BERGISCHE KRANKENKASSE

Die Satzung der BERGISCHEN –
warum wir machen, was wir machen

BERGISCHE KRANKENKASSE

Inhalt

A Name, Sitz, Bereich, Organisationsstruktur ... 3
§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse ... 3
§ 2 Verwaltungsrat ... 3
§ 3 Vorstand ... 6
§ 4 Widerspruchsausschuss ... 6
B Versicherung, Beiträge und Mittel ... 8
§ 5 Kreis der versicherten Personen ... 8
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft ... 8
§ 7 Aufbringung der Mittel ... 9
§ 8 Bemessung der Beiträge ... 9
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag ... 9
§ 10 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz ... 9
§ 11 Fälligkeit der Beiträge ... 9
§ 12 Erhebung von Mahngebühren ... 10
§ 13 Höhe der Rücklage ... 10
§ 14 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse ... 10
C Leistungen ... 10
§ 15 Leistungen ... 10
§ 16 Primärprävention ... 13
§ 16a Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz ... 14
§ 17 Schutzimpfungen ... 14
§ 18 Leistungsausschluss ... 15
§ 19 Medizinische Vorsorgeleistungen ... 15
§ 20 Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung ... 15
D Wahltarife ... 16
§ 21 Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung ... 16
§ 22 Wahltarif Besondere Versorgung ... 17
§ 23 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme ... 18
§ 24 Wahltarif Modellvorhaben ... 18
§ 25 Wahltarife Krankentagegeld ... 19
§ 26 unbesetzt ... 19
E Zusätzliche Leistungen ... 19
§ 27 Medizinische Tastuntersuchung der weiblichen Brust ... 19
§ 28 Professionelle Zahnreinigung ... 20
§ 29 Vorsorgeuntersuchungen ... 20
§ 30 Leistungen für Schwangere ... 20
§ 31 Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen ... 21
§ 32 Laserbehandlung ... 21
§ 33 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ... 22
§ 34 Bonus Betriebliche Gesundheitsförderung ... 23
F Aufsicht, Landesverband, Kooperation Private Krankenversicherung, Bekanntmachungen, Inkrafttreten ... 23
§ 35 Aufsicht ... 23
§ 36 Mitgliedschaft zum Landesverband ... 23
§ 37 Kooperation mit der Privaten Krankenversicherung ... 23
§ 38 Bekanntmachungen ... 23
§ 39 Inkrafttreten ... 24
Anlage zu § 2 (Verwaltungsrat) der Satzung ... 1
§ 1 Entschädigung für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung ... 1
§ 2 Erstattung der Barauslagen für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung ... 1
§ 3 Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung ... 1
§ 4 Pauschbetrag für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung ... 2

§ 5 Entschädigung für Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates ... 2
§ 6 Entschädigung für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen ... 2
§ 7 Entschädigungsregelung für den Vorsitzenden und den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats ... 2
Anlage zu § 25 (Wahltarife Krankentagegeld) der Satzung ... 1
Teilnahme ... 1
Laufzeit/Bindungsfrist ... 1
Tarifende/ Kündigung ... 1
Obliegenheiten der teilnehmenden Personen ... 2
Prämien ... 2
Anspruch ... 3
Zahlung ... 4
Dauer 4
Höhe 5
Wechsel ... 6
Anlage zu § 33 der Satzung ... 1
A Vorwort ... 1
1 Teilnahme ... 1
2 Programme ... 1
B Allgemeine Voraussetzungen für die Bonusgewährung ... 2
1 Vorsorgeuntersuchungen ... 4
2 Schutzimpfungen ... 4
3 Prävention und Bewegung ... 4
4 Zahnvorsorge ... 5
5 Professionelle Zahnreinigung ... 5
6 Schwangerschaftsvorsorge ... 5
7 Besonderheiten Babybonus ... 6
C Zusätzliche Maßnahmen ... 6
1 Teilnahme an BGM-Maßnahme ... 7
2 Geburtsvorbereitungskurs ... 7
3 Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung ... 7
4 Zahnversiegelung ... 7
5 Normbereich BMI, Blutzucker, Cholesterin, Blutdruck ... 7
D Bonusgewähr ... 7
1 Geldprämie ... 8
2 Zuschuss zu zweckgebundener Prämie ... 8
2.1 Sportbudget ... 10
2.2 Zahnbudget ... 10
2.3 Alternative Behandlungen ... 10
2.4 Versicherungsbudget ... 10
3 Übertragung Bonusguthaben ... 10
4 ExtraBonus ... 11

A Name, Sitz, Bereich, Organisationsstruktur

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

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

BERGISCHE KRANKENKASSE.

Sie ist errichtet worden am 1. Januar 2022 und hervorgegangen aus der freiwilligen Vereinigung der Betriebskrankenkassen der Kortenbach & Rauh GmbH & Co. KG sowie der P.D. Rasspe Söhne und der Grillo-Werke Aktiengesellschaft.

Die BERGISCHE KRANKENKASSE, im nachfolgenden „BERGISCHE(N)“ genannt, hat ihren Sitz in Solingen.

Der Bezirk der BERGISCHEN erstreckt sich auf die Betriebe der Firmen

- Rasspe Systemtechnik GmbH, Albert-Einstein-Str. 15, 42929 Wermelskirchen
- Kortenbach GmbH, Weyerstraße 277, 42719 Solingen
- Grillo-Werke AG, Weseler Str. 1, 47169 Duisburg sowie Buschstr. 95, 47166 Duisburg
- Jet Brakel Aero GmbH, Alte Hünxer Str. 179, 46562 Voerde
- Grillo Chemie GmbH, Buschstr. 95, 47166 Duisburg
- Wilhelm Grillo Handelsgesellschaft mbH, Am Grillopark 5, 47169 Duisburg
- ASB Informationstechnik GmbH, Buschstr., 47059 Duisburg
- CHEMAD Chemische Analytik Duisburg GmbH, Buschstr. 95, 47166 Duisburg
- Grillosche Gutsverwaltung, Haus Rott, Großenbaumer Str. 253, 45481 Mülheim/Ruhr
- Grillo-Werke AG, Werk Frankfurt, 45926 Frankfurt

Der Bezirk der BERGISCHEN erstreckt sich auch auf die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Hessen und Hamburg.

§ 2 Verwaltungsrat

(1) Das Selbstverwaltungsorgan der BERGISCHEN ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte eine Person, die den Vorsitz übernimmt, und eine Person, die den stellvertretenden Vorsitz übernimmt.

Die BERGISCHE nimmt am Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen bei den Sozialversicherungswahlen 2023 gemäß § 194a SGB V teil. Wahlberechtigte können alternativ zur brieflichen Stimmabgabe auch eine Stimmabgabe im elektronischen Wahlverfahren über das Internet vornehmen (Online-Wahl).

(2) Dem Verwaltungsrat der BERGISCHEN gehören als Mitglieder drei Vertreterinnen und Vertreter der Versichertengemeinschaft und drei Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber an. Jedes Mitglied hat 1 Stimme.

Bei einer Abstimmung können die Arbeitgebervertreterinnen und Arbeitgebervertreter insgesamt jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als die anwesenden Versichertenvertreterinnen und Versichertenvertreter.

(3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der BERGISCHEN sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BERGISCHE maßgebendes Recht vorgesehenen Fälle.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BERGISCHE von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung der Vorständin oder des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung der Prüferinnen und Prüfer zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung,
5. die Vorständin oder den Vorstand zu wählen und die Vorstandstätigkeit vertraglich zu regeln,
6. eine leitende Beschäftigte oder einen leitenden Beschäftigten der BERGISCHEN mit der Stellvertretung der Vorständin oder des Vorstands zu beauftragen,
7. die Vorstandstätigkeit zu überwachen,
8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die BERGISCHE gegenüber der Vorständin oder dem Vorstand zu vertreten,
9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
10. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.

(4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

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

(7) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Als anwesend gelten auch Mitglieder, die bei einer hybriden oder digitalen Sitzung per Bild- und Tonübertragung teilnehmen. Hierfür sind die von der BERGISCHEN KRANKENKASSE zur Verfügung gestellten Laptops zu verwenden.

Mitglieder können mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen des Verwaltungsrats durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen (hybride Sitzung). Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen.

In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Katastrophen, epidemische Lagen oder andere gravierende Gefahr- und Bedrohungslagen sowie gravierende und flächendeckende Einschränkungen der allgemeinen Mobilität) und in besonders eiligen Fällen (Fälle, in denen die Eilbedürftigkeit der Beschlussfassung die rechtzeitige Organisation einer Präsenz- oder hybriden Sitzung ohne Schaden oder Gefahr nicht zulässt) können Sitzungen des Verwaltungsrats ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung stattfinden (digitale Sitzung). Der Vorsitz des Verwaltungsrats stellt diesen Ausnahmefall fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widersprechen. Der Widerspruch ist bis spätestens 24 Stunden vor der Sitzung gegenüber dem Vorsitz des Verwaltungsrats auszusprechen.

Bei öffentlichen digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche zeitgleiche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Auf telefonische, persönliche oder elektronische Anforderung erhalten Interessierte die Zugangsdaten zu der digitalen Sitzung. Die Stelle, bei der die Zugangsdaten angefordert werden können, wird in der Veröffentlichung des Sitzungstermins aufgeführt.

