 EUR/Monat.

- XX. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen XVII oder XVIII ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.

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

- XXI. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 05. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
- XXII. Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung im Rahmen des § 19 Abs. 2 VwVG Mahngebühren erhoben. Die Höhe der Mahngebühr richtet sich nach § 13 der Satzung.
- XXIII. Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 27 Bonus für Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten

- I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie für folgende Maßnahmen, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, innerhalb eines Kalenderjahres Bonuspunkte aus den Nummern 1 bis 15 nachweisen:
 - 1. Das bei der pronova BKK versicherte Kind hat die im jeweiligen Jahr nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen (U1 – J1) vollständig in Anspruch genommen.
 - 2. Der Versicherte hat im Rahmen seiner Anspruchsberechtigung an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 2 SGB V teilgenommen.
 - 3. Der Versicherte hat im Rahmen seiner Anspruchsberechtigung an der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 1 SGB V teilgenommen.
 - 4. Die Versicherte hat die von der BKK nach § 196 RVO gewährten Vorsorgemaßnahmen für Schwangere vollständig in Anspruch genommen.
 - 5. Der Versicherte hat die von der BKK nach § 55 Abs. 1 SGB V gewährte, regelmäßige Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen der Zähne in Anspruch genommen.
 - 6. Der Versicherte hat seinen Impfstatus ärztlich überprüfen und die ihm ärztlich empfohlenen Auffrischungsimpfungen vornehmen lassen.
 - 7. Der Versicherte hat in einer Zahnarztpraxis eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen.
 - 8. Der Versicherte treibt regelmäßig aktiv Sport in einem eingetragenen Verein, einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder einer Betriebs-/Hochschul-Sportgruppe.
 - 9. Der Versicherte hat aktiv an einer Aktion der pronova BKK zur Gesundheitsförderung teilgenommen.
 - 10. Der Versicherte hat einen Vital-Check durchführen lassen (2 Maßnahmen von 3 müssen erbracht werden: Blutdruck-/Blutzucker-/Cholesterinmessung).
 - 11. Der Versicherte hat einen Sehtest durchführen lassen.
 - 12. Der Versicherte hat im Rahmen einer Blut- oder Blutplasmaspende eine Blutuntersuchung zur Früherkennung von Infektionskrankheiten nach § 5 Abs. 3 TFG durchführen lassen.
 - 13. Der Versicherte hat an einer qualitätsgesicherten Maßnahme zur Primärprävention gemäß § 20 Abs. 1 SGB V teilgenommen; bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres steht dem die Teilnahme an einer anderen, von

pronova BKK

der pronova BKK als für die Kindergesundheit förderlich befundenen Maßnahme gleich.

14. Der Versicherte erbringt sportliche Leistungen und erringt eine Urkunde bei den Bundesjugendspielen oder vergleichbaren sportartübergreifenden Veranstaltung an den Schulen.
 15. Der Versicherte hat das Deutsche Sportabzeichen oder ein vergleichbares anerkanntes Sportabzeichen abgelegt.
- II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im Bonusheft der pronova BKK quittiert.
- III. Für die Inanspruchnahme der Leistungen Nr. 1 bis 4 erhält der Versicherte kalenderjährlich einmal jeweils 750 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der Leistung Nr. 5 erhält der Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres kalenderjährlich bis zu zweimal 750 Bonuspunkte, nach Vollendung des 18. Lebensjahres kalenderjährlich einmal 750 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der Leistungen Nr. 6 bis 8 erhält der Versicherte kalenderjährlich einmal jeweils 500 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der Leistung Nr. 9 erhält der Versicherte kalenderjährlich bis zu dreimal 500 Bonuspunkte. Für die Inanspruchnahme der Leistungen Nr. 10 bis 15 erhält der Versicherte kalenderjährlich einmal jeweils 250 Bonuspunkte.

Bei ununterbrochenem Nachweis der Bonusprogramm-Teilnahme ab 2011 bei der Betriebskrankenkasse und dauerhafter präventiver Aktivität, wird der Jahresbonus ab dem zweiten Jahr um 250 Punkte erhöht. Entscheidet sich ein Versicherter erstmalig, an dem Bonusprogramm der pronova BKK, das ab 01.01.2011 gilt, teilzunehmen, um seine präventiven Aktivitäten zu dokumentieren, erhält er einmalig 250 Punkte.

