

**Satzung der BERGISCHEN Krankenkasse vom 26. November 2009
(Stand 01. Januar 2012)**

§§	Inhalt	Seite
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	Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge	8
§ 10	Kassenindividueller Zusatzbeitrag	9
§ 11	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	9
§ 12	Fälligkeit der Beiträge	9
§ 13	Mahngebühren	10
§ 14	Höhe der Rücklage	10
§ 15	Leistungen	10
§ 16	Primärprävention	13
§ 17	Schutzimpfungen	13
§ 18	Leistungsausschluss	14
§ 19	Medizinische Vorsorgeleistungen	14
§ 20	Modellvorhaben für strukturierte Behandlungsprogramme	15
§ 21	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	15
§ 22	Betriebliche Gesundheitsförderung	16
§ 23	Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	17
§ 24	Wahltarif Integrierte Versorgung	17
§ 25	Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung	18
§ 26	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	18
§ 27	Wahltarife Krankentagegeld	19
§ 28	Wahltarif Arzneimittel	19
§ 29	Kooperation mit der Privaten Krankenversicherung	20
§ 30	Aufsicht	21
§ 31	Mitgliedschaft zum Landesverband	21
§ 32	Bekanntmachungen	21
Art. II	Inkrafttreten	21

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 01. 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 & Co. KG, Stöcken 17, 42651 Solingen 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.
Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am Anfang des Kalenderjahres.
- 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, wenn der Vorstand längere Zeit an der Ausübung seines Amtes gehindert ist oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,
 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 Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen 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.
- 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. Der Vorstand der Pflegekasse ist der Vorstand der Betriebskrankenkasse.
- II. Der Vorstand verwaltet die Pflegekasse vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Pflegekasse 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.
- III. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BERGISCHEN.
- IV. Das Personal der Pflegekasse ist das mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Pflegekasse beauftragte Personal der BERGISCHEN, es unterstützt den Vorstand bei der Verwaltung der Pflegekasse.

§ 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 Arbeiterprobung, 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. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, wenn sie beim Beitritt noch nicht 30 Jahre alt sind,

4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
 5. 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,
 6. 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 01. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren,
 7. innerhalb von 6 Monaten ab dem 01. 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 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die BERGISCHE hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit durch Veröffentlichung in der Mitgliederzeitung oder durch Informationsschreiben hinzuweisen. Kommt die BERGISCHE ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrages und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.
- III. Abweichend von 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 Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

- I. Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Absatz 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
 1. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in § 76 Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB IV genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Absatz 4a SGB V zu zahlen ist,

3. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- II. Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als drei Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommene Leistungen verzichtet; die Erklärung bindet auch Dritte, insbesondere die in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer.
- III. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

- I. Wird ein Zusatzbeitrag erhoben, ist dieser vom Mitglied an die BERGISCHE zu zahlen. Die BERGISCHE kann mit Zustimmung des Mitglieds mit dem Arbeitgeber vereinbaren, dass der Zusatzbeitrag zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an sie gezahlt wird. Die Zahlungspflicht des Mitgliedes wird durch diese Vereinbarung nicht aufgehoben.
- II. Die BERGISCHE erhebt von ihren Mitgliedern keinen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V.
- III. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 6 Absatz 2 wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrages fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Absatzes 2 im vollen Umfang erhoben.

§ 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 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. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 12 Fälligkeit der Beiträge

- I. 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 mit Ausnahme 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 2 € Mahngebühren bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von 50 €. Ab einem Betrag von 51 € werden die Mahngebühren nach dem Verwaltungsvollstreckungsgesetz NRW i. V. m. der Kostenordnung NRW berechnet.

§ 14 Höhe der Rücklage

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

§ 15 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BERGISCHEN erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur 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 und solange dem Versicherten nach ärztlicher Feststellung allein wegen einer stationärsersetzenden ambulanten Operation oder ständig erforderlicher