Bei nicht öffentlichen hybriden und digitalen Sitzungen haben die durch Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder des Verwaltungsrats sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können.

In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der Vorsitz des Verwaltungsrats entscheidet, wie die Stimmabgabe erfolgen soll (z.B. Handzeichen, Chat, digitales Abstimmungssystem). Ein digitales Abstimmungssystem wird durch die BERGISCHE KRANKENKASSE zur Verfügung gestellt. Der Versicherungsträger hat in seinem Verantwortungsbereich dafür Sorge zu tragen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für eine ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technisch bedingten Störungen der Wahrnehmbarkeit, darf die Sitzung nur fortgeführt werden, wenn die Beschlussfähigkeit weiter gewährleistet ist. Der Schriftführer überwacht fortlaufend die digitale Anwesenheit der Mitglieder und stellt die Störungsfreiheit bei Bedarf durch Abfrage sicher. Sonstige Störungen sind unbeachtlich; sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied des Verwaltungsrats gefassten Beschlusses.

(8) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

Für Vereinigungen mit anderen Krankenkassen ist eine Zweidrittelmehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrates erforderlich.

(9) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ist möglich bei:

1. Angleichung von Bestimmungen der Satzung an Gesetzesänderungen oder gefestigte höchstrichterliche Rechtsprechung,
2. Änderung von Bestimmungen der Satzung auf Grund von Auflagen oder Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,
3. Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates oder einem seiner Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,

4. Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung auf Grund eines Beschlusses des Verwaltungsrates in schriftlichem Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
5. Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Klarstellungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen.

§ 3 Vorstand

(1) Dem Vorstand der BERGISCHEN gehört ein Mitglied an.

(2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

(3) Der Vorstand verwaltet die BERGISCHE und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BERGISCHE maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
6. die BERGISCHE 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 BERGISCHEN abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

(4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BERGISCHEN wird vom Vorstand eingestellt.

(5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BERGISCHEN.

§ 4 Widerspruchsausschuss

(1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Solingen. Die Sitzungen des Widerspruchsausschusses sind nicht öffentlich.

(2) Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus zwei Mitgliedern des Verwaltungsrates der BERGISCHEN (hierzu zählen auch stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates). Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses werden vom Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten. Wird ein Mitglied aus der Gruppe der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in den Widerspruchsausschuss gewählt, kann auch eine von ihm bestellte Vertreterin oder ein von ihm bestellter Vertreter das Amt wahrnehmen.

Der Vorsitz im Widerspruchsausschuss wechselt zwischen den beiden Mitgliedern von Jahr zu Jahr am Anfang des Kalenderjahres. Der Vorsitz wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt.

Die Vorsitzende oder der Vorsitzende bestimmt die schriftführende Person, die auch eine mitarbeitende Person der BERGISCHEN sein kann. Die Vorständin bzw. der Vorstand oder eine von ihr oder ihm beauftragte Person nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen und mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind. Als anwesend gelten auch Mitglieder, die bei einer hybriden oder digitalen Sitzung per Bild- und Tonübertragung teilnehmen.

Die Beschlüsse werden gemäß § 64 Abs. 2 S. 1 SGB IV mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
Der Widerspruchsausschuss kann schriftlich abstimmen, wenn eine persönliche Beratung ohne erhebliche Gefährdung der Gesundheit, wie beispielsweise in Zeiten der Pandemie, nicht möglich ist. Wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Für die Sitzungen des Widerspruchsausschusses gilt § 2 Abs. 7 der Satzung mit der Maßgabe entsprechend, dass ein Mitglied eine außergewöhnliche Notsituation oder einen besonders eiligen Fall gemäß § 64a Abs. 2 S. 1 SGB IV feststellt und kein Mitglied der Durchführung einer digitalen Sitzung bis 24 Stunden vor dem Sitzungstermin gegenüber dem Vorsitz des Widerspruchsausschusses widersprochen hat. Abs. 1 S. 3 bleibt unberührt.

(3) Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. Die §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Absätze 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

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

(5) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absatz 2, 3 u. 5 Satz 1 Halbsatz 2 OWiG wahr.

B Versicherung, Beiträge und Mittel

§ 5 Kreis der versicherten Personen

Mitglieder der BERGISCHEN können folgende Personen werden

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. Studenten und Berufspraktikanten,
3. Selbstständige,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endet,
5. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten,

wenn die weiteren gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen können der Kasse nur dann beitreten, wenn sie das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

(1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Krankenkasse mindestens 12 Monate gebunden. Dies gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf dieses festgelegten Zeitraums 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 die Kündigungserklärung des Mitglieds. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Krankenkasse 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.

(2) Erhebt die BERGISCHE nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung bei der neuen Krankenkasse erklärt.

(3) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können ihre Mitgliedschaft ohne Einhaltung der Frist nach Absatz 1 Satz 1 kündigen, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Betriebskrankenkasse begründet werden soll. Die Kündigungsfrist nach Absatz 1 Satz 3 ist zu beachten.

(4) Wenn ein Wahltarif im Sinne des § 53 Abs. 8 S. 1 SGB V gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur BERGISCHEN frühestens unter den in § 25 der Satzung genannten Voraussetzungen, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß Absatz 1 gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die BERGISCHE erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt 3,79 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

(1) Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.

(2) Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BERGISCHE, die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.

(3) Die Satzungshoheit für das U1- und das U2-Verfahren wird auf den BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 5 i. V. m. § 8 Abs. 2 Satz 1 AAG übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 11 Fälligkeit der Beiträge

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

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

(2) Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages 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.

(3) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V) fällig.

§ 12 Erhebung von Mahngebühren

Die BERGISCHE erhebt Mahngebühren nach dem Verwaltungsvollstreckungsgesetz (Bund).

§ 13 Höhe der Rücklage

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

§ 14 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die BERGISCHE veröffentlicht zum 30. November eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse im Sinne des § 305b SGB V für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer eigenen Website www.bergische-krankenkasse.de.

Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 im Kundenmagazin der BERGISCHEN bekannt gegeben. Darin teilt die BERGISCHE ergänzend mit, über welche weiteren Kommunikationswege die Versicherten ergänzende Informationen zu den Jahresrechnungsergebnissen erhalten können.

C Leistungen

§ 15 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang
Die Versicherten der BERGISCHEN erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des persönlichen Budgets 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 beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

(2) Haushaltshilfe

1. Die BERGISCHE gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen für längstens 8 Stunden täglich Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder Abs. 4, §§ 24, 37, 40 oder 41 SGB V die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

2. Versicherte erhalten auch dann für längstens 4 Wochen im Kalenderjahr Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt, es sei denn, die Haushaltshilfe wird zur Versorgung des Kindes benötigt. Dieser Anspruch verlängert sich auf längstens 26 Wochen im Kalenderjahr, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Für den Beginn der Leistung sind die Angaben des Arztes alternativ die Daten des Antrages maßgeblich.

3. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht. Auf § 38 Abs. 4 SGB V wird in diesem Zusammenhang verwiesen.

4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

5. Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Ansprüche nach § 24h SGB V auf Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung bleiben unberührt.

(3) Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BERGISCHE vor Inanspruchnahme zu informieren. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BERGISCHEN 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 von der versicherten Person auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf alle veranlassten Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).

3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Hat die versicherte Person mindestens ein Kalendervierteljahr an der gewählten Kostenerstattung teilgenommen, kann sie die Teilnahme jederzeit beenden; die Teilnahme endet frühestens mit Eingang der schriftlichen Beendigungsmitteilung bei der BERGISCHEN.

4. Versicherte haben Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.

5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in der Höhe der Vergütung, die die BERGISCHE bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

6. Die BERGISCHE verzichtet auf Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

   Der Erstattungsbetrag ist je Antrag um 5 v. H., maximal 50 €, für Verwaltungskosten zu kürzen.

   Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

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

(4) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Versicherte der BERGISCHEN haben die Wahlmöglichkeit, ein anderes Arzneimittel als ein Rabattarzneimittel zu wählen.

2. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in der Höhe der Vergütung, die die BERGISCHE bei der Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.

3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen bzw. Vorlagen der Verordnungen nachzuweisen.

4. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl des Wunscharzneimittels anfallen, müssen die Versicherten selbst tragen. Vom Erstattungsbetrag werden abgezogen:
   a) Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen,
   b) 20 v. H. als Abschlag für die entgangenen Vertragsrabatte und
   c) 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

§ 16 Primärprävention

(1) Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken, zur Minderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns erbringt die BERGISCHE Leistungen zur primären Prävention auf Basis des von dem GKV Spitzenverband beschlossenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Die BERGISCHE gewährt Leistungen in folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:
- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:
- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement:
- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung

Suchtmittelkonsum:
- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/ Reduzierung des Alkoholkonsums

Leistungen, die von der BERGISCHEN selbst erbracht werden, erhält der Versicherte ohne Kostenbeteiligung. Für Leistungen von Fremdanbietern werden die Kosten bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten erstattet. Der Gesamtzuschuss für Leistungen der Primärprävention beträgt je Versichertem je Kalenderjahr maximal 560 € für bis zu 2 Kurse. Die BERGISCHE kann mit Kursanbietern besondere Verträge zur Erbringung der Maßnahmen als Sachleistung schließen. Alle Maßnahmen der Primärprävention müssen den vom GKV-Spitzenverband definierten Qualitätsanforderungen entsprechen.