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

- IV. Der Bonus wird dem Versicherten kalenderjährlich in Form von Bonuspunkten für eine Prämie gutgeschrieben. Dabei sammelt jeder Versicherte einzeln. Der Versicherte wählt aus einem nach Bonuspunkten gestaffelten Katalog eine Sach- oder Geldprämie aus. Die zur Erreichung einer Prämie erforderliche Mindestpunktzahl beträgt 3000 Punkte.

Nicht eingelöste Punkte können auf das Folgejahr übertragen werden. Punkte können maximal aus 3 Jahren angespart werden. Punkte, die am Ende des zweiten Jahres, das dem Jahre folgt, in welchem sie erworben wurden, nicht eingelöst worden sind, verfallen.

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

Satzungsnachtrag Nr. 1 vom 14.07.2010 zu § 27, in Kraft ab 20.07.2010
Satzungsnachtrag Nr. 2 vom 07.12.2010 zu § 27, in Kraft ab 01.01.2011
Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 20.12.2011 zu § 27, in Kraft ab 01.01.2012

§ 28 Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die BGF und den Krankenversicherungsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag eines Monats nicht überschreiten. Die BKK kann dazu mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis folgender Bedingungen knüpft. Die Höhe der Boni wird im Bonusvertrag geregelt.

- II. Ein Bonus der Stufe 1 wird nach den näheren Bestimmungen im Bonusvertrag bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber die Punkte 1 bis 3 sowie mindestens 3 weitere Punkte nachweist bzw. durchführt:
 1. Das Unternehmen stellt eigens finanzielle und/oder personelle Ressourcen für die BGF-Maßnahmen zur Verfügung.
 2. Es existiert eine Betriebsvereinbarung BGF.
 3. Das Unternehmen erstellt mindestens alle zwei Jahr einen betrieblichen Gesundheitsbericht unter Beteiligung der BKK.
 4. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes, der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen des Unternehmens.
 5. Das Unternehmen hat sich öffentlich zu den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration zur BGF bekannt.
 6. Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden (mindestens 2 der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
 - a) Gesundheitszirkel
 - b) Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess
 - c) Mitarbeitergespräche/Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche
 - d) Betriebliches Vorschlagswesen.
 7. Das Unternehmen bietet BGF-Maßnahmen an, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu Gute kommen. Darunter fallen insbesondere:
 - a) Wirksame Nichtraucherchutzregelung
 - b) Angebot kostenloser Gesundheitssportangebote im Rahmen des Betriebsports
 - c) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
 - d) Angebot zur betrieblichen Suchtvorbeugung.

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

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

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

§ 29 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 30 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt.

§ 31 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 32 Bekanntmachungen

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

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

pronova BKK

Artikel II

Inkrafttreten

1. Die Satzung wurde vom Verwaltungsrat der BKK DER PARTNER in dessen Sitzung am 15.04.2010 und vom Verwaltungsrat der pronova BKK in dessen Sitzung am 22.04.2010 beschlossen

2. Sie tritt am 01.07.2010 in Kraft.

Leverkusen, den 22.04.2010

gez. Hans-Walter Scheurer

Vorsitzender des Verwaltungsrates
der pronova BKK

gez. Karl-Josef Ellrich

stv. Vorsitzender des Verwaltungsrates
der pronova BKK

Hannover, den 15.04.2010

gez. Bärbel Bruns

Vorsitzender des Verwaltungsrates
der BKK DER PARTNER

gez. Dr. Klaus Lang

stv. Vorsitzender des Verwaltungsrates
der BKK DER PARTNER

pronova BKK

Anlage zu § 1 der Satzung:

I.

Bayer AG
Bayer-Kaufhaus GmbH
Bayer Handelsgesellschaft mbH
Bayer-Wohnungen GmbH
KRONOS International, Inc.
KRONOS TITAN-GmbH
Agfa-Gevaert AG
Bayer Anhydrit-Verkaufsgesellschaft mbH
Bayropharm GmbH
Bayer Medica GmbH
Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG
Eingliederungswerkstatt e.V. Krefeld-Uerdingen
Sporthotel Falkau
Messer Griesheim GmbH in Krefeld
Desowag-Materialschutz GmbH, Krefeld-Uerdingen
Wolf Walsrode AG
KVP Pharma und Veterinärprodukte GmbH
Bayer Faser GmbH
Dystar Textilfarben GmbH & Co. Deutschland KG mit den Betrieben
Leverkusen und Brunsbüttel
GE-Bayer Silicons GmbH & CO. KG

II.

