

**Satzung der BERGISCHEN Krankenkasse vom 26. November 2009  
(Stand 01. September 2020)**

<b>§§</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
Art. I	Inhalt der Satzung	2
§ 1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	2
§ 2	Verwaltungsrat	2
§ 3	Vorstand	3
§ 4	Widerspruchsausschuss	4
§ 5	Kreis der versicherten Personen	5
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft	7
§ 7	Aufbringung der Mittel	8
§ 8	Bemessung der Beiträge	8
§ 9	Derzeit nicht belegt	8
§ 10	Kassenindividueller Zusatzbeitrag	8
§ 11	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	9
§ 12	Fälligkeit der Beiträge	9
§ 13	Mahngebühren	9
§ 14	Höhe der Rücklage	9
§ 14a	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	10
§ 15	Leistungen	10
§ 16	Primärprävention	12
§ 17	Schutzimpfungen	13
§ 18	Leistungsausschluss	13
§ 19	Medizinische Vorsorgeleistungen	14
§ 20	Modellvorhaben für strukturierte Behandlungsprogramme	14
§ 21	Antiallergene Matratzenbezüge	14
§ 22	Betriebliche Gesundheitsförderung	15
§ 23	Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	15
§ 24	Wahltarif Integrierte Versorgung	16
§ 25	Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung	16
§ 26	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	17
§ 27	Wahltarife Krankentagegeld	17
§ 28	Flexibonus	17
§ 29	Kinderflexi	19
§ 30	Kooperation mit der Privaten Krankenversicherung	21
§ 31	Aufsicht	21
§ 32	Mitgliedschaft zum Landesverband	21
§ 33	Bekanntmachungen	21
Art. II	Inkrafttreten	22

## **Artikel I Inhalt der Satzung**

### **§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse**

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

DIE BERGISCHE KRANKENKASSE.

Sie ist errichtet worden am 1. Januar 1997 und hervorgegangen aus den Betriebskrankenkassen Kortenbach & Rauh GmbH & Co. KG sowie P.D. Rassepe Söhne. DIE BERGISCHE KRANKENKASSE, im nachfolgenden „BERGISCHE(N)“ genannt, hat ihren Sitz in Solingen.

- II. Der Bereich der BERGISCHEN erstreckt sich auf die Betriebe der Firmen Rassepe Systemtechnik GmbH, Albert-Einstein-Str. 15, 42929 Wermelskirchen und der Kortenbach GmbH, Weyerstrasse 277, 42719 Solingen.  
Der Bereich der BERGISCHEN erstreckt sich auch auf die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Hamburg.

### **§ 2 Verwaltungsrat**

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der BERGISCHEN ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.  
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.  
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.  
4. 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).
- II. Dem Verwaltungsrat der BERGISCHEN gehören als Mitglieder drei Versichertenvertreter und drei Vertreter der Arbeitgeber an.  
Jeder Arbeitgeber hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- III. 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 Fällen.  
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 des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
  4. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung der Prüfer zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung,
  5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
  6. einen leitenden Beschäftigten der BERGISCHEN mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,

7. den Vorstand zu überwachen,
  8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die BERGISCHE gegenüber 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.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.  
Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VI. 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.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.  
Für Vereinigungen mit anderen Krankenkassen ist eine Zweidrittelmehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrates erforderlich.
- IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen 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 eines 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.  
Wenn mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widersprechen, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen.

### **§ 3 Vorstand**

- I. Dem Vorstand der BERGISCHEN gehört ein Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. 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.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BERGISCHEN wird vom Vorstand eingestellt.
- V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BERGISCHEN.

#### **§ 4 Widerspruchsausschuss**

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Solingen.
- II.
  1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus zwei Mitgliedern des Verwaltungsrates der BERGISCHEN (hierzu zählen auch stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates).
  2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
  3. 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 Arbeitgeber in den Widerspruchsausschuss gewählt, kann auch ein von ihm bestellter Vertreter das Amt wahrnehmen.
  4. Der Vorsitz im Widerspruchsausschuss wechselt zwischen den beiden Mitgliedern von Jahr zu Jahr am Anfang des Kalenderjahres. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt.  
Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BERGISCHEN sein kann.
  5. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
  6. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen und mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
  7. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III. 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.