§ 16a Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

(1) Die BERGISCHE sieht für ihre Versicherten Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren vor. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinsicher Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

(2) Es gelten die Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt Methodik und Qualität der Leistungen gemäß § 20k Abs. 2 SGB V in der jeweiligen gültigen Fassung.

(3) Die Leistungen werden als Sachleistung erbracht.

§ 17 Schutzimpfungen

(1) Ärztlich empfohlene Schutzimpfungen gemäß § 20i Abs. 1 SGB V werden von der BERGISCHEN grundsätzlich als Sachleistung oder in Höhe der vertraglichen Regelungen nach § 132e SGB V mit Kassenärztlichen Vereinigungen erbracht. Sofern keine vertragliche Regelung besteht, erstattet die BERGISCHE den Impfstoff abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen, für die ärztliche Behandlung die jeweils aktuellen GOÄ-Positionen 1 und 375 mit dem einfachen Faktor.

(2) Die Versicherten erhalten zudem durch Vorlage der Rechnung nachgewiesene Kosten für Schutzimpfungen, die nach der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses indiziert sind, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden und keine vertragliche Regelung nach § 132e SGB V mit Kassenärztlichen Vereinigungen besteht.

(3) Die BERGISCHE übernimmt für versicherte Personen, die das 18. aber nicht das 27. Lebensjahr vollendet haben, die Kosten für Impfungen gegen das Humane Papillomvirus anhand von Verträgen nach § 132e SGB V. Sollte in einer Region keine entsprechende vertragliche Regelung nach § 132e SGB V bestehen, erstattet die BERGISCHE den Impfstoff abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen sowie für die ärztliche Behandlung die jeweils aktuellen GOÄ-Positionen 1 und 375 mit dem einfachen Faktor.

(4) Die Kosten für Grippeschutzimpfungen, die regional von anderen Krankenkassen in deren Bereich durchgeführt werden, werden von der BERGISCHEN auch übernommen, wenn für sie keine vertraglichen Regelungen bestehen. Ausgeschlossen sind Kostenerstattungen für Mitglieder, die von der Möglichkeit der betrieblichen Schutzimpfungen keinen Gebrauch gemacht haben.

(5) Die BERGISCHE übernimmt für schwangere Versicherte in der 24. bis 36. Schwangerschaftswoche die Kosten für eine ärztlich empfohlene Impfung gegen RSV-Infektionen mit einem für Schwangere zugelassenen Impfstoff abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen sowie für die ärztliche Behandlung die jeweils aktuellen GOÄ-Positionen 1 und 375 mit dem einfachen Faktor.

§ 18 Leistungsausschluss

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

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

§ 19 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die BERGISCHE als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich bis zu 16 €, wobei der Zuschuss die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen darf.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss bis zu 25 €, wobei der Zuschuss die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen darf.

§ 20 Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung

(1) Modellvorhaben sind ein wesentliches Element zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der BERGISCHEN. Sie bieten der BERGISCHEN die Möglichkeit, die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung und die Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen für ihre Versicherten zielgenauer auszurichten.

(2) Die BERGISCHE kann Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V durchführen oder mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbaren. Dabei dienen Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V der Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung. Mögliche Mehraufwendungen werden durch eine aus den Modellvorhaben resultierende Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und damit verbundenen Kostensenkung ausgeglichen. Einsparungen können den Versicherten der BERGISCHEN, den Vertragspartnern der Modellvorhaben oder den Maßnahmen der Modellvorhaben zugutekommen. Dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird entsprochen.

(3) Die BERGISCHE kann Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V durchführen oder mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbaren. Dabei dienen Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V der Verbesserung von Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie der Therapieformverbesserung. Modellvorhaben sind ausgeschlossen, wenn über deren Eignung als Leistung der Krankenkasse der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V eine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(4) Die Teilnahme der Versicherten an den Modellvorhaben ist freiwillig. Versicherte können ihre Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der BERGISCHEN kündigen. Die Kündigung wird mit Ablauf des Quartals wirksam in dem die Kündigung bei der BERGISCHEN eingegangen ist. Das Recht auf freie Arztwahl bleibt davon unberührt.

(5) Die Dauer der Modellvorhaben ist befristet und beträgt längstens acht Jahre; die Neuauflage eines inhaltlich gleichen Modellvorhabens nach Ablauf des Modellvorhabens ist nicht möglich. Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V, in denen von den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V abgewichen werden kann, sind auf längstens fünf Jahre befristet. Das Modellvorhaben kann vorzeitig beendet werden, wenn die zugrunde liegenden Ziele bereits erreicht worden sind oder wenn deutlich wird, dass die Ziele nicht erreicht werden können. Es erfolgt eine wissenschaftliche Begleitung gemäß § 65 SGB V.

D Wahltarife

§ 21 Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die BERGISCHE 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
   a) Vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen,
   b) Gemeinschaften dieser Leistungserbringer
   c) Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73a Abs. 1a SGB V teilnehmen, anbieten,
   d) Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit diese von Gemeinschaften nach lit. b) sie hierzu ermächtigt haben.

(2) Inhalt, und Ausgestaltung ergeben sich aus den abgeschlossenen Verträgen.

(3) Vor Abgabe der schriftlichen oder elektronischen Teilnahmeerklärung wird die versicherte Person umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Programmes
- 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 sowie die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

(4) Die teilnehmende versicherte Person verpflichtet sich, nur einen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 1 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen, sowie ambulante und fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die direkte Inanspruchnahme eines Kinder- und Jugendarztes bleibt davon unberührt.

(5) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung endet bei Widerruf der Einwilligungserklärung durch die versicherte Person mit dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung bei der BERGISCHEN, es sei denn, die versicherte Person bestimmt einen späteren Zeitpunkt; in diesem Fall endet die Teilnahme zu dem von der versicherten Person bestimmten Zeitpunkt. Wird die Teilnahme nicht oder nicht ordnungsgemäß widerrufen, ist die teilnehmende versicherte Person ein Jahr daran gebunden. Der gewählte Hausarzt darf nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden.

(6) Es gilt die Richtlinie des GKV- Spitzenverbandes gemäß § 217f Absatz 4a SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

§ 22 Wahltarif Besondere Versorgung

(1) Die BERGISCHE bietet ihren Versicherten im Rahmen von § 140a SGB V besondere Versorgungsformen an. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgungsformen ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm.

(2) Die Teilnahme an Programmen nach Ziffer 1 ist für die Versicherten freiwillig. Die Teilnahme ist schriftlich gegenüber der BERGISCHEN zu erklären (Einschreibung). Mit der Einschreibung erklärt sich die versicherte Person zur aktiven Teilnahme an der besonderen Versorgungsform bereit. Während der Teilnahme der versicherten Person an der besonderen Versorgung bezieht sich das Recht der Versicherten auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen nur auf die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn in einem medizinischen Notfall ein Arzt benötigt wird. Für die Behandlung anderer Erkrankungen, die nicht Gegenstand der jeweiligen besonderen Versorgung ist, ist das Recht der Versicherten auf freie Arztwahl ebenfalls unberührt.

(3) Vor Abgabe der schriftlichen Teilnahmeerklärung wird die versicherte Person umfassend informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Programmes
- 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 sowie die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen der Versorgungsform vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

(4) Die Teilnahme an einer besonderen Versorgungsform endet bei Widerruf der Einwilligungserklärung durch die versicherte Person mit dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung bei der BERGISCHEN, es sei denn, die versicherte Person bestimmt einen späteren Zeitpunkt; in diesem Fall endet die Teilnahme zu dem von der versicherten Person bestimmten Zeitpunkt. Unabhängig hiervon endet die Teilnahme mit Abschluss des Behandlungspfades.

(5) Es gilt die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Abs. 4a SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

§ 23 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

(1) Die BERGISCHE bietet ihren Versicherten im Rahmen von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten an. 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.

(2) Die Teilnahme an Programmen nach Ziffer 1 ist für die Versicherten freiwillig. Die Teilnahme ist schriftlich gegenüber der BERGISCHEN zu erklären (Einschreibung). Mit der Einschreibung erklärt sich die versicherte Person zur aktiven Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm bereit. Voraussetzung für die Teilnahme ist die schriftliche Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch einen Arzt, der als koordinierender Vertragsarzt am jeweiligen Behandlungsprogramm teilnimmt oder als angestellter Arzt Leistungen im Rahmen des jeweiligen Programms erbringt.

(3) Vor Abgabe der schriftlichen Teilnahmeerklärung wird die versicherte Person umfassend informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Programmes
- 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 sowie die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Behandlungsprogramms vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

(4) Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm endet bei Widerruf der Einwilligungserklärung durch die versicherte Person mit dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung bei der BERGISCHEN, es sei denn, die versicherte Person bestimmt einen späteren Zeitpunkt; in diesem Fall endet die Teilnahme zu dem von der versicherten Person bestimmten Zeitpunkt. Unabhängig hiervon endet die Teilnahme bei Wegfall der Voraussetzungen für die Einschreibung oder wenn die versicherte Person innerhalb von 12 Monaten zwei der im Rahmen des Behandlungsprogramms veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder wenn aufeinanderfolgend zwei der im Rahmen des Behandlungsprogramms quartalsbezogen vom Arzt zu erstellenden Dokumentationen nicht fristgerecht an die BERGISCHE übermittelt worden sind.