BASF Aktiengesellschaft, 67056 Ludwigshafen

- Betriebe in
Ludwigshafen
Mannheim
- Gutsverwaltungen der BASF Aktiengesellschaft in
Limburgerhof / Rehhütte
- Vertriebsstandorte der BASF Aktiengesellschaft in
Bayreuth
Berlin
Dresden
Frankfurt
Halle
Hannover
Kiel
Köln
Limburgerhof
Mainz
München
Münster
Stuttgart

pronova BKK

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

LUWOGÉ Wohnungsunternehmen 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
Lautzen
München
Nürnberg
Radebeul
Stuttgart
Tettnang
Wuppertal
- Ersatzteillogistik Ludwigshafen, Industriestr. 109
- Lager Ludwigshafen, Industriestr. 66
- Schulungszentrum Edingen-Neckarhausen

EMTEC Magnetics GmbH, 67059 Ludwigshafen Betriebe in

Ludwigshafen
München
Willstätt

pronova BKK

BASF Coatings AG, 48165 Münster

- Produktionsstätten sowie die angeschlossenen Verkaufsbüros, Service Center und Auslieferungslager in
Hamburg
Köln
Münster
Würzburg

BASF Computer Services GmbH, 67056 Ludwigshafen

DyStar Textilfarben GmbH & Co. Deutschland KG, Betriebsstätte in 67056 Ludwigshafen, Carl-Bosch-Str. 38

Elastogran GmbH, 49440 Lemförde Betriebe in
Lemförde
Lotte
Ludwigshafen
Olching

Fertiva GmbH, Postfach 120, 67114 Limburger Hof

K + E Druckfarbenvertriebsgesellschaft mbH, 70469 Stuttgart

BASF Schwarzzeide GmbH, 01986 Schwarzzeide

Elastogran Schwarzzeide GmbH, 01987 Schwarzzeide

SEWOGES Service- und Wohnungsunternehmen GmbH, 01987 Schwarzzeide

SGS - Schwarzzeider Gastronomie und Service GmbH, 01987 Schwarzzeide

Alois Lauer Dillingen Montagebau Schwarzzeide GmbH, 01987 Schwarzzeide

Dachbau Schwarzzeide GmbH (ehemals Rihm Schwarzzeide GmbH), 01987 Schwarzzeide

Kehl GmbH Schwarzzeide, 01987 Schwarzzeide

Richard Schulz Tiefbau GmbH Schwarzzeide, 01987 Schwarzzeide

Jubiläumsstiftung der BASF, Carl-Bosch-Str. 38, Z 22, 67056 Ludwigshafen

Gartenwesen Schwarzzeide GmbH, 01987 Schwarzzeide

Formen- und Musterbau GmbH Schwarzzeide, 01987 Schwarzzeide

DSM • BASF Structural Resins Deutschland GmbH, 67056 Ludwigshafen

BASF deco GmbH, 50827 Köln

BASF Drucksysteme GmbH, 70469 Stuttgart, Betriebe in Stuttgart und Willstätt

pronova BKK

BASF Pigment GmbH, 51063 Köln, Betriebe in Besigheim und Köln

BASF-Lynx Bioscience Aktiengesellschaft, 69120 Heidelberg

Stabila Meßgeräte Gustav Ullrich GmbH & Co. KG, 76855 Annweiler

ART Autolack System GmbH, 44147 Dortmund

Firma C. H. Boehringer Sohn in Ingelheim/Rhein

Fa. Boehringer Ingelheim Pharma KG
in Ingelheim am Rhein
in Biberach an der Riss

Fa. Boehringer Ingelheim International GmbH in Ingelheim/Rhein

Fa. Boehringer Ingelheim Vetmedica Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Ingelheim

Fa. Bioscientia Biochemische Dienstleistungs-Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Ingelheim Rhein mit zusätzlichen Betriebsstätten in Berlin, Frankfurt a.Main, Freiburg i. Breisgau, Hamburg, Horstmar (Westfalen), Jena, Karlsfeld, Krefeld, Mainz, Moers, Wermsdorf, Völklingen

SECURA Gesellschaft für Versicherungsvermittlung mit beschränkter Haftung in Ingelheim

BIOCONTROL Institut für chemische und biologische Untersuchungen Ingelheim GmbH in Ingelheim/Rhein

Boehringer Ingelheim GmbH in Ingelheim/Rhein

Symbiomed Institut für Laboruntersuchungen und medizinische Dienstleistungen GmbH in Ingelheim Rhein mit zusätzlich Betriebsstätten in Hamburg, Jena, Karlsfeld, Lüneburg, Osterburg

Boehringer Ingelheim Grundstücks GmbH in Ingelheim/Rhein

Aristogen GmbH Institut für genetische Laboruntersuchungen in Ingelheim/Rhein

Pharmaton Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Biberach an der Riss

Michelin Reifenwerke KGaA Bad Kreuznach in Bad Kreuznach

- Werk Bamberg in Hallstadt
- Werk Karlsruhe
- Dienstleistungsbereiche für Deutschland "EUR" (ohne EUR/L) in Karlsruhe
- Büros "EURO/I/DE" in Homburg

III.