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

## **§ 5 Kreis der versicherten Personen**

### **I. Versicherungspflichtige Mitglieder**

Der Kreis der bei der BERGISCHEN versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte; die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
  - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§144 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; § 5 Absatz 5a SGB V gilt,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs,

- die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
  11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
  12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,
  13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Regelung der Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.
  14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
    - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
    - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 SGB V oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.
- II. Freiwillige Mitglieder
- Der Versicherung zur BERGISCHEN können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten:
1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil zu Unrecht Arbeitslosengeld II bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
  2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nr. 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
  3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnahmen und nach § 6 Absatz 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
  4. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, wenn sie beim Beitritt noch nicht 30 Jahre alt sind,

5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
  6. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme in Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,
  7. innerhalb von 6 Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren,
  8. innerhalb von 6 Monaten ab dem 1. Januar 2005 Personen, die in der Vergangenheit laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem BSHG bezogen haben und davor zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert waren.
- III. Die in Absatz I und II genannten Personen können die BERGISCHE unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
1. sie zu dem in § 1 Absatz II der Satzung genannten Bereich gehören oder
  2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
  3. der Ehegatte bei der BERGISCHEN versichert ist,
  4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der BERGISCHEN versichert ist,
  5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind für den die BERGISCHE besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
  6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren.
- IV. Familienversicherte
- Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und Kinder von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der Betriebskrankenkasse durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat.

## **§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft**

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

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

- III. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, wenn die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz 1 Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können ihre Mitgliedschaft ohne Einhaltung der Frist nach Absatz I Satz 1 kündigen, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Betriebskrankenkasse begründet werden soll. Die Kündigungsfrist nach Absatz I Satz 2 ist zu beachten.
- V. Wenn ein Wahltarif nach § 27 oder § 28 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur BERGISCHEN frühestens unter den Voraussetzungen der Nr. 4 der Anlage zum Wahltarif Krankentagegeld zu § 27 der Satzung oder § 28 Absatz 5, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. § 6 Absatz 2 gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif nach § 27 gewählt haben.

## **§ 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 Derzeit nicht belegt**

## **§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitrag**

Die BERGISCHE erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt 1,28 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.



## **§ 11 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz**

- I. 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.
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BERGISCHE, die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III. 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.

## **§ 12 Fälligkeit der Beiträge**

- I.
  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.
  2. Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.
- II. 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.
- III. 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.

## **§ 13 Erhebung von Mahngebühren**

Die BERGISCHE erhebt Mahngebühren nach dem Verwaltungsvollstreckungsgesetz (Bund).

## **§ 14 Höhe der Rücklage**

Die Rücklage beträgt 50 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

## **§ 14a 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 Homepage [www.die-bergische-kk.de](http://www.die-bergische-kk.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.

## **§ 15 Leistungen**

### **I. Allgemeiner Leistungsumfang**

Die Versicherten der BERGISCHEN erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von 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 § 17 Absätze 2 bis 4 SGB IX.

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

### **II. Haushaltshilfe**

1. Die BERGISCHE gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen oder eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, auch dann für längstens 8 Stunden täglich Haushaltshilfe,
  - a) wenn bei ständig erforderlicher Bettlägerigkeit bei gefährdeter Schwangerschaft die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Die Haushaltshilfe wird für den medizinisch notwendigen Zeitraum bis zur Entbindung gewährt.
  - b) wenn und solange nach ärztlichem Zeugnis dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird für längstens 4 Wochen.§ 38 Absatz 1 Satz 2 SGB V gilt entsprechend.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägere bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

### **III. Kostenerstattung**

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BERGISCHE vor Inanspruchnahme schriftlich zu informieren. Sie sind von der BERGISCHEN vor ihrer Wahl zu beraten. 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 vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf alle veranlassten oder auf einzelne Bereiche veranlasster Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Hat der Versicherte mindestens ein Kalendervierteljahr an der gewählten Kostenerstattung teilgenommen, kann er die Teilnahme jederzeit beenden; die Teilnahme endet frühestens mit Eingang der schriftlichen Beendigungsmitteilung bei der BERGISCHEN.
4. Der Versicherte hat 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. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind jedoch in Abzug zu bringen.
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 Tag der Rechnungseinreichung um 10 v. H., mindestens 3 € und maximal 50 €, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung 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.