§ 24 Wahltarif Modellvorhaben

(1) Die BERGISCHE bietet ihren Versicherten zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gemäß § 63 SGB V an.

(2) Inhalt, und Ausgestaltung ergeben sich aus den abgeschlossenen Verträgen.

(3) Vor Abgabe der schriftlichen oder elektronischen Teilnahmeerklärung wird die versicherte Person umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Modellvorhabens
- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme am Modellvorhaben ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung

- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung sowie die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Modellvorhabens vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

(4) Die Teilnahme am Modellvorhaben endet bei Widerruf der Einwilligungserklärung durch die versicherte Person mit dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung bei der BERGISCHEN, es sei denn, die versicherte Person bestimmt einen späteren Zeitpunkt; in diesem Fall endet die Teilnahme zu dem von der versicherten Person bestimmten Zeitpunkt.

(5) Es gilt die Richtlinie des GKV- Spitzenverbandes gemäß § 217f Absatz 4a SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

§ 25 Wahltarife Krankentagegeld

Die BERGISCHE bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes, sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 4SGB V gewählt haben und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbständigen Künstlern und Publizisten

einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

Der Tarif wird gemäß § 53 Absatz 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage zu § 25, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 26 unbesetzt

E Zusätzliche Leistungen

§ 27 Medizinische Tastuntersuchung der weiblichen Brust

Im Rahmen des § 23 SGB V erstattet die BERGISCHE KRANKENKASSE die Kosten in Höhe von bis zu 65,00 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung als ärztliche Assistenzleistung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucher/-innen (MTU) durch die Fa. discovering hands GmbH oder eine dieser Ausbildung vergleichbare Qualifizierung, wenn die Leistung erforderlich ist, um eine Krankheit zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden, 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.

§ 28 Professionelle Zahnreinigung

Die BERGISCHE übernimmt die Kosten für die professionelle Zahnreinigung, die durch einen Vertragszahnarzt, einen approbierten Zahnarzt, einen Leistungserbringer nach § 13 Abs. 4 SGB V sowie zahnmedizinische Fachkräfte mit spezieller Qualifikation (z.B. Prophylaxe Angestellte und Dentalhygieniker) durchgeführt wurden. Die Erstattung ist auf eine professionelle Zahnreinigung im Kalenderjahr begrenzt, der Erstattungsbetrag beträgt maximal 75 € im Kalenderjahr. Eine Erstattung erfolgt nur für Rechnungen, die nicht bereits im Rahmen des §§ 31, 32 (Fassung bis zum 31.03.2021) berücksichtigt wurden.

§ 29 Vorsorgeuntersuchungen

(1) Versicherte können eine Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistung zusätzlich in Anspruch nehmen.
Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen. Die Erstattung ist auf eine Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Höhe von bis zu 300 € je Kalenderjahr beschränkt.

(2) Die BERGISCHE übernimmt für Versicherte, die das 45. aber noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet haben, einmalig die Kosten für eine ärztlich veranlasste Darmspiegelung, sofern diese notwendig ist, um eine Krankheit zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden, wenn Risikofaktoren wie beispielsweise familiäre oder persönliche Vorbelastung bestehen. Die Leistung ist durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte zu erbringen. Die Zahlung des Zuschusses erfolgt nach Vorlage einer entsprechenden Arztrechnung. Die Erstattung ist auf höchstens 250 € begrenzt.

§ 30 Leistungen für Schwangere

(1) Die BERGISCHE übernimmt für schwangere Versicherte vor der Entbindung jeweils einmalig je Schwangerschaft die nachfolgend aufgeführten zusätzlichen ärztlichen Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 11 Abs. 6 SGB V:
- Toxoplasmose-Screening
- Antikörperbestimmung gegen Ringelröteln
- Antikörperbestimmung gegen Windpocken
- Zytomegalie-Screening
- B-Streptokokken-Untersuchung.

Voraussetzung ist, dass die Versicherte zum Zeitpunkt der Untersuchungen bei der BERGISCHEN versichert ist, die Leistung durch einen Vertragsarzt, einen Facharzt für Gynäkologie oder einen Leistungserbringer nach § 13 Abs. 4 SGB V erbracht wird und es sich nicht um eine vom G-BA ausgeschlossene Leistung handelt.

(2) Die BERGISCHE übernimmt außerdem die Kosten für die Hebammenrufbereitschaft in Höhe von bis zu 250,00 € je Schwangerschaft.

(3) Die BERGISCHE erstattet zudem Kosten für nichtverschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die während der Schwangerschaft mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Magnesium und/oder Folsäure als Mono- oder Kombinationspräparate beansprucht werden und für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen naturheilkundlichen Therapierichtungen und für ph-Selbsttests in Höhe von insgesamt bis zu 50,00 € je Schwangerschaft.

(4) Die BERGISCHE erstattet zudem die nachfolgend aufgeführten zusätzlichen ärztlichen Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 11 Abs. 6 SGB V:

- Triple-Test
- Nackenfaltenmessung
- Ersttrimester-Untersuchung

Für diese Untersuchungen können insgesamt nicht mehr als 150,00 € je Schwangerschaft erstattet werden. Voraussetzung ist, dass die Versicherte zum Zeitpunkt der Untersuchungen bei der BERGISCHEN versichert ist, die Leistung durch einen Vertragsarzt, einen Facharzt für Gynäkologie oder einen Leistungserbringer nach § 13 Abs. 4 SGB V erbracht wird und es sich nicht um eine vom G-BA ausgeschlossene Leistung handelt.

(5) Die BERGISCHE erstattet außerdem Kosten für die Inanspruchnahme zusätzlicher Beratungskosten durch Hebammen in Höhe von bis zu 100,00 € je Schwangerschaft. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134 a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist.

§ 31 Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Die BERGISCHE erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, wenn diese zur Erkennung, Heilung oder Linderung einer Krankheit medizinisch notwendig sind, von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen oder Ärzten auf einem Privatrezept verordnet wurden und in einer Apotheke oder durch einen nach deutschem Recht zulässigen Versandhandel bezogen wurden (§ 73 Arzneimittelgesetz).

Die Erstattung ist auf 20,00 € je Kalenderjahr begrenzt. Zur Erstattung sind die Verordnung sowie die Rechnung oder Quittung einer Apotheke oder Versandhandels vorzulegen. Kosten werden nur erstattet, wenn die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden.

§ 32 Laserbehandlung

Bei Vorliegen einer Indikation für ein operatives Stammvenenstripping (ICD 10-Diagnosen I83.0: Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration, 183.1: Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung, I83.2: Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung

sowie I83.9: Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung) erstattet die BERGISCHE im Rahmen des § 23 SGB V die Kosten für eine ärztlich empfohlene ambulante selbst beschaffte Laserbehandlung der Stammvenen (Ziffer 2882, 2883A, 2886A Gebührenordnung für Ärzte zzgl. ärztliche Nebenleistung und Anästhesie), höchstens jedoch insgesamt einen Betrag in Höhe von 750,00 € innerhalb von drei Kalenderjahren, wenn die Leistung erforderlich ist, um eine Krankheit zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden. Voraussetzung für einen Zuschuss ist zudem, dass die Behandlung durch einen Vertragsarzt bzw. eine Vertragsärztin durchgeführt wird.
Der Kostenzuschuss kann erneut frühestens drei Jahre nach der zuletzt erfolgten Bezuschussung ausgehend vom Behandlungsdatum beansprucht werden. Der Zuschuss zu einer Laserbehandlung der Stammvenen muss vorab unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung und einer Kostenaufstellung beantragt werden. Die BERGISCHE ist berechtigt, die medizinische Notwendigkeit des Eingriffes durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen.

§ 33 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus gemäß § 65a Abs. 1 SGB V, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, eine der folgenden Maßnahmen für ein Kalenderjahr nachweisen:

1. Die versicherte Person hat im Rahmen ihrer Anspruchsberechtigung eine Gesundheitsuntersuchung nach §§ 25, 25a, 26 SGB V durchgeführt.
2. Die versicherte Person kann mindestens 1 Impfung nach § 20i SGB V im Kalenderjahr nachweisen. Hierzu zählen auch Impfungen nach § 17.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt/Zahnarzt auf dem Bonus-Teilnahme-Formular der BERGISCHEN quittiert.

(2) Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus gemäß § 65a Abs. 1a SGB V, wenn sie die folgenden Maßnahmen nachweisen:

1. Die versicherte Person hat regelmäßig Leistungen zur primären Prävention gemäß § 16 der Satzung der BERGISCHEN oder der primären Prävention vergleichbare, qualitätsgesicherte Maßnahmen zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens in Anspruch genommen.

2. Die versicherte Person kann weitere Maßnahmen nach Maßgabe der Anlage 4 nachweisen, die nachweislich der Gesundheitsförderung dienen oder gesundheitsbewusste Verhaltensweisen fördern.

Der Erfüllung der Voraussetzungen wird durch eine Teilnahmebestätigung des Anbieters der Maßnahme nachgewiesen.