Betriebe der Ford-Werke GmbH in
Köln, Berlin, Frankfurt, München, Norderstedt, Saarlouis

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

Betriebe der Visteon Deutschland GmbH in
Berlin, Emden, Glauchau, Ingolstadt, Kerpen, München, Böblingen, Wolfsburg

tedrive Germany GmbH in Düren

tedrive Steering GmbH in Wülfrath

Betriebe der DEUTZ AG, Köln
einschließlich der Betriebsstätten und Service-Center in Berlin, Duisburg, Erfurt, Hamburg,
Hannover, Herschbach/Mündersbach, Köln, Mannheim, Melle, München, Regensburg,
Übersee, Ulm und Wilhelmshaven

Erz- und Kohleflotation GmbH, Bochum

KHD Casino- u. Catering Service GmbH, Köln

DEUTZ Sicherheit Gesellschaft für Industrieservice mbH, Köln

KHD Guss GmbH, Köln

KHD-Wohnungsbaugesellschaft mbH, Köln

KHD Beteiligungsverwaltung GmbH, Köln

Deutz Versicherungsvermittlung GmbH, Köln

Humboldt Wedag GmbH, Köln

Isselguss GmbH, 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

Indumont GmbH, Bochum einschließlich der Betriebsstätte in Zeitz

pronova BKK

HT Troplast AG, Troisdorf
mit den Verkaufs- und Kontaktbüros in Frankfurt, Hamburg, Hannover, München,
Nürnberg, Stuttgart und Wuppertal

Trocellen GmbH, Troisdorf

Dynamit Nobel AG, Troisdorf

Dynamit Nobel GmbH, Troisdorf
mit den Werken in Schlebusch, Stadeln, Troisdorf und Würgendorf
sowie den Verkaufsbüros in Deidesheim, Elbingerode, Freiberg, Öhringen und Saarwellingen

Dynamit Nobel Kunststoff 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, 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 Kunststoffverpackungen GmbH, Brühl

Mauser Metallverpackung GmbH, Brühl

Mauser Maschinenteknik GmbH, Brühl

Mauser-Waldeck AG, Waldeck

Mauser Office GmbH, Waldeck und Korbach

pronova BKK

und die bei den Firmen angeschlossenen Betriebsstätten in Bammental, Hamburg-Harburg und Neuwied sowie die Verkaufsbüros und Verkaufsniederlassungen.

Brühltrans Service GmbH, Brühl

LOS Speditionslogistik und Service GmbH, Korbach

Muelhens GmbH & Co. KG, Köln

Dörrenberg Edelstahl GmbH, Engelskirchen

Stollwerck AG, Köln

Stollwerck Werbe- und Marketing GmbH, Köln

B. Sprengel GmbH & Co., Hannover

Sprengel Verwaltungs GmbH, Hannover

Imhoff Holding GmbH, Köln

SUSI Süßwaren Fachgeschäfte GmbH, Köln

Larosé Hygiene Service GmbH, Köln

Larosé Hygiene Service GmbH, Trier

Larosé Hygiene Service GmbH, Ahrensburg

Larosé IGA, Handelsagentur GmbH, Köln

Choklet Schokoladen Export GmbH, Köln

H. Schött GmbH, Mönchengladbach

Stollwerck AG, Werk Berlin

Larosé-Rewatex Textilpflege und Service GmbH, Berlin

Larosé Hygiene Service GmbH, Nonnweiler

Larosé Textilpflege und Service GmbH & Co KG, Magdeburg

Stollwerck Log-Trans Speditions GmbH, Köln

Mannstaedt-Werke GmbH & Co., Troisdorf

Hauptverwaltung der Klöckner Werke AG, Duisburg

Alfred H. Schütte GmbH & Co. KG, Köln

Alfred H. Schütte Vertriebsgesellschaft mbH, 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

Federal-Mogul Friedberg GmbH, Friedberg

O & K Orenstein & Koppel Aktiengesellschaft, Niederlassungen Kissing,
Straubing, Fürth, Stuttgart, Bruchsal, Frankfurt

V.