Bettlägerigkeit bei gefährdeter Schwangerschaft die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Die Haushaltshilfe wird längstens bei einer ambulanten Operation für einen Zeitraum von 4 Wochen, bei Gefährdung der Schwangerschaft 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 § 20d 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. Die BERGISCHE übernimmt zudem die Kosten für Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen wurden,
- III. Für selbst bezahlte, ärztlich empfohlene Schutzimpfungen gemäß Absatz 1 werden von der BERGISCHEN der Impfstoff abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen, für die ärztliche Behandlung die jeweils aktuellen GOÄ-Positionen 1 und 375 mit dem einfachen Faktor, erstattet.
- IV. 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 Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden,
 - für die Impfung gegen Rotaviren, wenn sie bis zur 26. Lebenswoche durchgeführt wird.
- V. 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 besteht. 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 Leistungsanspruchnahme 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 13 €, wobei der Zuschuss die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen darf.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss bis zu 21 €, 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 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, mindestens vier Punkte innerhalb eines Kalenderjahres (Bonusjahr) nachweisen. Der Bonus wird erhöht, wenn der Versicherte weitere Punkte nachweist. Für jeden nachgewiesenen Punkt erhält der Versicherte 10 €. Nicht nachgewiesene oder nicht erreichbare Punkte gelten als nicht erfüllt.
 1. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr im Bonusjahr an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Absatz 1 SGB V teil. Dieser Punkt gilt im jeweiligen untersuchungsfreien Kalenderjahr, welches der Untersuchung zeitlich nachfolgt, als erfüllt.
 2. Der Versicherte nimmt im Bonusjahr (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Absatz 2 SGB V teil.
 3. Der Versicherte nimmt die zahnprophylaktischen Untersuchungen gem. § 28 Absatz 2 SGB V im Bonusjahr wahr.
 4. Alle zum Zeitpunkt der Auszahlung des Bonusheftes bei der BERGISCHEN mitversicherten Kinder nehmen sämtliche nach § 26 Absatz 1 SGB V vorgesehenen Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen bis zum Ablauf des jeweiligen Bonusjahres vollständig in Anspruch. Dieser Bonuspunkt wird zeitlich bei vollständigem Nachweis der Untersuchungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres angerechnet. Dieses gilt auch, wenn die Familienversicherung innerhalb des jeweiligen Jahres bestanden hat und die Familienversicherung zum Zeitpunkt der Auszahlung nur nicht mehr besteht, weil die Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 SGB V nicht mehr vorliegen.
 5. Der Versicherte führt im Bonusjahr eine professionelle Zahnreinigung durch, welche durch die Abrechnung des Zahnarztes nachgewiesen wird.
 6. Der Versicherte hat im Bonusjahr ein Deutsches Sportabzeichen erworben und nachgewiesen.

7. Der Body-Maß-Index des Versicherten wird aufgrund Untersuchungen des National Research Council (NRC) der USA altersabhängig festgelegt. Der Versicherte hat im Bonusjahr folgenden altersabhängigen BMI-Wert:

Alter	BMI
19-24	19-24
25-34	20-25
35-44	21-26
45-54	22-27
55-64	23-28
Ab 65	24-29

8. Der Versicherte ist zum Ablauf des Bonusjahres seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher.
9. Der Versicherte weist in dem Bonusjahr eine zertifizierte Ernährungsberatung anhand einer Bescheinigung oder Rechnung nach.
10. Der Versicherte weist eine aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder einem Fitnessstudio im Bonusjahr durch eine Bestätigung nach.
11. Der Versicherte nimmt im Bonusjahr eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Absatz 1 SGB V in Anspruch, welche von der BERGISCHEN bezuschusst wurde.
12. Die Versicherte nimmt im Bonusjahr nachweislich an den gesetzlichen Untersuchungen zur Schwangerschaftsvorsorge gem. § 196 RVO teil.
- II. Für jeden Punkt wird ein Bonus in Höhe von 10 € (Mindestvoraussetzung 4 Punkte = 40 €, maximal 120 € jährlich) gutgeschrieben, wenn die Voraussetzungen aus Absatz 1 bis zum 31.03. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr nachgewiesen werden. Eine Auszahlung des Bonusbetrages erfolgt im Folgejahr für das zurückliegende Kalenderjahr, wenn der Versicherte am 1. Januar des Folgejahres Versicherter der BERGISCHEN ist.
- III. Wenn der Bonus in drei aufeinanderfolgenden Jahren erreicht wird, dann erhält der Versicherte ab dem 4. Jahr, wenn er in diesen Jahren mindestens sechs nachgewiesene Punkte erreicht, in dem jeweiligen Bonusjahr einen Zusatzbonus in Höhe von 80 €. Der Zusatzbonus entfällt, wenn er in einem Kalenderjahr nicht die notwendigen sechs Punkte erreicht. In diesem Fall hat der Versicherte zunächst wieder drei Jahre den Grundbonus zu erfüllen, bis wieder der Zusatzbonus erreicht werden kann.

§ 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 insgesamt bis maximal 150 € je teilnehmenden Versicherten der BERGISCHEN, jedoch jeweils begrenzt auf die tatsächlichen Kosten. 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 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 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 für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die BERGISCHE führt ein Verzeichnis über diese Verträge. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung. Die BERGISCHE stellt dem Versicherten dieses Verzeichnis auf Wunsch zur Verfügung.
- 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. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens nach einem Jahr erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Quartalsende. Die Kündigung ist der BERGISCHEN schriftlich zu erklären.

§ 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. Die BERGISCHE führt ein Verzeichnis über diese Verträge. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Die BERGISCHE stellt dem Versicherten dieses Verzeichnis auf Wunsch zur Verfügung.
- II. Die Erklärung zur Teilnahme an der integrierten Versorgung gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich. 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.

- III. Die Teilnahme ist schriftlich gegenüber der BERGISCHEN zu erklären (Einschreibung). Sie beginnt mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung.
- IV. Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der BERGISCHEN kündigen. 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 Kündigungsstermin an. Die Teilnahme endet ferner mit dem Abschluss der Behandlung.

