Satzung der

Pronova BKK

Körperschaft des öffentlichen Rechts

vom 01.01.2017

in der Fassung des 39. Satzungsnachtrages (Stand 11.11.2026)

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1	Name, Sitz und Bereich der Pronova BKK	Seite 4
§ 2	Verwaltungsrat	5
§ 2a	Versichertenälteste	8
§ 3	Vorstand	9
§ 4	Widerspruchsausschuss	10
§ 5	Kreis der versicherten Personen	13
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft	14
§ 7	Aufbringung der Mittel	15
§ 8	Bemessung der Beiträge	16
§ 9	nicht belegt	17
§ 10	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	18
§ 11	Fälligkeit der Beiträge	19
§ 12	Höhe der Rücklage	20
§ 13	Leistungen	21
§ 14	Satzungsleistungen der Pronova BKK	24
§ 15	Primärprävention	31
§ 16	Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten	33
§ 17	Geldzuschuss bei medizinischen Vorsorgeleistungen	34
§ 18	Leistungsausschluss	35
§ 19	Wahltarif Prämienzahlung	36
§ 20	Wahltarif Selbstbehalt	38
§ 21	(aufgehoben)	40
§ 22	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	41
§ 23	Wahltarif besondere Versorgung	42
§ 24	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	43
§ 25	(aufgehoben)	44

§ 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	(aufgehoben)	60
§ 28	Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	61
§ 28a	Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	62
§ 28b	(aufgehoben)	63
§ 29	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	64
§ 30	Kooperation mit der PKV	65
§ 31	Aufsicht	66
§ 32	Mitgliedschaft zum Landesverband	67
§ 33	Bekanntmachungen	68
§ 34	Veröffentlichung des Jahresergebnisses	69

Artikel II 70

Inkrafttreten

Anlagen 71

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.

§ 1 geändert durch den 25. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2023

§ 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 gezahlt hat.

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

3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte seinen 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.

Es gilt § 66 Absatz 2 i.V.m § 64a SGB IV. Die Regelungen zu hybriden und digitalen Sitzungen nach Absatz XI und Absatz XII gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass der oder die Vorsitzende des Ausschusses den Ausnahmefall nach § 66 Absatz 2 i.V.m § 64a Absatz 2 Satz 1 SGB IV feststellt und eine digitale Sitzung nach § 66 Abs. 2 i.V.m § 66 Absatz 2 i.V.m § 64 Absatz 2 Satz 1 SGB IV nicht stattfindet, wenn ein Mitglied des jeweiligen Ausschusses widerspricht.

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.

§ 2 Absatz 7 zuletzt geändert durch den 39. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 11.11.2026

XI Sitzungen des Verwaltungsrats können auch mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Bei öffentlichen hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrats digital (digitale Sitzung) stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrats stellt den Ausnahmefall nach Satz 6 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der Pronova BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrats und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. In der Einladung zur Sitzung ist festzulegen, in welcher Frist und Form der Widerspruch zu erfolgen hat. Bei öffentlichen digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.

XII In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der Pronova BKK liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

XIII 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.

§ 2 Absatz XI und Absatz XII neu eingefügt durch den 39. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 11.11.2026

§ 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 wird vom Vorstand beauftragten Mitarbeitenden (Widerspruchsbeauftragte) und dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Ludwigshafen. Die Widerspruchsbeauftragten entscheiden über:

- Widersprüche, deren Streitwert unter 150 € liegt, wenn dies eindeutig bezifferbar ist,

- Widersprüche betreffend die Kostenerstattung nach § 13 SGB V, deren Streitwert unter 1.000 € liegt, wenn dies eindeutig bezifferbar ist,

- Widersprüche betreffend die Versicherungs- und Beitragsansprüche,

und erlassen die entsprechenden Widerspruchsbescheide.

In den verbleibenden Fällen und allen Fällen, die Versicherte der Pronova BKK betreffen, die in der Mitarbeitergeschäftsstelle der Pronova BKK („Pronova_BKK_intern") betreut werden, wird die Entscheidung und der Erlass des Widerspruchsbescheides den Widerspruchsausschüssen übertragen.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 Absatz I neu gefasst durch den 39. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 11.11.2026

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 Der Widerspruchsausschuss kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung.