#### **IV. Kostenerstattung Wahlarzneimittel**

1. Die Apotheken tauschen im Falle der Verordnung von „aut idem“ ein Arzneimittel aus, welches mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen ist und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt.  
Dabei ist,
  - a) ein Arzneimittel abzugeben, für das die BERGISCHE einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat, oder, soweit dies nicht der Fall ist,
  - b) eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben.
2. Versicherte der BERGISCHEN haben die Wahlmöglichkeit, ein anderes, als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabattarzneimittel zu wählen.
3. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in der Höhe der Vergütung, die die BERGISCHE bei der Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen bzw. Vorlagen der Verordnungen nachzuweisen.
5. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl des Wunscharzneimittels anfallen, müssen die Versicherten selbst tragen. Vom Erstattungsbetrag werden
  - a) 20 v. H. als Abschlag für die entgangenen Vertragsrabatte und 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels abgezogen.
  - b) 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

#### **§ 16 Primärprävention**

- I. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Minderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BERGISCHE Leistungen zur primären Prävention auf Basis der von dem GKV Spitzenverband beschlossenen Leitfadens „Prävention – Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000“ in der jeweils gültigen Fassung. Diese Präventionsmaßnahmen sollen nach den Grundsätzen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation dem einzelnen Versicherten helfen, durch gesunde Lebensweise die Entstehung und Verschlimmerung von Krankheiten zu verringern oder zu verzögern oder zu vermeiden.
- II. Die BERGISCHE gewährt folgende Leistungen:
  - 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
- III. 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 500,00 €. Die Kosten der Kurse werden bis zum Betrag von 250,00 € je Kurs vollständig übernommen. Für die Teilnahme an Maßnahmen von Anbietern, die mit der BERGISCHEN besondere Verträge - auch hinsichtlich Qualität und Curriculum - abgeschlossen haben, können anderweitige Zuschussregelungen vorgesehen werden. Voraussetzung ist hierfür ebenfalls die Vorlage einer Teilnahmebescheinigung.

## **§ 17 Schutzimpfungen**

- I. Die Kosten für Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V werden von der BERGISCHEN übernommen, sofern nicht andere Kostenträger hierfür zuständig sind (z.B. öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) oder der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet.
- II. Ärztlich empfohlene Schutzimpfungen gemäß Absatz 1 werden von der BERGISCHEN grundsätzlich als Sachleistung oder in Höhe der vertraglichen Regelungen 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.
- III. Die Versicherten erhalten zudem durch Vorlage der Rechnung nachgewiesene Kosten für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.
- IV. Die Kosten für Gripeschutzimpfungen, 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.

## **§ 18 Leistungsausschluss**

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13

SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

- II. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der 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 für strukturierte Behandlungsprogramme**

Die BERGISCHE führt folgende Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen durch:

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzerkrankung
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Die Modellvorhaben beginnen am Tage der Wirksamkeit der Programmzulassung und enden nach Wegfall der Akkreditierung. Inhalt und Ausgestaltung des Modellvorhabens ergeben sich aus dem strukturierten Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

### **§ 21 Antiallergene Matratzenbezüge**

Die BERGISCHE zahlt auf Antrag an Versicherte, die unter einer Milbenallergie leiden, für die Versorgung mit antiallergenen Matratzenbezügen (sog. Encasings) einen Zuschuss in Höhe von 20,00 Euro pro Bezug. Versicherte haben Anspruch auf den Zuschuss für sich selbst und weitere in demselben Zimmer schlafende Personen nach Vorlage einer

ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung eines Allergologen. Ein Anspruch auf eine erneute Versorgung entsteht nach Ablauf eines Zeitraums von 10 Jahren seit der vorherigen Anschaffung. Der Anspruch kann nur für eine Wohnanschrift (Hauptwohnsitz) geltend gemacht werden.