§ 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 für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die BERGISCHE führt ein Verzeichnis über diese Verträge. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Die BERGISCHE stellt dem Versicherten dieses Verzeichnis auf Wunsch zur Verfügung.
- 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. 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 Teilnahme ist schriftlich gegenüber der BERGISCHEN zu erklären (Einschreibung). Sie beginnt mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung.
- V. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt ein Jahr; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue einjährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Im Übrigen kann das Mitglied den Tarif unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Jahresende schriftlich gegenüber der BERGISCHEN kündigen. Maßgeblich ist der Eingang der Kündigung bei der BERGISCHEN. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen einjährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

§ 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.
- IV. Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V eine Prämie in Höhe von 40 €, wenn der Versicherte am 1. Januar des Folgejahres noch Mitglied der BERGISCHEN ist. Die Erstattung erfolgt im 1. Quartal eines Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr. Durch die Teilnahme an mehreren Behandlungsprogrammen wird der Gesamtbetrag von 40 € pro Kalenderjahr nicht erhöht.

§ 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 und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten 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 Maßgabe der Anlage zu § 25, die Bestandteil dieser Satzung.

§ 28 Wahltarif Arzneimittel

- I. Mitglieder der BERGISCHEN können für sich und ihre familienversicherten Angehörigen im Rahmen des Tarifs die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, die nach § 34 Absatz 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind, wählen. Sie sind von der BERGISCHEN vor ihrer Wahl umfassend über die Bedingungen zu beraten.
- II. Die BERGISCHE erstattet dem Mitglied die für sich selbst und/ oder seine familienversicherten Angehörigen entstandenen und nachgewiesenen Kosten für apothekenpflichtige Fertigarzneimittel der Homöopathie, Anthroposophie und Phytotherapie bei Verordnung auf Privatrezept durch einen Vertragsarzt. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen vorzulegen. Die Höhe der Erstattung beträgt für das Mitglied und seine familienversicherten Angehörigen zusammen 80 vom Hundert der Kosten für jedes einzelne im Rahmen des Tarifs erstattungsfähige Arzneimittel und ist begrenzt auf 200,- € im Kalenderjahr. Maßgeblich ist der zum Zeitpunkt der Abgabe des Arzneimittels gültige Apothekenabgabepreis. Im

- Falle familienversicherter Angehöriger, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt eine vollständige Erstattung ohne Eigenanteil und ohne Berücksichtigung der Höchstgrenze von 200,00 € pro Kalenderjahr. Eine Erstattung erfolgt durch die BERGISCHE, wenn ein Erstattungsbetrag von 30 € pro Mitglied erreicht wurde, spätestens jedoch nach Ablauf des 31. Dezember eines Jahres.
- III. Das Mitglied hat für sich und seine familienversicherten Angehörigen eine Prämie in Höhe von 9,90 € für jeden angefangenen Monat der Teilnahme zu entrichten. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs. Endet oder beginnt die Teilnahme nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie anteilig nach den tatsächlichen Kalendertagen berechnet. Ein Monat wird hierbei mit 30 Tagen angesetzt. Anstelle der kalendermonatlichen Zahlung kann die Prämie nach Wahl des Mitglieds auch halbjährlich oder jährlich im Voraus erfolgen. Das Mitglied erhält bei halbjährlicher Zahlung einen Rabatt von 2 vom Hundert der Prämie und bei jährlicher Zahlung einen Rabatt von 4 vom Hundert der Prämie.
Sofern Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht der Anspruch auf Erstattung der Arzneimittelkosten bis zu dem Tag, an dem die Prämien zuzüglich sämtlicher ausstehender Kosten, die durch die verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig nachentrichtet werden.
- IV. Die Teilnahme an dem Tarif beginnt mit dem ersten Tag des Monats, der auf den Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung folgt. Das Mitglied und seine familienversicherten Angehörigen sind ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme drei Jahre an die Wahl des Tarifs gebunden.
- V. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt ein Jahr; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue einjährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Im Übrigen kann das Mitglied den Tarif unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Jahresende schriftlich gegenüber der BERGISCHEN kündigen. Maßgeblich ist der Eingang der Kündigung bei der BERGISCHEN. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen einjährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- VI. Dem Mitglied steht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen zu. 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. 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. mit dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 vom Hundert, bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.
- VII. Die BERGISCHE darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen. Die §§ 51 bis 56 SGB I gelten entsprechend.
- VIII. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz 1 nicht wählen.

§ 29 Kooperation mit der Privaten Krankenversicherung

Die BERGISCHE vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 30 Aufsicht

Die Aufsicht über die BERGISCHE führt das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes Nordrhein-Westfalen.

§ 31 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 32 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BERGISCHEN erfolgen im Internet unter der Homepage www.die-bergische-kk.de. Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der BERGISCHEN beträgt die Veröffentlichungsfrist 1 Woche.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 26. November 2009 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01. Oktober 2009 in Kraft.
Gleichzeitig treten die Satzung vom 31. Mai 2007 und die dazu ergangenen Nachträge vom 10. Oktober 2007, 05. November 2007, 05. 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 01. August 2009 in Kraft. § 24 Absatz 4 der Satzung tritt zum 01. Januar 2010 in Kraft.

Solingen, den 26. November 2009

Der Vorsitzende
des Verwaltungsrates
in Vertretung Herr Böntgen