Allibert Industrie GmbH; Peine

Benecke-Kaliko AG; Hannover

Beneform GmbH; Peine

Benoac Fertigteile GmbH; Peine

Berentzen Interner Service GmbH, Haselünne

Bundesministerium der Verteidigung / Wehrtechnische Dienststelle 91, Meppen

Christian Hansen Nienburg GmbH; Nienburg

Clouth Gummiwerke AG, Köln

Continental Aktiengesellschaft; Hannover

Betriebe / Betriebsteile:

ContiTech Antriebssysteme GmbH

ContiTech Elastomer Beschichtungen GmbH

ContiTech Formpolster GmbH

ContiTech Formteile GmbH

ContiTech Holding GmbH

ContiTech Luftfedersysteme GmbH

ContiTech Profile GmbH

ContiTech Schlauch GmbH

ContiTech Transportband Systeme GmbH

Conti Versicherungsdienst Gesellschaft mbH

pronova BKK

Conti Versicherungsdienst Gesellschaft mbH

ICA Informationssysteme Consulting und Anwendungsgesellschaft mbH

ICG Informationssysteme Consulting und Betriebsgesellschaft

REG Reifen-Entsorgungsgesellschaft mbH

Zentrales Marketing der techno-Chemie & Co GmbH; Karben

Corosit Development GmbH; Peine

Corovin GmbH; Peine

Cositex Converting GmbH; Peine

dn Metalltechnik GmbH, Nordhorn

Engelhard Process Chemicals GmbH; Nienburg

Engelhard Technologies GmbH und Co. OHG; Nienburg

Georgsmarienhütte GmbH, Georgsmarienhütte

Haendler & Natermann GmbH, Hann. Münden

Hapag-Lloyd AG, Hamburg mit Ausnahme des See-Betriebes

Hapag-Lloyd Container-Linie GmbH, Hamburg

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

Hapag-Lloyd Flug Service GmbH, München

Hapag-Lloyd Fluggesellschaft mbH, Hannover

Hapag-Lloyd-Fluggesellschaft mbH, Station Münster-Osnabrück (FMO), Münster

Hapag-Lloyd Germanair Fluggesellschaft mbH, Bremen

Hapag-Lloyd Kreuzfahrten GmbH, Hamburg

Industriepark Nienburg GmbH; Nienburg

Insurance Service International GmbH, Hamburg

Kali-Chemie AG; Nienburg

Kali-Chemie Akzo GmbH; Nienburg

Lloyd Werft Bremerhaven GmbH, Bremerhaven

Lütgens & Reimers GmbH, Hamburg

M + R Container Reparatur GmbH, Bremen

OpCo Enzymeproduktion GmbH; Nienburg

REIDI Reifen-Discount GmbH & Co KG

pronova BKK

Rickmers-Lloyd Dockbetrieb GmbH, Bremerhaven

RSH Repair Service Hamburg GmbH, Hamburg

Schümer GmbH & Co., Schüttdorf

Solvay Alkali GmbH; Heilbronn

Solvay Barium Strontium; Nienburg

Sommer Allibert Systemtechnik; Wolfsburg

Transport & Service GmbH & Co KG, Bremerhaven mit Ausnahme des See-Betriebes

Transport Consult GmbH, Hamburg

Trans-Tally Ladungskontroll GmbH, Hamburg

UNIKAI Hafendienst GmbH, Hamburg

UNIKAI Hafendienst Lüneburg GmbH, Lüneburg

Uniroyal-Engelbert Reifen GmbH; Aachen

Vergölst GmbH; Bad Nauheim

Wülfing Pharma GmbH, Gronau (Leine)

Land Niedersachsen

Anlage zu § 2 der Satzung:

Entschädigungsregelung für Mitglieder des Verwaltungsrates

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 Tagesgeld 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 Tagesgeld 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 Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmerteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SB 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 Verdienstaufschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstaufschlag pauschal in Höhe von 1/3 des in Absatz 1 genannten Höchstbetrags für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstaufschlag 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 **40,00 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.