IV Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

V Sitzungen des Widerspruchsausschusses können auch mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen des Widerspruchsausschusses. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Widerspruchsausschusses digital stattfinden (digitale Sitzung). Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses stellt den Ausnahmefall nach Satz 4 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der Pronova BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht. In der Einladung zur Sitzung ist festzulegen, in welcher Form und Frist der Widerspruch zu erfolgen hat.

§ 4 Abs. III eingefügt durch den 25. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 16.08.2023
§ 4 Absatz III zuletzt geändert durch den 39. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 11.11.2026
§ 4 Absatz V neu eingefügt durch den 39. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 11.11.2026

VI In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der Pronova BKK liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

VII 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.

§ 4 Absatz VI neu eingefügt durch den 39. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 11.11.2026

§ 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 Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) können der Pronova BKK nur dann beitreten, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen. Das Recht zum Beitritt besteht nur bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres.

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 12 Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraumes ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Abs. 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist 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; Satz 4 gilt entsprechend. 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 Absatz 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.

§ 6 Absatz 1 geändert durch den 27. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2024

§ 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 3,7 Prozent monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes.

§ 10 Satz 2 geändert durch den 38. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2026

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

§ 12 geändert durch den 13. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2021

§ 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),
- Persönliches Budget nach § 29 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.

§ 13 Absatz geändert durch den 35. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2026

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. Absatz II Nr. 3, 4 und 6 gelten entsprechend. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., Höchstens um 50 EUR für Verwaltungskosten 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.

§ 13 Abs. III geändert durch den 7. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 11.05.2019

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 mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege, 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 Rechnung 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.

§ 14 Abs. I Satz 1 geändert durch den 6 Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 08.10.2019
§ 14 Abs. 3 Nr. 2 geändert durch den 25. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2023

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 Rechnung der Hebamme vorzulegen.

§ 14 Abs. IV Satz 6 geändert durch den 25. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2023

V Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge

Die Pronova BKK zahlt ihren schwangeren Versicherten im Einzelfall 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:

- Streptokokkentest (um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern),
- Toxoplasmose-Screening (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr (z. B. wegen Kontakt zu Tieren, insbesondere zu Katzen) ausgesetzt sind,
- Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit den Erregern ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen) und
- Zytomegalie-Test – CMV-Antikörpertest (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr),

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 125,00 EUR pro Schwangerschaft begrenzte Zuschuss ist der Versicherten nach Vorlage der Rechnung/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.

§ 14 Absatz V Satz 1 geändert durch den 16. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 24.08.2021
§ 14 Absatz V Satz 3 geändert durch den 25. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2023
§ 14 Absatz V Satz 3 geändert durch den 35. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2026

VI Geburtsvorbereitungskurs für Begleitpersonen

Versicherte der Pronova BKK haben im Rahmen von § 11 Absatz 6 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss zu den Kosten, die ihnen als Begleitperson dadurch entstehen, dass sie gemeinsam mit dem schwangeren Elternteil an einem Geburtsvorbereitungskurs teilnehmen. Der Kurs muss von einer gemäß § 134a Abs. 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 57,00 EUR je Untersuchungsart. Zur Erstattung ist die Rechnung 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 Rechnung 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.

§ 14 Absatz VI zuletzt geändert durch den 25. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2023
§ 14 Absatz VII Satz 1 geändert durch den 36. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2026
§ 14 Absatz VII Satz 2 geändert durch den 25. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2023
§ 14 Absatz VIII Nr. 2 Satz 2 geändert durch den 25. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2023

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 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 Zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel

1. Für Versicherte ab dem 4. und bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden von der Pronova BKK die Kosten für die Versorgung mittels Kopforthesen (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie) übernommen, wenn dies nach der Schwere der Erkrankung erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Die Indikationsstellung und Verordnung muss durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung bzw. Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgen und den Kriterien entsprechen, die nach dem Stand der Medizin für die Verordnung dieser Therapieform angemessen sind. Hierzu zählt, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder dass ohne die Versorgung mittels Kopforthese Folgebehandlungen zu erwarten sind. Das Hilfsmittel hat den nach dem Stand der Medizin anzulegenden Qualitätsanforderungen zu entsprechen.

2. Sind die Voraussetzungen nach Absatz I erfüllt, so übernimmt die Pronova BKK zunächst 80 Prozent der Kosten der Kopforthesenversorgung. Die restlichen 20 Prozent werden übernommen, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde. Maximal übernimmt die Pronova BKK die Kosten in Höhe von 2.000 Euro.