## **§ 22 Betriebliche Gesundheitsförderung**

- I. 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 250,00 € je teilnehmenden Versicherten der BERGISCHEN, jedoch jeweils begrenzt auf die tatsächlichen Kosten. Es können bis zu zwei Maßnahmen je Versichertem je Kalenderjahr übernommen werden. Der Gesamtzuschuss für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung beträgt je Versichertem je Kalenderjahr maximal 500,00 €. Die Entscheidungen über die Unterstützung der Maßnahme und über die Höhe des Bonus werden jeweils im Einzelfall getroffen.
- II. 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.

## **§ 23 Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung**

- I. Die BERGISCHEN bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt, Ausgestaltung und Rechte und Pflichten der Versicherten der hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den abgeschlossenen Verträgen.
- III. Die Erklärung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich. Eine Wahl des Tarifes und der jeweiligen hausarztzentrierten Versorgung ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen des Versicherten nach dem jeweiligen Vertrag vorliegen. Bei Versicherten, die bei Inkrafttreten der Satzung an einer hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, gilt die Teilnahme zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich.
- IV. Die Bindungspflicht des Versicherten an die Wahl des Leistungserbringers, sowie die Modalitäten der Kündigung, der Kündigungsfrist sowie der weiteren Verpflichtungen ergeben sich aus den jeweiligen Verträgen nach Absatz 1 sowie aus § 73b SGB V.
- V. Es gilt die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Absatz 4a SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

## **§ 24 Wahltarif Integrierte Versorgung**

- I. Die BERGISCHE bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an dieser Versorgungsform ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der integrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den abgeschlossenen Verträgen.
- III. Die Erklärung zur Teilnahme an der integrierten Versorgung gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich. Eine Wahl des Tarifes und der jeweiligen integrierten Versorgung ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen des Versicherten nach dem jeweiligen Vertrag vorliegen. Bei Versicherten, die bei Inkrafttreten der Satzung an einer integrierten Versorgung teilnehmen, gilt die Teilnahme zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich.
- IV. Die Bindungspflicht des Versicherten an die Wahl des Leistungserbringers, sowie die Modalitäten der Kündigung, der Kündigungsfrist sowie der weiteren Verpflichtungen ergeben sich aus den jeweiligen Verträgen nach Absatz 1 sowie aus §§ 140a ff. SGB V.  
Die Teilnahme endet ferner mit dem Abschluss der Behandlung.
- V. Es gilt die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Absatz 4a SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

## **§ 25 Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung**

- I. Die BERGISCHE bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an dieser Versorgungsform ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den abgeschlossenen Verträgen.
- III. Die Erklärung zur Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich. Eine Wahl des Tarifes und der jeweiligen besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen des Versicherten nach dem jeweiligen Vertrag vorliegen. Bei Versicherten, die bei Inkrafttreten der Satzung an einer besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen, gilt die Teilnahme zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich.
- IV. Die Bindungspflicht des Versicherten an die Wahl des Leistungserbringers, sowie die Modalitäten der Kündigung, der Kündigungsfrist sowie der weiteren Verpflichtungen ergeben sich aus den jeweiligen Verträgen nach Absatz 1 sowie aus § 73c SGB V.
- V. Es gilt die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Absatz 4a SGB V in der jeweils gültigen Fassung.