(3) Der Bonus wird der versicherten Person als Barbonus in Höhe von bis zu 130 € für das zurückliegende Kalenderjahr ausgezahlt. Die Voraussetzungen sollen vollständig bis zum 30.09. des übernächsten Jahres nachgewiesen werden. Alternativ kann die versicherte Person die Verwendung des Bonus als Zuschuss für die Inanspruchnahme besonderer Gesundheitsleistungen bis zu einem Betrag in Höhe von 300 € wählen. Kosten, die ggf. für die Erstellung von Nachweisen anfallen, können vom Versicherten nicht zusätzlich beansprucht werden. Das Nähere regelt die Anlage.

§ 34 Bonus Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Bei von der BERGISCHEN durchgeführten oder unterstützten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten. Die Höhe des Bonus beträgt für den Arbeitgeber und den Versicherten für eine Maßnahme insgesamt bis maximal 250 € je teilnehmender versicherter Person der BERGISCHEN, jedoch jeweils begrenzt auf die tatsächlichen Kosten. Es können bis zu zwei Maßnahmen je versicherter Person pro Kalenderjahr übernommen werden. Der Gesamtzuschuss für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung beträgt je versicherter Person pro Kalenderjahr maximal 500 €. Über die Unterstützung der Maßnahme und über die Höhe des Bonus schließen die BERGISCHE und der jeweilige Arbeitgeber einen Vertrag.

(2) Zwingend erforderlich für eine Bonusgewährung sind eigene Investitionen des Arbeitgebers zur Durchführung der zu fördernden Maßnahme; der Arbeitgeber muss hierfür finanzielle oder personelle Ressourcen bereitstellen. Außerdem müssen die Beteiligungsrechte des zuständigen Betriebs- oder Personalrats gewahrt und gegebenenfalls eine Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung getroffen werden. Maßnahmen des Arbeitgebers, zu denen dieser aufgrund gesetzlicher Vorschriften sowie des Arbeitsschutzgesetzes verpflichtet ist, werden nicht gefördert.

F Aufsicht, Landesverband, Kooperation Private Krankenversicherung, Bekanntmachungen, Inkrafttreten

§ 35 Aufsicht

Die Aufsicht über die BERGISCHE führt das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen.

§ 36 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die BERGISCHE gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen NORDWEST als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 37 Kooperation mit der Privaten Krankenversicherung

Die BERGISCHE vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 38 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BERGISCHEN erfolgen im Internet unter der Website www.bergische-krankenkasse.de. Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der BERGISCHEN beträgt die Veröffentlichungsfrist eine Woche.

§ 39 Inkrafttreten

Der Verwaltungsrat der BERGISCHEN Krankenkasse hat diese Satzung am 16.11.2021 beschlossen. Der Verwaltungsrat der BKK Grillo-Werke AG hat diese Satzung am 15.11.2021 beschlossen.

Die Satzung tritt am 01.01.2022 in Kraft.

Solingen, den

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates der Krankenkasse (Die BERGISCHE Krankenkasse)
Rolf-Dieter Böntgen

Duisburg, den

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates der Krankenkasse (BKK der Grillo-Werke AG)
Hans-Dieter Feldkamp

Anlage zu § 2 (Verwaltungsrat) der Satzung

§ 1 Entschädigung für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

Für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung der Betriebskranken-/Pflegekasse der BERGISCHEN einschließlich der An- und Abreise werden Mitgliedern bzw. den stellvertretenden Mitgliedern des Verwaltungsrates folgende Entschädigungen gewährt:

1. Erstattung der Barauslagen
2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge
3. Pauschbeträge

§ 2 Erstattung der Barauslagen für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

(1) Es wird Tagegeld für Verpflegungsmehraufwendungen und Übernachtungskostenerstattung nach den jeweils gültigen Vorschriften des Landesreisekostengesetzes gewährt. Sind unvermeidbare Übernachtungskosten entstanden, die das Übernachtungsgeld überschreiten, so wird auch der nachgewiesene Mehrbetrag erstattet.

(2) Es werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Hin- und Rückreise in der niedrigsten Beförderungsklasse bei Eisenbahn- und Schiffsreisen sowie Nebenkosten (Auslage für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung usw.) ersetzt. Die Kosten für die 1. Beförderungsklasse werden erstattet, bei Bahnreisen deren Dauer einschließlich der Umsteigezeiten mindestens drei Stunden beträgt.

Dabei werden gewährt:

a) Die Kosten für die Benutzung eines Schlafwagens; ein Übernachtungsgeld wird in diesem Falle nur dann gezahlt, wenn wegen der früheren Ankunft und späten Abfahrt des Beförderungsmittels eine Unterkunft in Anspruch genommen oder beibehalten werden musste,
b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- bzw. Touristenklasse,
c) bei der Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer der nach § 5 des Landesreisekostengesetzes jeweils geltende Satz. Werden Personen, die gegen die Betriebskranken-/Pflegekasse der BERGISCHEN einen Anspruch auf Fahrtkostenerstattung haben, im Kraftwagen eines Organmitglieds mitgenommen, so wird je Person und gefahrenen Kilometer eine Mitnahmeentschädigung von 0,02 € gezahlt.

§ 3 Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

(1) Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Absatz 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.

(2) 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 einem Drittel des vorstehend genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

§ 4 Pauschbetrag für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 90 €. Satz 1 gilt auch für Vorbesprechungen des Verwaltungsrates.

(2) Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag nur ein volles Tage- und Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden.

(3) Digitale oder hybride Sitzungen (gemäß § 64a SGB IV) sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten. Für die Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung wird die gleiche Sitzungsvergütung wie für in Präsenz teilnehmende Mitglieder gezahlt.

§ 5 Entschädigung für Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates

(1) Für die Teilnahme an den Ausschusssitzungen werden Entschädigungen nach § 1 gewährt.

(2) Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand. § 4 Absatz 1 gilt entsprechend.

§ 6 Entschädigung für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

Jedes Mitglied des Verwaltungsrates, das außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrats, eines Ausschusses oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates tätig wird, wird nach § 1 entschädigt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

§ 7 Entschädigungsregelung für den Vorsitzenden und den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats

Für den Vorsitzenden und den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats der Betriebskranken-/Pflegekasse der BERGISCHEN gelten über die allgemeinen Entschädigungsregelungen (§§ 1 bis 5) hinaus die folgenden Bestimmungen:

1. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 540 €. Der stellvertretende Vorsitzende erhält einen monatlichen Pauschbetrag von 90 €.

2. Der Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält zur Abgeltung besonderer Kosten aus seiner Amtsführung (Telefon, Porto sowie sonstige Kosten) einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 41 €. Der stellvertretende Vorsitzende erhält einen monatlichen Pauschbetrag von 7 €. Die Höhe der monatlichen Pauschbeträge errechnen sich nach der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner.

Anlage zu § 25 (Wahltarife Krankentagegeld) der Satzung

Teilnahme

1. Die BERGISCHE bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten versicherten Personen mit eigener Mitgliedschaft Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt). Versicherte Personen mit eigener Mitgliedschaft, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
   a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
   b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

2. Die Teilnahme zum Tarif können die in § 53 Absatz 6 SGB V genannten versicherten Personen mit eigener Mitgliedschaft monatlich durch schriftliche oder elektronische Willenserklärung gegenüber der BERGISCHEN erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen oder elektronischen Wahlerklärung bei der BERGISCHEN folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/ Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche oder elektronische Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der BERGISCHEN.

5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch die teilnehmende Person, wenn die Fortführung für sie eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche oder elektronische Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als 10 v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der teilnehmenden Personen

6. Die teilnehmenden Personen müssen die BERGISCHE unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BERGISCHEN aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BERGISCHEN haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.

7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BERGISCHEN nachzuweisen und die BERGISCHE über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.

8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

   für den Personenkreis der Selbstständigen im Sinne von § 53 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten im Sinne von § 53 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

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

   für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Personen im Sinne von § 53 Absatz 6 SGB V

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

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtenden Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.

12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.

13. Die BERGISCHE darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben teilnehmende Personen, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft im Sinne des § 53 Absatz 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BERGISCHEN bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen – oder innerstaatlichen Rechts.

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

16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes 2 beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld

    1. bei teilnehmenden Personen nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit)

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

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

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

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer von der teilnehmenden Person durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BERGISCHEN nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BERGISCHE kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MD) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet
    - mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif,
    - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit, wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Rente wegen voller Erwerbsminderung bezogen werden,
    - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,

- solange und soweit in der nach § 53 Absatz 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (zum Beispiel durch Angestellte) erzielt wird,
- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre,
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach dem SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Absatz 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden,
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BERGISCHEN.

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

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

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

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch die teilnehmende Person voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

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

Dauer

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

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

    1. die in § 53 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 €-Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Absatz 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Die teilnehmende Person ist verpflichtet der BERGISCHEN eine Erklärung über die Höhe ihres Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

    2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 €-Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70 % des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Die teilnehmende Person ist verpflichtet, der BERGISCHEN eine Erklärung über die Höhe ihres Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

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

28. Die teilnehmende Person hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe ihres Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe ihres entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.