§ 14 Absatz IX geändert durch den 25. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2023
§ 14 Absatz X neu eingefügt durch den 28. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2024

XI (aufgehoben)

XII Hautkrebsvorsorge

Die Pronova BKK übernimmt im Einzelfall die Kosten für eine Hautkrebsvorsorge, 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 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 die Hautkrebsvorsorge bereits Bestandteil einer mit der Pronova BKK vereinbarten Versorgung ist. Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch nicht mehr als 33 Euro innerhalb von zwei Jahren. Zur Erstattung sind der Pronova BKK die Rechnungen einzureichen.

XIII Zahnvorsorge

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus beteiligt sich die Pronova BKK an den Kosten für eine von zugelassenen Vertragszahnärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführte Fissurenversiegelung der kariesfreien Prämolaren 4 und 5 nach dem FDI-Zahnschema im bleibenden Gebiss für Versicherte, die das 6. aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben. Die Pronova BKK erstattet nach Vorlage der spezifizierten Rechnung die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 50 EUR je Versicherten.

§ 14 Abs. XI aufgehoben durch den 8. Satzungsnachtrag, mit Wirkung ab dem 17.10.2019
§ 14 Abs. XII eingefügt durch den 2. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2018
§ 14 Abs. XII geändert durch den 27. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2024
§ 14 Abs. XIII eingefügt durch den 8. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2020

XIV Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die Pronova BKK im Einzelfall die Kosten in Höhe von maximal 58,50 EUR pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:

- Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
- die Untersuchung wird von einer Fachärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

Zur Kostenerstattung ist neben der personifizierten Rechnung die ärztliche Bestätigung der o. g. Vorbelastung einzureichen.

XV Darmkrebsvorsorge

Die Pronova BKK beteiligt sich über den Anspruch nach § 23 SGB V hinaus bei Versicherten, die das 40. Lebensjahr aber noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet haben, an den Kosten für eine Früherkennungskoloskopie, wenn eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits Risikofaktoren bestehen, die auf ein erblich erhöhtes Erkrankungsrisiko hinweisen, wie z.B. eine familiär erhöhte Disposition für Darmkrebs. Die Früherkennungskoloskopie ist durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte Ärzte durchzuführen. Die Pronova BKK erstattet einmalig die Kosten in Höhe von maximal 100,00 EUR für eine in Anspruch genommene Früherkennungskoloskopie. Die Erstattung erfolgt nach Vorlage einer entsprechenden Arztrechnung.

§ 14 Absatz XIV eingefügt durch den 8. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2019
§ 14 Absatz XIV Satz 1 geändert durch den 19. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.08.2022
§ 14 Absatz XIV Satz 2 geändert durch den 25. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2023
§ 14 Absatz XV neu eingefügt durch den 36. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2026

§ 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 Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v.H der Kurseinheiten ein Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H., bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V in Höhe von 90 v. H. der entstandenen Kosten übernommen. Für Leistungen von Anbietern, mit denen die Pronova BKK einen Kooperationsvertrag zur Erbringung von Leistungen nach Absatz I geschlossen hat, werden die entstandenen Kosten je Maßnahme in voller Höhe übernommen. Die Pronova BKK führt auf www.pronovabkk.de ein Verzeichnis dieser Maßnahmen. Die Pronova BKK beteiligt sich an den Kosten für Leistungen nach den Sätzen 1 bis 4 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.

§ 15 Absatz II geändert durch den 35. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2026

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 200 EUR 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 150 EUR je Kalenderjahr, höchstens die gemäß dem aktuell gültigen Leitfaden Prävention erstattungsfähigen Kosten. Die Versicherten haben einen Eigenanteil für die Kosten für Unterkunft und Freizeitaktivitäten zu tragen.

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 200 EUR, bei Überschreiten der Belastungsgrenze maximal insgesamt 240 EUR.

V Die Pronova BKK gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach § 20k Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Pronova BKK einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.

§ 15 Absatz III und Absatz IV geändert durch den 27. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2024
§ 15 Absatz V eingefügt durch den 14. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2021

§ 16 Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

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 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 auch für Personen, bei denen eine besondere Indikation gemäß Schutzimpfungsrichtlinie nicht vorliegt.

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. Die Pronova BKK übernimmt bei einem nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt auch die Kosten einer medikamentösen Malariaprophylaxe als andere Maßnahme nach § 20i Abs. 2 SGB V, soweit diese wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen ist.