## **§ 26 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme**

- I. Die BERGISCHE führt im Rahmen von § 137f SGB V die in § 20 beschriebenen strukturierten Behandlungsprogramme durch. Die Teilnahme an dieser Versorgungsform ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Die Erklärung zur Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich. Bei Versicherten, die bei Inkrafttreten der Satzung an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, gilt die Teilnahme zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich.
- III. Die Teilnahme endet bei Kündigung durch den Versicherten mit dem Tag des Eingangs der Kündigungserklärung bei der BERGISCHEN, es sei denn, der Versicherte gibt einen späteren Kündigungstermin an. Die Teilnahme endet ferner bei Wegfall der Voraussetzungen für die Einschreibung, in anderen Fällen bei Nichtinanspruchnahme der Leistungen des Behandlungsprogrammes.

## **§ 27 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 3 SGB 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 § 27, die Bestandteil dieser Satzung ist.

## **§ 28 Flexibonus**

- I. Versicherte der BERGISCHEN, die das 6. Lebensjahr vollendet haben, können auf Grundlage des § 11 Absatz 6 SGB V folgende zusätzliche Leistungen auf Grundlage der nachfolgenden Absätze in Anspruch nehmen.
- II. Osteopathie  
Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder

Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlungen durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten erbracht werden, die eine Mitgliedschaft in einem Berufsverband der Osteopathen nachweisen können oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt oder eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz oder ein Zertifikat der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e. V. besitzen. Die Erstattung von Leistungen nach diesem Absatz ist auf 150 € im Kalenderjahr begrenzt.

III. Professionelle Zahnreinigung

Die BERGISCHE übernimmt die Kosten für die professionelle Zahnreinigung. Die Erstattung ist auf eine professionelle Zahnreinigung im Kalenderjahr begrenzt, der Erstattungsbetrag beträgt maximal 70 € im Kalenderjahr.

IV. Leistungen für werdende Mütter

Die BERGISCHE übernimmt für Versicherte vor der Entbindung die Kosten für das Ersttrimester-Screening, zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bzw. 3-D oder Farbdoppler-Ultraschall, Toxoplasmose-Screening, Triple-Test, Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken, Zytomegalie-Test, Hebammenrufbereitschaft und die B-Streptokokkenuntersuchung. Voraussetzung ist, dass die Versicherte zum Zeitpunkt der Untersuchungen sowie unter den Voraussetzungen des Absatzes 10 durchgehend bei der BERGISCHEN versichert ist.

V. Geburtsvorbereitungskurse für den Lebenspartner

Die BERGISCHE übernimmt die Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs des Ehemannes bzw. Partners, sofern dieser bei der BERGISCHEN versichert ist.

VI. Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung

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 je Kalenderjahr beschränkt.

VII. Sehhilfen

Über die im SGB V geregelte Versorgung mit Hilfsmitteln hinaus erstattet die BERGISCHE die Kosten für medizinisch notwendige Sehhilfen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen werden zu 100 % bis zu einem Gesamtbetrag von 100 € innerhalb von drei Kalenderjahren ersetzt. Erstattungsfähig sind die aus dem Rechnungsbeleg hervorgehenden Kosten für Gläser, Brillengestell sowie Augenglasbestimmung durch den Optiker. Der neue Dreijahreszeitraum beginnt mit Ablauf von zwei vollen Kalenderjahren nach der letzten Leistungsgewährung zugrunde liegenden Rechnung von neuem. Der Anspruch endet an dem Tag, an dem das 18. Lebensjahr vollendet wird. Maßgeblich ist der Tag, an dem die Sehhilfe ausgehändigt wird (sog. Lieferdatum).

VIII. Medizinische Vorsorgeleistungen

Die BERGISCHE übernimmt für Versicherte die Kosten über die Leistungen des Sozialgesetzbuch V hinaus für Hautkrebscreening mit Auflichtmikroskopie, Glaukom-Vorsorge inkl. Messung des Augeninnendrucks und Spiegelung des Augenhintergrunds, PSA-Wertmessung, Osteoporose-Screening

(Knochendichtemessung), Mammographievorsorge vor dem 50. Lebensjahr, (zusätzliche) Ultraschalluntersuchungen der Brust, des Unterleibs und der Spirale, Chlamydienscreening, Klimakteriumssprechstunde, Thin-Prep-Abstrich, FOBplus-Stuhltest im Rahmen der Darmkrebsvorsorge. Voraussetzung ist, dass diese Leistungen durch einen zugelassenen Vertragsarzt erbracht wurden. Die Erstattung von Leistungen nach diesem Absatz ist auf 50 € im Kalenderjahr begrenzt.