§ 27 Bonus für Versicherte, die an Leistungen der Früherkennung von Krankheiten und der Primärprävention teilnehmen (in der Fassung der pronova BKK bis zum 30.06.2010)

- I. Versicherte, die das 12. Lebensjahr vollendet haben und sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, innerhalb eines Kalenderjahres Bonuspunkte aus den Nummern 1 bis 18 nachweisen.
1. Der Versicherte hat einen Body-Maß-Index zwischen 18 und 27.
 2. Der Versicherte ist seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher.
 3. Der Versicherte hat bei einem Zahnarzt eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen.
 4. Der Versicherte hat die von der Betriebskrankenkasse nach § 20d SGB V gewährten Schutzimpfungen in Anspruch genommen.
 5. Der Versicherte ist aktives Mitglied in einem Verein für Bewegungssport.
 6. Der Versicherte ist aktives Mitglied in einem qualitätsgesicherten Fitness-Studio.
 7. Der Versicherte hat das Deutsche Sportabzeichen oder ein vergleichbares anerkanntes Sportabzeichen abgelegt.
 8. Der Versicherte hat eine Leistung zur Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch genommen.
 9. Der Versicherte hat aktiv an einer Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 28 Abs. II Nr. 7 a - d teilgenommen.
 10. Der Versicherte hat einen Gesundheits-Check-up (bestehend aus Blutdruck- und Blutzucker-Messung) durchführen lassen.
 11. Der Versicherte hat einen Sehtest durchführen lassen.
 13. Der Versicherte hat zur Gesunderhaltung der Zähne die zahnärztlichen Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V durchführen lassen.
 14. Der Versicherte hat im Rahmen seiner Anspruchsberechtigung an der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V und / oder der Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 SGB V teilgenommen.
 15. Das familienversicherte Kind des BKK-Mitgliedes hat die Kinderuntersuchungen U1 bis U6 nach § 26 SGB V in Anspruch genommen.
 16. Das familienversicherte Kind des BKK-Mitgliedes hat im Rahmen seiner Anspruchsberechtigung eine der Kinderuntersuchungen U7, U7a, U8 oder U9 nach § 26 SGB V in Anspruch genommen.
 17. Der Versicherte hat im Rahmen seiner Anspruchsberechtigung an der Kinderuntersuchung J1 nach § 26 SGB V teilgenommen.
 18. Der Versicherte hat sich unabhängig von der Erfüllung der Voraussetzungen nach Nr. 4 gegen die Virusgrippe (Influenza) impfen lassen.
 19. Der Versicherte hat eine Untersuchung zur Hautkrebsfrüherkennung teilgenommen.

Die Erfüllung der Voraussetzungen ist vom Arzt bzw. Leistungsanbieter im Bonusheft zu bestätigen. Für die Erfüllung der Bonusvoraussetzungen nach Nummern 1 bis 7 sowie 9 bis 18 werden Bonuspunkte pro Kalenderjahr nur einmalig, für die Erfüllung der Voraussetzungen nach Nr. 8 bis zu zweimal im Kalenderjahr gewährt. Soweit es sich nicht um gesetzliche oder satzungsmäßige Leistungen handelt, gehen die Kosten der Teilnahme nicht zu Lasten der Betriebskrankenkasse.

pronova BKK

- II. Der Bonus wird dem Versicherten in Form von Punkten für eine Prämie gutgeschrieben. Der Versicherte wählt aus einem nach Bonuspunkten gestaffelten Katalog eine Sachprämie oder Geldprämie aus. Die Anzahl der Bonuspunkte sowie die zur Erreichung einer Prämie erforderlichen Mindestpunktzahl ergeben sich aus dem in der Anlage festgelegten Punktesystem. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung. Nicht verbrauchte Bonuspunkte können ganz oder teilweise in das Folgejahr übertragen werden. Eine mehrfache Übertragung ist möglich.

Anlage zu § 27 Abs. II der Satzung (der pronova BKK bis 30.06.2010)

Punktesystem zum Bonusmodell

1. Für die Erfüllung der Bonusvoraussetzungen nach § 27 Abs. I Nr. 1 bis 7 sowie 9 bis 17 erhält der Versicherte jeweils 500 Bonuspunkte einmal, für die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 27 Abs. I Nr. 8 bis zu zweimal im Kalenderjahr. Für die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 27 Abs. I Nr. 13 und 14 erhält die Bonuspunkte anstelle des Versicherten das Mitglied, über das die Familienversicherung hergeleitet wird, oder ein anderes bei der BKK versichertes Elternteil die Bonuspunkte.
2. Zur Erreichung einer Prämie ist eine Mindestpunktzahl von 1.500 Bonuspunkten erforderlich.