III Für selbst bezahlte Schutzimpfungen bzw. Malariaprophylaxe nach Absätzen I und II werden von der Pronova BKK 100 v. H. der Kosten für die Erbringung der Leistung durch eine zur Durchführung der Leistung berechtigten Person, höchstens aber 15,00 EUR je Impfung bzw. Malariaprophylaxe, sowie 100 v. H. der Kosten des Impfserums bzw. des Arzneimittels zur Malariaprophylaxe erstattet.

§ 16 Absatz I geändert durch den 27. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2024
§ 16 Absatz II und Absatz III geändert durch den 8. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2020
§ 16 Überschrift neu gefasst durch den 19. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.08.2022
§ 16 Absatz I und Absatz III geändert durch den 35. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.01.2026

§ 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, Fahrkosten 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 Abs. 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 Leistungsinanspruchnahme 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, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

II Die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen (mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V) und Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Abs.1 Satz 4 Nr. 2 SGB V) sind für die Prämienzahlungen unschädlich.

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 bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif bis zu 20 v.H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen bis zu 30 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, jedoch nicht mehr als 600 EUR bei einem und nicht mehr als 900 EUR bei mehreren Wahltarifen betragen. 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 Absatz I nicht wählen.

§ 19 Abs. I Satz 2 geändert durch den 16. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2021
§ 19 Abs. IV geändert durch den 10. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2021
§ 19 Abs. II neu gefasst durch den 19. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.08.2022

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 Absatz 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 Wahltarif und dem Wahltarif Selbstbehalt nach § 20 der Satzung ist nicht möglich.

VII Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 19 Absatz VI und Absatz VII geändert durch den 10. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2021.
§ 19 Absatz VI geändert durch den 36. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2026

§ 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 1,00 EUR bis 19.999,99 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 125,00 EUR, bei einem Jahreseinkommen von 20.000,00 EUR bis 39.999,99 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 250,00 EUR, bei einem Jahreseinkommen von 40.000,00 EUR bis 59.999,99 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 550,00 EUR und bei einem Jahreseinkommen ab 60.000,00 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 800,00 EUR. Das Mitglied kann statt des für sein Jahreseinkommen nach Satz 2 geltenden Selbstbehaltes einen für eine niedrigere Jahreseinkommensstufe nach Satz 2 geltenden Selbstbehalt wählen. Die Wahl eines höheren als für das Jahreseinkommen des Mitglieds nach Satz 2 geltenden Selbstbehaltes ist nicht möglich.

II Auf den 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 in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt. Werden vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen mit Verordnungsfolge in Anspruch genommen, werden pro Arztbesuch pauschal 40 EUR auf den Selbstbehalt angerechnet. Satz 2 gilt nicht, soweit Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden. Werden andere als die in den Sätzen 1 bis 3 genannten Leistungen in Anspruch genommen, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen.

§ 20 Abs. III neu gefasst durch den 10. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2021
§ 20 Absatz I geändert durch den 36. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2026

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 125,00 EUR jährlich 100,00 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 250,00 EUR jährlich 200,00 EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 550,00 EUR jährlich 400,00 EUR und bei einem jährlichen Selbstbehalt von 800,00 EUR jährlich 600,00 EUR. Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich bis zum Ende des 3. 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 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.

VI Die Wahl des Wahltarifs muss 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 Absatz 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. 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. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 2 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

VII. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nicht wählen.

§ 20 Absatz IV geändert durch den 36. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2026
§ 20 Absatz VI geändert durch den 16. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2021
§ 20 Absatz VII geändert durch den 10. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2021
§ 20 Absatz VI Sätze 11 bis 14 gestrichen durch den 36. Satzungsnachtrag, in Kraft 01.01.2026

§ 21 (aufgehoben)

§ 21 aufgehoben durch den 36. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2026

§ 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 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.

§ 22 Abs. 3 neu gefasst durch den 16. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 24.08.2021

§ 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 Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassenen Fassung.

§ 24 Abs. 2 geändert durch den 15. Satzungsnachtrag

§ 25 (aufgehoben)

§ 25 durch den 7. Satzungsnachtrag mit Wirkung zum 11.05.2019 aufgehoben

§ 26 Wahltarife Krankengeld

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

- hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind

oder

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

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

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

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

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

- arbeitsunfähig ist, es sei denn, unmittelbar vorher bestand bei der Pronova BKK bereits eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld,

- eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen bezieht,

- voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI ist.