**IX. Erweiterte Leistungen für Zahnbehandlung**

Die BERGISCHE bezuschusst für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Kosten über die Leistungen des Sozialgesetzbuch V hinaus für folgende private Zusatzleistungen im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung:

- einmalige Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren
  - Behandlung mit Lachgas, sofern die Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird und der Behandler eine Weiterbildung zur sicheren Anwendung von Lachgassedierungen entsprechend den Ausbildungsstandards der Deutschen Gesellschaft für dentale Sedierung (DGfDS) abgeschlossen hat
- Voraussetzung ist, dass diese Leistungen durch einen zugelassenen Vertragsarzt erbracht wurden. Die Erstattung von Leistungen nach diesem Absatz ist auf 40 € im Kalenderjahr begrenzt.

**X. Für jeden Versicherten wird ab dem 1. Januar des Folgejahres, in dem das 6. Lebensjahr vollendet wird, ein Betrag von 300 € je Kalenderjahr für die Inanspruchnahme der Leistungen der Absätze 2 bis 9 zur Verfügung gestellt.**

Voraussetzung ist unabhängig von den besonderen Voraussetzungen der Absätze 2 bis 9, dass

1. die Leistungsanspruchnahme ab Inkrafttreten der Satzungsregelung erfolgte,
2. die Leistungsanspruchnahme während der bestehenden Versicherung bei der BERGISCHEN erfolgte,
3. die Rechnungen bis spätestens 30.09. des Folgejahres eingereicht werden.

Als Leistungsanspruchnahme wird der Zeitpunkt verstanden, zu dem der Versicherte die Leistung gegenüber dem Leistungserbringer tatsächlich in Anspruch genommen hat. Über den Kalenderjahreswechsel in Anspruch genommene Leistungen werden anteilig auf die Kalenderjahre aufgeteilt.

Eine Auszahlung erfolgt laufend.

Eine Übertragung des Betrages oder eines Restbetrages auf andere Versicherte oder auf das folgende Kalenderjahr ist nicht möglich.

**XI. Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge im Rückstand befinden, sind ausgeschlossen.**

**XII. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie zusätzlich für Leistungen der Osteopathie sowie bei der sportmedizinischen Untersuchung (Absätze 2, 6), die ärztlichen Bescheinigungen und bei der Sehhilfe (Absatz 7) die entsprechende augenärztliche Verordnung bzw. die Augenglasbestimmung des Optikers vorzulegen. Bei einer digitalen Übermittlung (App oder Online-Geschäftsstelle) kann die BERGISCHE die Originaldokumente anfordern.**