29. Die teilnehmende Person hat auf Verlangen der BERGISCHEN ihr Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (zum Beispiel Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BERGISCHE auch auf Unterlagen der teilnehmenden Person, die der BERGISCHEN im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeits-einkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet, ist der BERGISCHEN unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern die teilnehmende Person negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche oder elektronische Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils er-füllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BERGISCHEN nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BERGISCHEN folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifgeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absätze 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BERGISCHEN über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.

Anlage zu § 33 der Satzung

A Vorwort

Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich der Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der ständigen Impfkommission gehören zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die BERGISCHE bietet ihren Versicherten die Teilnahme an Bonusprogrammen an, die eine regelmäßige Inanspruchnahme vorstehender Leistungen einschließlich der Leistungen der primären Prävention und ähnlicher qualitätsgesicherter Angebote vorsehen.

1 Teilnahme

Alle versicherten Personen der BERGISCHEN Krankenkasse sind berechtigt, an den Programmen nach § 33 der Satzung teilzunehmen. Zur organisatorischen Abwicklung des Bonusprogramms sollen versicherte Personen eine Erklärung zur Teilnahme abgeben. Diese hat lediglich deklaratorischen Charakter. Auswirkungen auf die Leistungsansprüche ergeben sich bei ausbleibender Erklärung nicht. Ansprüche ergeben sich allein aus § 65a Abs. 1, Abs. 1a SGB V sowie der Satzung. Die Teilnahme setzt jeweils eine jährliche Erklärung voraus, mit welcher der BERGISCHEN mitgeteilt wird, ob eine Geldprämie oder das Budget für den „Flexi-Bonus²“ gewählt wird. Die Teilnahme endet automatisch zum Ablauf des Kalenderjahres, in welchem sie erklärt wird.

Die Teilnahmeerklärung erfolgt über die Online-Geschäftsstelle oder App der BERGISCHEN oder schriftlich durch Verwendung der entsprechenden Teilnahmeformulare. Bei versicherten Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt die Teilnahmeerklärung durch eine erziehungsberechtigte Person. Die BERGISCHE informiert die teilnehmenden Versicherten über die Teilnahmebedingungen und die Prämienerlangung, die Beendigung der Teilnahme und die maßgeblichen Datenschutzbestimmungen.

Die Teilnahmeerklärung muss für jedes Kalenderjahr neu erfolgen. Die Teilnahme beginnt mit Eingang der Teilnahmeerklärung bei der BERGISCHEN und gilt jeweils für das laufende Kalenderjahr. Eine Beendigung der Teilnahme am Bonusprogramm ist jederzeit durch Übermittlung einer entsprechenden Kündigungserklärung möglich. Bei versicherten Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt die Kündigungserklärung durch eine erziehungsberechtigte Person. Die Teilnahme am Bonusprogramm endet automatisch zum Zeitpunkt der Beendigung der Versicherung bei der BERGISCHEN. Bis zur Beendigung gesammelte Boni werden ausgezahlt bzw. geleistet.

2 Programme

Die BERGISCHE bietet für 3 Altersgruppen je 2 Programme zur Teilnahme an: Bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres kann der Baby-Bonus in der Variante Geldprämie oder Zuschuss zu zweckgebundener Prämie gewählt werden. Die Teilnahme an einem Baby-Bonusprogramm endet in dem Jahr, in welchem die versicherte Person das 1. Lebensjahr vollendet.

Ab Vollendung des 1. Lebensjahres kann der Kinder-Bonus in der Variante Geldprämie oder Zuschuss zu zweckgebundener Prämie gewählt werden. Die Teilnahme an einem Kinder-Bonusprogramm endet in dem Jahr, in welchem die versicherte Person das 16. Lebensjahr vollendet.

Ab Vollendung des 16. Lebensjahres kann der Bonus in der Variante Geldprämie oder Zuschuss zu zweckgebundener Prämie gewählt werden.

Versicherte Personen können bei erstmaliger Teilnahme am Bonusprogramm den ExtraBonus wählen (vgl. Kapitel E4).

B Allgemeine Voraussetzungen für die Bonusgewährung

Eine Bonifizierung ist mit dem entsprechenden Geldbetrag möglich, wenn mindestens eine der folgenden Maßnahmen nachgewiesen wird:

	Bonus ab 16 Jahre	Bonus für Kinder	Bonus für Babys
Vorsorgeuntersuchungen			
Check-Up ab 18 Jahre (einmalig) oder **Check-Up ab 35 Jahre** (alle 3 Jahre)	5 EUR		
Früherkennung Gebärmutterhalskrebs und Krebserkrankung des Genitals ab 20 Jahre (Frauen, jährlich)	5 EUR		
Früherkennung Brustkrebs ab 30 Jahre (Frauen, alle 3 Jahre)			
HPV-Screening ab 35 Jahre (Frauen, alle 3 Jahre)			
Früherkennung Hautkrebs ab 35 Jahre (alle 2 Jahre)	5 EUR		
Früherkennung Prostata und äußeres Genital ab 45 Jahre (Männer, jährlich)	5 EUR		
Mammographie-Screening 50-70 Jahre (Frauen, alle 2 Jahre)	5 EUR		
Darmkrebs-Screening ab 50 Jahre (alle 2 Jahre Stuhltest oder 2 Darmspiegelungen im Abstand von mindestens 10 Jahren)	5 EUR		
Früherkennung Bauchaortenaneurysmen ab 65 Jahre (Männer, einmalig)	5 EUR		
U1 bis U6			100 EUR
U7		5 EUR	
U7a		5 EUR	
U8		5 EUR	
U9		5 EUR	
U10		5 EUR	
U11		5 EUR	
J1		5 EUR	

	Bonus ab 16 Jahre	Bonus für Kinder	Bonus für Babys
J2	5 EUR		
Neugeborenen-Hörscreening			20 EUR
Kinderzahnärztliche Untersuchung 6. – 9. Lebensmonat (einmalig)			10 EUR
Kinderzahnärztliche Untersuchung 10. – 20 Lebensmonat (einmalig)		10 EUR	
Kinderzahnärztliche Untersuchung 21. – 33. Lebensmonat (einmalig)		10 EUR	
3 kinderzahnärztliche Untersuchungen 34. Lebensmonat bis Vollendung 6. Lebensjahr (Abstand mindestens 12 Monate)		10 EUR	
Kinderzahnärztliche Untersuchung 6 – 18 Jahre (jährlich)	10 EUR	10 EUR	
Zahnvorsorge ab 18 Jahre	10 EUR		
Professionelle Zahnreinigung	10 EUR	10 EUR	
Schwangerschaftsvorsorge	10 EUR		
Schutzimpfung			
Schutzimpfung	10 EUR	10 EUR	20 EUR
Prävention und Bewegung			
Prävention o. ä. qualitätsgesicherter Gesundheitskurs	25 EUR	50 EUR	
aktive Mitgliedschaft im Sportverein			
aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio mit qualitätsgesichertem Training, Hochschul- oder Betriebssport			
digitale Sportangebote			
Leistungsabzeichen (z. B. Sportabzeichen, Wandern, Schwimmen)	50 EUR	30 EUR	
Organisierte Sportveranstaltung (z. B. Laufen, Schwimmen, Triathlon)	25 EUR	25 EUR	

Die Auszahlung der Prämien ist ab der ersten Maßnahme möglich. Versicherte Personen sammeln jeweils für sich selbst; eine Übertragung von Guthaben auf Familienmitglieder ist nicht möglich. Für die Ausstellung von Nachweisen durch Leistungserbringer übernimmt die BERGISCHE keine Kosten.

Für die Nutzung des Bonusguthabens für eine Zweckprämie erhält die versicherte Person den doppelten Geldbetrag (vgl. Ziffer E 2).

1 Vorsorgeuntersuchungen

Bonifiziert werden Vorsorgeuntersuchungen gemäß §§ 25, 25a, 26 SGB V. Zum Nachweis ist eine Bescheinigung des Arztes über die erfolgte Untersuchung vorzulegen.

2 Schutzimpfungen

Bonifiziert werden Schutzimpfungen gemäß § 20i SGB V sowie Impfungen nach § 17 der Satzung. Zum Nachweis ist eine Bescheinigung des Arztes oder eine Kopie des Impfausweises vorzulegen. Sind für eine vollständige Immunisierung mehrere Impfungen erforderlich, so kann der Bonus nur einmalig gewährt werden. Für Mehrfachimpfungen wird der Bonus ebenfalls nur einmalig gewährt. Pro Kalenderjahr können für Impfungen höchstens 10 EUR erreicht werden (Baby-Bonus 20 EUR).

3 Prävention und Bewegung

Maßnahmen der Prävention sind Angebote gemäß § 16 der Satzung der BERGISCHEN. Sie können in folgenden Handlungsfeldern durchgeführt werden: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum. Der Nachweis der Teilnahme erfolgt durch Vorlage der Teilnahmebescheinigung. Pro Kalenderjahr kann 1 Kurs bonifiziert werden. Wird die Maßnahme über den Jahreswechsel durchgeführt, gilt eine Anrechnung für das Jahr, in welchem der rechnerisch größere Anteil der Maßnahme durchgeführt wurde, alternativ das Jahr, in welchem der Kurs abgeschlossen wird.