III Die Teilnahme am Tarif beginnt mit Wirkung zum nächsten Monatsersten nach Eingang der vollständig ausgefüllten 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 widerrufen werden; die Erklärung muss vor Teilnahmebeginn bei der Pronova BKK eingegangen sein. Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme drei Jahre an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der Pronova BKK kann frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

§ 26 Abs. I geändert durch den 6. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 08.10.2019

Sofern das Mitglied die Teilnahme am Tarif nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist 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.

§ 26 Abs. 3 geändert durch den 16. Satzungsnachtragt, in Kraft ab 01.01.2021

§ 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 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 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,
- 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.

§ 26a Abs. VII geändert durch den 6. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 08.10.2019

§ 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,
- 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 Abs. VII geändert durch den 6. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 08.10.2019

§ 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 innerstaatlichen 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 und Abs. 1a SGB V)

I Versicherte, die Gesundheitsvorsorge betreiben, haben Anspruch auf einen Vorsorge-Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, Maßnahmen nach den Sätzen 2 und 3 nachweisen.

Für versicherte Erwachsene ab Vollendung des 18. Lebensjahres sind folgende Maßnahmen bonifizierbar:

1. Versicherte haben im Rahmen ihrer Anspruchsberechtigung an einer Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses oder an einer Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen gem. § 25 Abs. 2 SGB V sowie § 25a SGB V (organisierte Früherkennungsprogramme) in Verbindung mit der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses teilgenommen. Im Einzelnen sind dies:
   a) Gesundheits-Check-up,
   b) ärztlich durchgeführte Tests auf sexuell übertragbare Infektionserkrankungen (STI-Test),
   c) Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung eines Bauchaortenaneurysmas,
   d) Krebsfrüherkennungsmaßnahmen nur für Frauen,
   e) Krebsfrüherkennungsmaßnahmen nur für Männer,
   f) Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs,
   g) Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom.
2. Versicherte haben eine von der Pronova BKK zu übernehmende Leistung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i SGB V oder nach § 16 dieser Satzung in Verbindung mit § 132e SGB V durchführen lassen.
3. Versicherte haben die Untersuchung der Zähne auf der Grundlage des § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V durchführen lassen.
4. Versicherte haben die in den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Leistungen der Schwangerenvorsorge nach § 24d SGB V vollständig durchführen lassen.
5. Versicherte haben in einer Zahnarztpraxis eine professionelle Zahnreinigung (PZR) durchführen lassen.

6. Versicherte haben eine zusätzliche Leistung zur Vorsorge nach dieser Satzung durchführen lassen:

    a) § 14 Absatz V (Mehrleistungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge),

    b) § 14 Absatz IX (Sportmedizinische Untersuchung),

    c) § 14 Absatz XII (Hautkrebsvorsorge),

    d) § 14 Absatz XIV (Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung).

Für versicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind folgende Maßnahmen bonifizierbar:

1. Versicherte haben eine für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vorgesehene Gesundheitsuntersuchung für Kinder und Jugendliche nach § 26 Abs. 1 SGB V oder als zusätzliche Leistung gemäß § 14 Absatz VII (Untersuchung von Kindern und Jugendlichen) nach dieser Satzung in Anspruch genommen.
2. Versicherte haben eine von der Pronova BKK zu übernehmende Leistung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i SGB V oder nach § 16 dieser Satzung in Verbindung mit § 132e SGB V durchführen lassen.
3. Versicherte haben die Untersuchung der Zähne nach § 22 Abs. 1 SGB V durchführen lassen.
4. Versicherte ab dem vollendeten 12. Lebensjahr haben in einer Zahnarztpraxis eine professionelle Zahnreinigung (PZR) durchführen lassen.

II Versicherte haben Anspruch auf einen Aktiv-Bonus, wenn sie im Kalenderjahr anhand einer der folgenden Maßnahmen ihr regelmäßiges gesundheitsbewusstes Verhalten nachweisen:

1. Versicherte nehmen regelmäßig Bewegungsangebote im Sportverein, qualitätsgesichertem Fitnessstudio, Betriebs-/Hochschulsport außerhalb der Arbeitszeit wahr. Ausgenommen davon sind Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.
2. Versicherte haben eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch genommen. Soweit es sich nicht um gesetzliche oder satzungsmäßige Leistungen handelt, gehen die Kosten der Maßnahmenerfüllung nicht zu Lasten der Pronova BKK.