## **§ 29 Kinderflexi**

- I. Versicherte der BERGISCHEN, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können auf Grundlage des § 11 Absatz 6 SGB V folgende zusätzliche Leistungen auf Grundlage der nachfolgenden Absätze in Anspruch nehmen.
- II. Osteopathie  
Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlungen durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten erbracht werden, die eine Mitgliedschaft in einem Berufsverband der Osteopathen nachweisen können oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt oder eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz oder ein Zertifikat der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e. V. besitzen. Die Erstattung von Leistungen nach diesem Absatz ist auf 150 € im Kalenderjahr begrenzt.
- III. Professionelle Zahnreinigung  
Die BERGISCHE übernimmt die Kosten für die professionelle Zahnreinigung. Die Erstattung ist auf eine professionelle Zahnreinigung im Kalenderjahr begrenzt, der Erstattungsbetrag beträgt maximal 70 € im Kalenderjahr.
- IV. Sehhilfen  
Über die im SGB V geregelte Versorgung mit Hilfsmitteln hinaus erstattet die BERGISCHE die Kosten für medizinisch notwendige Sehhilfen. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen werden zu 100 % bis zu einem Gesamtbetrag von 100 € innerhalb von drei Kalenderjahren ersetzt. Erstattungsfähig sind die aus dem Rechnungsbeleg hervorgehenden Kosten für Gläser, Brillengestell sowie Augenglasbestimmungen durch Optiker. Der neue Dreijahreszeitraum beginnt mit Ablauf von zwei vollen Kalenderjahren nach der der letzten Leistungsgewährung zugrunde liegenden Rechnung von neuem.
- V. Leistungen für Neugeborene  
Die BERGISCHE übernimmt für Versicherte die Kosten für Kurse bei qualifizierten Anbietern von PEKiP, Baby-Shiatsu und Baby-Yoga. Die Erstattung von Leistungen nach diesem Absatz ist auf zwei Kurse in Höhe von jeweils maximal 50 € je Kurs im Kalenderjahr begrenzt.
- VI. Schwimmkurse  
Die BERGISCHE übernimmt die Kosten von Kursen aus den Bereichen Babyschwimmen, Wassergewöhnung und Kinderschwimmen. Der Erstattungsbetrag nach diesem Absatz ist auf einen Kurs aus diesem Bereich begrenzt und beträgt maximal 50 € im Kalenderjahr alle zwei Kalenderjahre. Der neue Zweijahreszeitraum beginnt mit Ablauf von einem vollen Kalenderjahr nach der letzten Leistungsanspruchnahme gem. Absatz 9.
- VII. Besondere Leistungen für das Baby  
Die BERGISCHE übernimmt die Kosten der Beratung bei qualifizierten Anbietern im Bereich der Stoffwindelberatung, der Beikosteführung, der Babymassage und der Trageberatung. Der Erstattungsbetrag nach diesem Absatz ist auf einen Kurs aus diesem Bereich begrenzt und beträgt maximal 50 € im Kalenderjahr.
- VIII. Erweiterte Leistungen für Zahnbehandlung  
Die BERGISCHE bezuschusst die Kosten über die Leistungen des Sozialgesetzbuchs V hinaus für folgende private Zusatzleistungen im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung:

- einmalige Fissuren-Versiegelung der Prämolaren
- Behandlung mit Lachgas, sofern die Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird und der Behandler eine Weiterbildung zur sicheren Anwendung von Lachgassedierungen entsprechend den Ausbildungsstandards der Deutschen Gesellschaft für dentale Sedierung (DGfDS) abgeschlossen hat

Voraussetzung ist, dass diese Leistungen durch einen zugelassenen Vertragsarzt erbracht wurden. Die Erstattung von Leistungen nach diesem Absatz ist auf 40 € im Kalenderjahr begrenzt.

- IX. Für jeden Versicherten wird ein Betrag von 300 € je Kalenderjahr bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem das 6. Lebensjahr vollendet wird, für die Inanspruchnahme der Leistungen der Absätze 2 bis 8 zur Verfügung gestellt.

Voraussetzung ist unabhängig von den besonderen Voraussetzungen der Absätze 2 bis 8, dass die Leistungsanspruchnahme ab Inkrafttreten der Satzungsregelung erfolgte,

1. die Leistungsanspruchnahme während der bestehenden Versicherung bei der BERGISCHEN erfolgte,
2. die Rechnungen bis spätestens 30.09. des Folgejahres eingereicht werden.

Als Leistungsanspruchnahme wird der Zeitpunkt verstanden, zu dem der Versicherte die Leistung gegenüber dem Leistungserbringer tatsächlich in Anspruch genommen hat. Der Beginn der Leistung ist für die Zuordnung zu einem entsprechenden Bonusjahr entscheidend, z. B. in welchem Jahr mit der Leistung, z. B. dem Schwimmkurs, begonnen wurde.

Eine Auszahlung erfolgt laufend.

Eine Übertragung des Betrages oder eines Restbetrages auf andere Versicherte oder auf das folgende Kalenderjahr ist nicht möglich.