Ähnlich qualitätsgesicherte Gesundheitskurse sind solche Gesundheitskurse, die in denselben Handlungsfeldern durch ÜbungsleiterInnen oder ähnlich qualifizierte TrainerInnen durchgeführt werden (z. B. Sportangebote der Volkshochschulen, Rückbildungsgymnastik, etc.). Pro Kalenderjahr kann 1 Kurs bonifiziert werden. Wird die Maßnahme über den Jahreswechsel durchgeführt, gilt eine Anrechnung für das Jahr, in welchem der rechnerisch größere Anteil der Maßnahme durchgeführt wurde, alternativ das Jahr, in welchem der Kurs abgeschlossen wird.

Eine aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio mit qualitätsgesichertem Training liegt vor, wenn mindestens 2 Trainingseinheiten im Monat durchgeführt wurden und das Fitnessstudio nach DIN 33961 oder DIN EN 17229 zertifiziert ist oder eine qualifizierte Trainingsbetreuung (Betreuung durch lizensierte/diplomierte Trainer mit mindestens C-Lizenz) an TÜV-geprüften Trainingsgeräten durchgeführt wird. Der Nachweis wird durch eine schriftliche Bestätigung des Fitnessstudios erbracht.

Die aktive Betätigung im Sportverein wird durch Vorlage einer Bescheinigung des Vereins oder des Trainers bestätigt. Eine aktive Mitgliedschaft liegt nur dann vor, wenn die versicherte Person regelmäßig (grundsätzlich 2 Trainingseinheiten pro Monat) am Vereinssport teilnimmt.

Die regelmäßige Teilnahme (grundsätzlich 2 Trainingseinheiten pro Monat) am Hochschul- oder Betriebssport wird durch den Trainer bescheinigt.

Digitale Sportangebote werden bonifiziert, wenn über einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Monaten wenigstens 80 % der vordefinierten Ziele in einem bestimmten Zeitraum absolviert werden. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn der für 12 Wochen vorgegebene Trainingsplan in mindestens 10 Wochen eingehalten wurde. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der entsprechenden Teilnahmebestätigung des Anbieters. Pro Kalenderjahr kann 1 Kurs bonifiziert werden. Wird die Maßnahme über den Jahreswechsel durchgeführt, gilt eine Anrechnung für das Jahr, in welchem der rechnerisch größere Anteil der Maßnahme durchgeführt wurde, alternativ das Jahr, in welchem der Kurs abgeschlossen wird.

Die BERGISCHE bonifiziert Teilnehmer, die erfolgreich ein anerkanntes deutsches Sportabzeichen erworben haben (Liste unter www.deutsches-sportabzeichen.de). Die Bonifizierung ist nur für 1 Sportabzeichen pro Kalenderjahr möglich. Maßgeblich ist jeweils das Jahr, in welchem das Abzeichen erlangt wurde. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der Urkunde.

Versicherte, die erfolgreich an mindestens zwei organisierten Sportveranstaltungen im Bonusjahr teilgenommen haben und dies durch die Teilnahmeurkunden nachweisen, erhalten einen Bonus. Anerkannt werden öffentliche Sportveranstaltungen, die durch Sportvereine, Landessportbünde oder Krankenkassen organisiert werden (z. B. Klingenlauf, Köln-Marathon, Miss-Zöpfchen-Lauf, etc.). Dabei muss es sich ausschließlich um Breitensportangebote handeln. Dies sind insbesondere sportliche Aktivitäten, die der körperlichen Fitness, dem Ausgleich von Bewegungsmangel und dem Spaß am Sport dienen und nicht wettkampf- oder leistungssportorientiert sind.

Zur Erfassung und zum Nachweis der bonifizierbaren Maßnahmen stellt die BERGISCHE ihren Versicherten ein entsprechendes Nachweisformular zur Verfügung.

4 Zahnvorsorge

Die jährliche Zahnvorsorge wird durch das Bonusheft oder eine schriftliche Bestätigung des Zahnarztes nachgewiesen.

5 Professionelle Zahnreinigung

Versicherte können eine Bonifizierung für eine erfolgte professionelle Zahnreinigung je Kalenderjahr erhalten. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der Rechnung, aus welcher das Leistungsdatum hervorgehen muss.

6 Schwangerschaftsvorsorge

Schwangere erhalten für eine durchgeführte Schwangerschaftsvorsorge einen Bonus. Der Nachweis erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung der Gynäkologin/des Gynäkologen. Bonifiziert wird 1 Untersuchung je Schwangerschaft.

7 Besonderheiten Babybonus

Der Bonus für die Vorsorgeuntersuchungen U1-U6 werden nur gezahlt, wenn alle Vorsorgeuntersuchungen vollständig durchgeführt wurden. Beim Wechsel der Krankenkasse werden bereits durch die Vorkasse gewährte Bonuszahlungen in voller Höhe angerechnet.

Der Nachweis erfolgt durch eine Kopie des Kinder- und Jugenduntersuchungshefts, des Impfausweises oder durch eine schriftliche Bestätigung des Kinderarztes/Zahnarztes. Für die Ausstellung von Nachweisen durch Leistungserbringer, Kursleiter, Arbeitgeber etc. übernimmt die BERGISCHE keine Kosten.

C Zusätzliche Maßnahmen

Zusätzlich zu den unter B aufgeführten Maßnahmen kann der Bonus durch folgende Nachweise erhöht werden:

	Bonus ab 16 Jahre	Bonus für Kinder	Bonus für Babys
Weitere Maßnahmen			
Hautkrebsvorsorge, CheckUp, Darmkrebsvorsorge (aufgrund eines Vertrages nach § 73b, § 140a SGB V oder IGEL)	5 EUR		
Teilnahme an BGM-Maßnahme	50 EUR		
Geburtsvorbereitungskurs	15 EUR		
Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung	50 EUR	50 EUR	
Zahnversiegelung		20 EUR	
BMI im Normbereich	5 EUR	5 EUR	
Blutzucker im Normbereich	5 EUR		
Cholesterin im Normbereich	5 EUR		
Blutdruck im Normbereich	5 EUR		

Jede der weiteren Maßnahmen kann höchstens einmal pro Kalenderjahr berücksichtigt werden. Maßgeblich ist das Kalenderjahr, in welchem die Maßnahme durchgeführt wird. Einzelheiten ergeben sich aus den nachstehenden Erläuterungen. Für die Ausstellung von Nachweisen durch Leistungserbringer, Kursleiter, Arbeitgeber etc. übernimmt die BERGISCHE keine Kosten.

Die weiteren Maßnahmen sind nur in Kombination mit mindestens 1 Maßnahme aus Abschnitt B auszahl-/einlösbar. Versicherte Personen sammeln jeweils für sich selbst; eine Übertragung von Beträgen auf Familienmitglieder ist nicht möglich. Zur Erfassung und zum Nachweis der bonifizierbaren Maßnahmen stellt die BERGISCHE ihren Versicherten ein entsprechendes Nachweisformular zur Verfügung. Für die Nutzung des Bonusguthabens für eine Zweckprämie erhält der Versicherte den doppelten Geldbetrag (vgl. Ziffer E 2).

1 Teilnahme an BGM-Maßnahme

Versicherte, die an einer Maßnahme des betrieblichen Gesundheitsmanagements teilnehmen, erhalten einen Bonus. Die Teilnahme wird durch eine schriftliche Bestätigung des Leistungserbringers oder des Arbeitgebers nachgewiesen. Eine Bonifizierung erfolgt nicht für Maßnahmen, die bereits nach § 34 der Satzung bonifiziert werden.

2 Geburtsvorbereitungskurs

Versicherte, die an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen haben, der durch eine Hebamme durchgeführt wurde, erhalten einen Bonus. Je Schwangerschaft kann die Teilnahme an einem Kurs bonifiziert werden. Wird der Kurs über den Jahreswechsel durchgeführt, gilt eine Anrechnung für das Jahr, in welchem der rechnerisch größere Anteil der Maßnahme durchgeführt wurde, alternativ das Jahr, in welchem der Kurs abgeschlossen wird. Der Nachweis erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung der Kursleiterin/des Kursleiters.

3 Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung

Versicherte Personen können für die Durchführung einer sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung einen Bonus erhalten. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung des Arztes.

4 Zahnversiegelung

Versicherte Personen können bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres für die Fissurenversiegelung einen Bonus erhalten. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung des Zahnarztes.

5 Normbereich BMI, Blutzucker, Cholesterin, Blutdruck

Versicherte Personen, deren Body-Mass-Index sich durch gesundheitsbewusstes Verhalten von außerhalb des Normbereichs in den Normbereich entwickelt hat und über einen Zeitraum von mindestens 12 Wochen im Normbereich verblieben ist oder sich durch gesundheitsbewusstes Verhalten um mindestens 10 % des Ausgangsgewichts dem Normwert angenähert hat und dieses Gewicht für mindestens 12 Wochen gehalten haben, können einen Bonus erhalten (gilt nicht im Babybonus). Nach WHO liegt der Normbereich beim BMI zwischen 18,5 und 24,9.

Versicherte Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, können einen Bonus für die Einhaltung der Normwerte Blutzucker (Nüchternglukosewert nach WHO bis 5,6 mmol/l), Cholesterin (Gesamtcholesterin unter 200 mg/dl), Blutdruck (unter 120/80 mmHg nach WHO) erhalten, wenn sich diese durch gesundheitsbewusstes Verhalten von außerhalb des Normbereichs in den Normbereich entwickelt haben und durch mindestens 2 aufeinanderfolgende Messungen im Abstand von jeweils mindestens 4 Wochen dort gehalten wurden.

Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung von Ärzten oder Apotheken.

D Bonusgewähr

Der Bonus wird nach Wahl der versicherten Person als Geldprämie oder als Zuschuss zu eigenfinanzierten Gesundheitsleistungen gezahlt. Mit Einreichung des Erstattungsantrags muss die versicherte Person sich entscheiden, ob eine Geldprämie oder die Zuschussregelung zur zweckgebundenen Prämie gewählt wird. Die Erklärung gilt für das jeweilige Kalenderjahr (=Bonusjahr) und kann für dieses nicht geändert werden. Beide Arten der Bonifizierung können nicht nebeneinander gewählt werden. Eine Übertragung nicht eingelöster Beträge in das nächste Bonusjahr ist alternativ möglich.

1 Geldprämie

Die Auszahlung der Geldprämien erfolgt auf Antrag, sobald die Voraussetzungen erfüllt sind. Eine Auszahlung erfolgt ab 5 EUR (Erwachsenen-/Kinderbonus) bzw. 10 EUR (Babybonus). Im Rahmen der Geldprämie werden maximal 130 € (Erwachsene und Kinder) bzw. 150 € (Babybonus) gezahlt. Der Antrag mit sämtlichen Nachweisen soll bis spätestens 30.09. des übernächsten Jahres bei der BERGISCHEN eingegangen sein. Mit Übermittlung des Erstattungsantrags erfolgt die Erklärung, dass für das betroffene Kalenderjahr die Geldprämie gewählt wird.

2 Zuschuss zu zweckgebundener Prämie

Die Bezuschussung im Rahmen zweckgebundener Prämien ist pro Kalenderjahr für 1 Rechnung möglich. Eine Einlösung erfolgt ab 10 EUR. Es können maximal 300 € Zuschuss beansprucht werden. Gesundheitsleistungen können im jeweiligen Bonusjahr sowie im Falle der Übertragung in einem der beiden Bonusjahre in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung bei der BERGISCHEN versichert ist. Mit Übermittlung des Antrags erfolgt die Erklärung, dass für das betroffene Kalenderjahr die Zweckprämie gewählt wird.

Zuschüsse erfolgen nur für Leistungen, die nicht vom GB-A (Gemeinsamer Bundesausschuss) ausgeschlossen wurden.

Der Zuschuss erfolgt für folgende eigenfinanzierte Gesundheitsleistungen nach Vorlage der Rechnung(en):

Budget	**Zweckgebundene Prämien**	**Bonus**	**Kinder-**	**Babybonus**
Sportbudget	Beitrag Fitnessstudio	x		
	Beitrag Sportverein	x	x	
	digitales Sportangebot	x	x	
	Gesundheitskurs außerhalb §20 SGB V	x	x	
	Sport- und Fitnessausrüstung (bis zu 100 €)	x	x	
	Startgebühr Sportveranstaltung		x	
	Gerät zur Messung der Bewegungsintensität (z. B. Fitnesstracker) – alle 2 Jahre	x		
	Aus-/Fortbildung zum Übungsleiter/Trainer (C-, B-, A-Lizenzen)	x		
	PEKIP			x
	DELFI			x
	Baby-Shiatsu			x
	Baby-Yoga			x
	Baby-Schwimmen, Wassergewöhnung			x
Zahnbudget	Zahnbehandlung	x	x	
	KfO-Zusatzleistungen		x	

Budget	Zweckgebundene Prämien	Bonus	Kin-der-	Baby-bonus
alternative Behandlungen	Osteopathie	x	x	x
	Akupunktur	x	x	x
	Chiropraktik	x	x	x
	Leistungen nach dem Hufeland-Verzeichnis und der Gebührenordnung für Heilpraktiker	x	x	x
Geburtsvorbereitungs-kurs Begleitung		x		
Sehhilfen (alle 3 Jahre)	Brillen/Kontaktlinsen	x	x	
IGeL-Budget für medizinische Vorsorge	Hautkrebsscreening mit Auflichtmikroskopie	x		
	Glaukom-Vorsorge inkl. Augeninnendruck und Spie-gelung Augenhintergrund	x		
	PSA-Wertmessung	x		
	Osteoporose-Screening (Knochendichtemessung)	x		
	Mammographievorsorge unter 50 Jahre	x		
	Ultraschalluntersuchung Brust/Unterleib/Spirale	x		
	Thin-Prep-Abstrich	x		
	FOBplus-Stuhltest bei Darmkrebsvorsorge	x		
	CheckUp außerhalb gesetzl. Rhythmus	x		
	Venen-Check	x		
	Impfungen	x	x	
Dynamische Kopforthesen			x	x
Hebammenbudget	Stoffwindel, Still-/Trageberatung			x
	Beikosteinführung			x
	Babymassage			x
Einschreibegebühr Nabelschnurblut-Kon-servierung				x
Versicherungsbudget	Private Zusatzversicherung	x	x	x

Einzelne Gesundheitsleistungen werden maximal in Höhe des Rechnungsbetrages bezu-schusst.

Die Bezuschussung im Rahmen des Budgets für zweckgebundene Prämien erfolgt auf Antrag mit Vorlage einer entsprechenden Rechnung für oben genannte Maßnahmen. Der Antrag soll mit sämtlichen Nachweisen bis spätestens 30.09. des übernächsten Jahres bei der BERGI-SCHEN eingegangen sein.

Eine Bezuschussung ist ausgeschlossen, wenn die Leistung durch die BERGISCHE bereits durch andere Regelungen (Gesetz, Vertrag, Satzung, etc.) erstattet wurde.

2.1 Sportbudget

Sofern nicht abweichend beschrieben, ergeben sich die Voraussetzungen für eine Erstattung nach Kapitel B 3.

Für Fitnessstudios und Sportvereine gilt die Jahresgebühr als 1 Rechnung.

Sport- und Fitnessausrüstung wird bis zu einem Betrag in Höhe von 100 € bezuschusst. Geräte zur Messung der Bewegungsintensität sind solche Geräte, die allein auf die Messung der Bewegungsintensität und die Messung von Körperzuständen abzielen. Für den Fall, dass die Messung der Bewegungsintensität mit einem Smartphone erfolgt, kann nur die Bezuschussung der App, die für die Erfassung verantwortlich ist, begehrt werden. Eine Bezuschussung für Geräte zur Messung der Bewegungsintensität kann nur alle 2 Jahre erfolgen.
.

2.2 Zahnbudget

Die BERGISCHE bezuschusst für Versicherte private Zusatzleistungen im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung einschließlich Behandlung von Angstpatienten z.B. mit Lachgas, professionelle Zahnreinigung, endodontische Maßnahmen sowie Leistungen im Zusammenhang mit Anästhesien bei zahnchirurgischen Eingriffen und für kieferorthopädische Maßnahmen. Kieferorthopädische Zusatzleistungen müssen im Zusammenhang mit einem von der BERGISCHEN genehmigten Heil- und Kostenplan erbracht werden.

2.3 Alternative Behandlungen

Erstattungsfähig sind Kosten für Akupunktur, Osteopathie oder Chiropraktik sowie für naturheilkundliche Behandlungen nach dem Hufeland-Verzeichnis und der Gebührenordnung der Heilpraktiker.

2.4 Versicherungsbudget

Die BERGISCHE bezuschusst Beiträge zu privaten Zusatzversicherungen, welche Leistungen beinhalten, die ihrem Hauptzweck nach unmittelbar mit der Gesundheit der versicherten Person in Zusammenhang stehen bzw. weitergehende Versorgung erst ermöglichen. Dies sind Zusatzversicherungen zur Kostenübernahme/-ergänzung von Sehhilfen, Naturheilverfahren oder Zahnersatz.

3 Übertragung Bonusguthaben

Das Bonusguthaben kann in das nachfolgende Jahr übertragen werden. Hierfür ist eine entsprechende Erklärung der versicherten Person erforderlich. In diesem Fall ist eine Einlösung des Bonusguthabens in dem Jahr, für das die Erklärung abgegeben wird, komplett ausgeschlossen. Das entsprechende Bonusjahr wird mit der Erklärung, dass das Guthaben übertragen werden soll, abgeschlossen. Im Folgejahr nicht eingelöstes Guthaben verfällt.

Die Übertragung in das Folgejahr ist erstmalig mit dem Bonusguthaben, das im Bonusjahr 2023 gesammelt wurde, möglich.

4 ExtraBonus

Bei erstmaliger Teilnahme am Bonusprogramm kann die versicherte Person einmalig den ExtraBonus wählen. Kapitel B und C gelten mit der Maßgabe, dass eine Vorsorgeuntersuchung, eine Schutzimpfung, eine Zahnvorsorgeuntersuchung und eine Maßnahme aus Kapitel B3 bonifiziert werden können. Bei Wahl des ExtraBonus wird das zu erzielende Guthaben verdoppelt. Die maximal erzielbare Geldprämie liegt bei 100 €, der maximal erreichbare Zuschuss nach Kapitel E2 beträgt 200 €. Eine Übertragung des Bonusguthabens in das Folgejahr ist bei Wahl des ExtraBonus ausgeschlossen.