III Versicherte, die die Anspruchsvoraussetzung nach Absatz I durch Inanspruchnahme mindestens einer Gesundheitsvorsorgemaßnahme nach Absatz I in einem Kalenderjahr erfüllt haben, erhalten einen Geldbonus nach folgendem Modell:

Für den Nachweis folgender Maßnahmen wird jeweils ein Betrag von10 EUR gezahlt:

- Absatz I Satz 2 Nummer 1 c) (Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung eines Bauchaortenaneurysmas),
- Absatz I Satz 2 Nummer 1 d) (Krebsfrüherkennungsmaßnahmen nur für Frauen),

- Absatz I Satz 2 Nummern 1 e) (Krebsfrüherkennungsmaßnahmen nur für Männer),
- Absatz I Satz 2 Nummer 1 g) (Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom),
- Absatz I Satz 2 Nummer 2 (Leistung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten),
- Absatz I Satz 2 Nummer 3 (Zahnvorsorge),
- Absatz I Satz 3 Nummer 2 (Leistung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten Kinder/Jugendliche),
- Absatz I Satz 3 Nummer 3 (Zahnvorsorge Kinder/Jugendliche).

Für den Nachweis folgender Maßnahmen wird jeweils ein Betrag in Höhe von 20 EUR gezahlt:

- Absatz I Satz 2 Nummer 1 f) (Hautkrebsvorsorge),
- Absatz I Satz 3 Nummer 1 (Kinder-/Jugendvorsorgeuntersuchung).

Für folgende Maßnahmen wird jeweils ein Betrag in Höhe von 30 EUR gezahlt:

- Absatz I Satz 2 Nummer 1 a) (Gesundheits-Check-up),
- Absatz I Satz 2 Nummer 1 b) (STI-Test),
- Absatz I Satz 2 Nummer 5 (PZR),
- Absatz I Satz 2 Nummer 6 (zusätzliche private Vorsorge),
- Absatz I Satz 3 Nummer 4 (PZR Jugendliche).

Für den Nachweis der vollständigen Maßnahmen nach Absatz I Satz 2 Nummer 4 (Schwangerenvorsorge) wird einmalig ein Betrag in Höhe von 100 EUR in dem Kalenderjahr, in dem die Schwangerschaft endet, gezahlt.

Versicherte, die die Anspruchsvoraussetzung nach Absatz II durch eine Maßnahme nach Absatz II in einem Kalenderjahr erfüllt haben, erhalten einen Geldbonus in Höhe von 50 EUR. Der Nachweis mehrerer Maßnahmen nach Absatz II erhöht den Bonus nach Absatz II darüber hinaus nicht.

Um Versicherten einen stärkeren Anreiz zu einem regelmäßigen gesundheitsbewussten Verhalten zu geben, erhalten diese nach Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz I oder Absatz II für ihre erstmalige Teilnahme am Bonusprogramm oder wenn sie nach den letzten fünf Jahren wieder an dem Bonusprogramm teilnehmen, einen einmaligen zusätzlichen Starter-Bonus in Höhe von 50 EUR.

IV Antrag, Nachweis und Abrechnung des Bonus

Der Bonus ist unter Vorlage des gedruckten bzw. elektronischen Bonusheftes bei der Pronova BKK zu beantragen. Die Gesundheitsmaßnahmen nach Absatz I und Absatz II sind von den Teilnehmenden zum Nachweis der Anspruchsvoraussetzungen für den Vorsorge- und Aktivbonus mittels des gedruckten bzw. elektronischen Bonusheftes zu belegen. Sofern den Teilnehmenden hierfür Kosten entstehen, werden diese von der Pronova BKK nicht übernommen. Die Abrechnung des Bonus erfolgt für die Gesundheitsmaßnahmen des jeweiligen Teilnahmejahres (Kalenderjahr). Der Anspruch auf den Bonus richtet sich nach den zu Beginn des jeweiligen Teilnahmejahres geltenden Bedingungen. Werden die Gesundheitsmaßnahmen nicht bis spätestens drei Monate nach Ablauf des jeweiligen Teilnahmejahres oder Beendigung der Teilnahme belegt, entsteht kein Anspruch auf einen Bonus.

Die Prüfung der eingereichten Gesundheitsmaßnahmen erfolgt anhand der jeweils geltenden Qualitätskriterien. Der Übertrag einzelner Gesundheitsmaßnahmen bzw. der entsprechenden Bonuspunkte auf andere Teilnehmende oder in das folgende Teilnahmejahr ist nicht möglich.