- X. Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge im Rückstand befinden, sind ausgeschlossen.
- XI. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie zusätzlich für Leistungen der Osteopathie (Absatz 2) die ärztliche Bescheinigung und bei der Sehhilfe (Absatz 4) die entsprechende augenärztliche Verordnung bzw. die Augenglasbestimmung des Optikers vorzulegen. Bei einer digitalen Übermittlung (App oder Online-Geschäftsstelle) kann die BERGISCHE die Originaldokumente anfordern.

### **§ 30 Kooperation mit der Privaten Krankenversicherung**

Die BERGISCHE vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

### **§ 31 Aufsicht**

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

## **§ 32 Mitgliedschaft zum Landesverband**

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

## **§ 33 Bekanntmachungen**

Die Bekanntmachungen der BERGISCHEN erfolgen im Internet unter der Homepage [www.die-bergische-kk.de](http://www.die-bergische-kk.de). Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der BERGISCHEN beträgt die Veröffentlichungsfrist eine Woche.

## **Artikel II**

### **Inkrafttreten**

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 26. November 2009 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 1. Oktober 2009 in Kraft.  
Gleichzeitig treten die Satzung vom 31. Mai 2007 und die dazu ergangenen Nachträge vom 10. Oktober 2007, 5. November 2007, 5. Juni 2008 und 15. Dezember 2008 außer Kraft.
3. § 20 der Satzung tritt mit Beginn des Modellvorhabens für das jeweilige strukturierte Behandlungsprogramm in Kraft. Der Wahltarif Krankentagegeld (§ 25) tritt nach schriftlicher Beschlussfassung des Verwaltungsrates vom 26. November 2009 zum 1. August 2009 in Kraft. § 24 Absatz 4 der Satzung tritt zum 1. Januar 2010 in Kraft.

Solingen, den 26. November 2009

Der Vorsitzende  
des Verwaltungsrates  
in Vertretung Herr Böntgen

## **Entschädigungsregelung zu § 2 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**

- I. 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.
- II. 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 § 6 Absatz 1 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 Verdienstaufalls und der Rentenversicherungsbeiträge für die Teilnahme an einer Verwaltungsratssitzung**

- I. 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.
- II. Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaufall 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**

- I. Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 75 €. Satz 1 gilt auch für Vorbesprechungen des Verwaltungsrates.
- II. 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.

#### **§ 5 Entschädigung für Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates**

- I. Für die Teilnahme an den Ausschusssitzungen werden Entschädigungen nach § 1 gewährt.
- II. 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:

- I. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 450 €. Der stellvertretende Vorsitzende erhält einen monatlichen Pauschbetrag von 75 €. Die Höhe der monatlichen Pauschalbeträge errechnen sich nach der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner.
- II. 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 Pauschalbeträge errechnen sich nach der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner.



## **Wahltarife Krankentagegeld zu § 27 der Satzung**

### **Teilnahme**

1. Die BERGISCHE bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (*Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt*). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
  - a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
  - b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BERGISCHEN erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen 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 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 das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerrhöhung um mehr als 10 v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

### Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder 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:

<b>Wahltarifkrankengeld kalendertäglich</b>	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €
<b>Prämie monatlich</b>	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €

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

<b>Wahltarifkrankengeld kalendertäglich</b>	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €	90 €
<b>Prämie monatlich</b>	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 33 und 34 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.
11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
13. Die 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 Mitglieder, 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 oder 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 Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit)
  2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BERGISCHEN nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BERGISCHEN kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet
  - mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif,
  - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit, wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird,

- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
  - solange und soweit in der nach § 53 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 der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21 keine Anwendung.
22. Die §§ 16 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 das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
24. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BERGISCHEN an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, 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 Mitglieder 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 Künstler-/Publizistentarif 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. Das Mitglied ist verpflichtet der BERGISCHEN eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

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

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

28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der BERGISCHEN sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (zum Beispiel Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BERGISCHEN auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BERGISCHEN im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen 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 das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden

höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

## Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der 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.