Haben Teilnehmende den Gesundheitsbonus in voller oder anteiliger Höhe aufgrund unrichtiger Angaben, Erklärungen, Bescheinigungen oder Unterlagen erhalten, ist der entsprechende Betrag an die Pronova BKK zurück zu zahlen.

V Bonus Plus

Versicherte, welche die Voraussetzungen auf einen Geldbonus nach Absatz III erfüllen, erhalten auf Antrag als Alternative zum Geldbonus den Bonus als Zuschuss für die Inanspruchnahme der im Katalog der Pronova BKK genannten Versicherungen. Der Zuschuss entspricht dem mit dem Faktor 2,0 multiplizierten Betrag des nach Absatz III mit Ausnahme des Starter-Bonus insgesamt erworbenen Anspruches auf Geldbonus. In dem Katalog, der als Anlage zur Satzung deren Bestandteil ist, sind die Versicherungen aufgezählt, für die der Zuschuss gewährt wird.

VI Die Teilnahme am Bonusprogramm endet mit dem Ende der Versicherung bei der Pronova BKK.

§ 27 Absatz I bis III geändert und Absatz IV neu eingefügt durch den 31. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2025

§ 27a (aufgehoben)

§ 27a aufgehoben durch den 11. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2021

§ 28 Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

I Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverband herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen vereinbart und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind.

II Die Pronova BKK schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

III Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen, max. 17.500 €, jedoch nicht mehr als 100 EUR pro Mitglied.

§ 28 neu gefasst durch den 11. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2021

§ 28a Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

I Mitglieder der Pronova BKK haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20b SGB V i.V.m. § 20 Abs. 2 SGB V in den folgenden Handlungsfeldern

1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
3. Suchtprävention im Betrieb oder
4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

mindestens in Höhe von 80 % erfolgreich teilnehmen.

Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 28 Abs. II ab.

II Der Bonus wird dem Mitglied in Höhe von 100 EUR ausgezahlt, wenn die erfolgreiche Teilnahme von mindestens 80 % an einer Maßnahme nach Absatz I nachgewiesen wurde.

§ 28a neu eingefügt durch den 11. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2021

§ 28b (aufgehoben)

§ 28b aufgehoben durch den 19. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.04.2022

§ 29 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichgesetz

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 Bundesamt für Soziale Sicherung.

§ 31 geändert durch den 15. Satzungsnachtrag

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

§ 33 zuletzt geändert durch den 39. Satzungsnachtrag, in Kraft 11.11.2026

§ 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 (SRVwV) 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 liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der Pronova BKK aus und werden den Versicherten auf Anforderungen zugesandt.

§ 34 Absatz II zuletzt geändert durch den 39. Satzungsnachtrag, in Kraft 11.11.2026

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

Kronberg, den 06.12.2016

Helmut Hauptmann	Hans Gemmerich
Vorsitzender des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse Braun-Gillette	stv. Vorsitzender des Verwaltungsrates 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-Uerdingen)
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

<u>BASF SE, 67056 Ludwigshafen</u>

- 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

BASF 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
SEWOGE 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
N. DuMont Buchverlag GmbH & Co. KG, Köln
DuMont Kalenderverlag GmbH & Co. KG, Köln
DuMont Funk & Fernsehen GmbH & Co. KG,
Köln
HSG Hörfunk Service GmbH, Köln
Deutsche Steinzeug Cremer & Breuer AG
mit den Werken in Alfter-Witterschlick und Sinzig,
sowie den Auslieferungslagern in Berlin-Tempelhof, Bochum-Wattenscheid,
Frankfurt- Fechenheim, Hamburg-Billbrook, Hannover-Hainholz, Klipphausen,
München-Ismaning, Niestetal-Sandershausen, Nürnberg-Großgründlach,
Schwieberdingen und Viernheim
Mauser-Werke GmbH, Brühl
Mauser Maschinentechnik GmbH,

Brühl Mauser-Waldeck AG,
Waldeck
Mauser Office GmbH, Waldeck und Korbach
Procter & Gamble Manufacturing Cologne GmbH, Köln *
Dörrenberg Edelstahl Gesellschaft mit beschränkter Haftung,
Engelskirchen Stollwerck GmbH, Köln *
Schokoladenmuseum Köln GmbH, Köln*
Sprengel GmbH, Köln *

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

IV

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

V

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

Fitesa Germany GmbH; Peine
dn Metalltechnik GmbH, Nordhorn
BASF Catalysts Germany GmbH; Nienburg *
Georgsmarienhütte GmbH, Georgsmarienhütte
Haendler & Natermann Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Hann. Münden
Hapag-Lloyd AG, Hamburg mit Ausnahme des See-Betriebes
Betriebe / Betriebsteile:
- HLCL, Fracht Stuttgart, Stuttgart
- HLCL, Fracht Frankfurt, Frankfurt am Main
- HLCL, Fracht Düsseldorf, Düsseldorf
- HLCL, Fracht München, München
- HLCL, Fracht Nord, Bremen
- HLCL, Fracht Nord, Hamburg TUIfly Vermarktungs GmbH, München *

TUIfly GmbH, Hannover, Münster-Osnabrück (FMO), Münster *
Hapag-Lloyd Kreuzfahrten GmbH, Hamburg
Industriepark Nienburg GmbH;
Nienburg
TUI Insurance Services GmbH,
Hamburg *
Flexsys Verkauf GmbH; Nienburg *
Lloyd Investitions- und Verwaltungs GmbH,
Bremerhaven *
L & R Festmacher GmbH, Hamburg *
M + R Container Reparatur GmbH,
Bremen
Chr. Hansen GmbH *
german Dry Docks GmbH & Co. KG, Bremerhaven *
Solvay Chemicals GmbH; Heilbronn *
Solvay Infra Bad Hönningen GmbH; Nienburg *
Schümer Textil GmbH
Feralco Deutschland GmbH
HHLA Container Terminals Gesellschaft mit beschränkter Haftung,
Hamburg *
UNIKAI Hafenbetrieb Lüneburg GmbH, Lüneburg
Vergölst GmbH, Bad Nauheim
Haupt Pharma Wülfing GmbH, Gronau (Leine)*
Land Niedersachsen

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 **85,00 EUR**. Die Vorsitzenden von Ausschüssen erhalten bei deren Sitzungen den doppelten Pauschbetrag.
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

Der Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von **425,00 EUR**. Mit dem Pauschbetrag sind auch die außerhalb von Sitzungen entstehenden Auslagen mit Ausnahme von Reisekosten abgegolten. Andere Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates tätig werden, erhalten Entschädigungen nach Abs. 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.

Anlage zu §§ 2 Absatz XI und 2a Absatz I Nummer 3 Satz 1 und Absatz II Satz 1 geändert durch den 34. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 01.04.2025.

Anlage zu §§ 2 Absatz XI und 2a Absatz I Nummer 3 Satz 4 aufgehoben durch den 34. Satzungsnachtrag, in Kraft ab dem 14.05.2025

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 Absatz I Nr. 1 und 2.

Anlage zu § 27 Absatz V der Satzung

Katalog der im Rahmen von § 27 Absatz V der Satzung bezuschussungsfähigen Versicherungen

Im Bereich der privaten Versicherungen sind folgende Versicherungsarten zuschussfähig:

- private Krankenzusatzversicherung ambulant und stationär,
- private Pflegezusatzversicherung,
- private Zahnzusatzversicherung.

Der Zuschuss wird für die aufgelisteten Versicherungen gewährt.

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

Anlage zu § 29 der Satzung der Pronova BKK

§ 1 Anwendbare Vorschriften

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichgesetz (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 war.

§ 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)

1. an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.

2. 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.

3. 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)

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

100 v. H.

1. des nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 AAG, § 20 Abs. 1 Mutterschutzgesetz gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld

sowie

2. des nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 AAG, § 18 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).

§ 6 Nummer 1 und Nummer 2 geändert durch den 33. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2025

§ 8 Umlagesätze

I Der Umlagesatz für das Umlageverfahren U1 beträgt

1,8 v. H. für den ermäßigten Erstattungssatz nach § 5 Nummer 3
2,4 v. H. für den allgemeinen Erstattungssatz nach § 5

II Der Umlagesatz für das Umlageverfahren U2 beträgt 0,37 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 Absatz 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 Absatz II gilt entsprechend.

III Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Betriebs- und Rechnungsprüfung.

§ 8 Absatz I geändert durch den 37. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2026
§ 8 Absatz II geändert durch den 33. Satzungsnachtrag, in Kraft ab 01.01.2025