



SATZUNG

der

BKK BPW Bergische Achsen KG

01.01.2021

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der BKK BPW
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Beginn und Ende der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Kassenindividueller Zusatzbeitrag
- § 8a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
- § 9 Fälligkeit der Beiträge
- § 9a Erhebung von Mahngebühren/Beitragsvorschüssen
- § 10 Höhe der Rücklage
- § 11 Leistungen
- § 11a Primärprävention
- § 11b Schutzimpfungen
- § 11c Leistungsausschluss
- § 12 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 12a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 12b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 12c Wahltarif integrierte Versorgung
- § 12d Wahltarif Prämienzahlung
- § 13 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 13a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten für Versicherte ab dem 16. Lebensjahr
- § 13b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten für Versicherte bis zum 15. Lebensjahr
- § 13c Arbeitgeberbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 13d Persönliche elektrische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V
- § 14 Wahltarife Krankengeld
- § 15 Kooperation mit der PKV
- § 16 Aufsicht
- § 17 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 18 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

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 Betriebskrankenkasse BPW Bergische Achsen KG (BKK BPW). Die BKK BPW hat ihren Sitz in Wiehl.
Sie ist errichtet worden im Jahre 1919.

- II. Der Bereich der BKK BPW erstreckt sich auf die Betriebe BPW Bergische Achsen KG in Wiehl, auf die Werke in Brüchermühle und Hunsheim.

§ 2 Verwaltungsrat

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der BKK BPW 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 nach 3 Jahren, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.

- II. Dem Verwaltungsrat der BKK BPW gehören als Mitglieder 5 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an. Er hat die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen.
- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der BKK BPW sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die BKK BPW maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die BKK BPW 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 gem. § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,

5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstands vertraglich zu regeln,
 6. einen leitenden Beschäftigten der BKK BPW mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
 7. den Vorstand zu überwachen,
 8. die BKK BPW 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 Krankenkassen zu beschließen,
 11. über die Auflösung der BKK BPW zu beschließen.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VII. Entschädigungen an Mitglieder des Verwaltungsrates nach festen Sätzen und Pauschbeträgen im Sinne des § 41 Absatz 1 und 3 SGB IV werden nicht gezahlt.
- VIII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind.
- IX. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- X. 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 widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der BKK BPW gehört 1 Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die BKK BPW und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die BKK BPW 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. die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
6. die BKK BPW 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 BKK BPW abzuschließen,
10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der BKK BPW wird vom Vorstand eingestellt.
- V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der BKK BPW.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in der BKK BPW Bergische Achsen KG, Wiehl.
- II.
 - 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus einem Vertreter der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK BPW und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit einer Stimme.
 - 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 - 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.
Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird vom Arbeitgeber bestellt.
Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 - 4. Die §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten für die ehrenamtlichen Mitglieder des Widerspruchsausschusses entsprechend.
 - 5. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt.
Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und dem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung.
Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der BKK BPW sein kann.

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
-
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
 - IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

Mitglieder der BKK BPW können werden

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

wenn die weiteren gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen können der Kasse nur dann beitreten, wenn sie das 54. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 6 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- I. Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder bei der BKK BPW beginnt, soweit sich aus gesetzlichen Vorschriften nichts anderes ergibt, mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht.
- II. Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder beginnt mit dem Tag ihres Beitritts, sofern sich aus § 188 Abs. 2 und 4 SGB V nicht anderes ergibt.
- III. Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt, sofern sich aus gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt.
- IV. Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet unter Berücksichtigung der Voraussetzungen der §§ 175 und 191 SGB V, sofern sich aus der Teilnahme an einem von der BKK BPW angebotenen Wahltarif keine längere Bindungsfrist ergibt.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der BKK BPW werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 8 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

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

§ 8a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Abs. 2 Nr. 5 und 8 Abs. 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK BPW Bergische Achsen KG; 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.

§ 9 Fälligkeit der Beiträge

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

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen; 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 fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Abs. 1 Sätze 1 u. 2 SGB V).

§ 10 Höhe der Rücklage

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

§ 11 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK BPW 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 § 29 SGB IX.

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

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI ab Pflegegrad 2 nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt, je Krankheitsfall (die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege im Sinne dieser Vorschrift

basiert auf derselben Erkrankung) jedoch auf die Dauer von 13 Wochen innerhalb eines Kalenderjahres.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

1. Die BKK BPW gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,
 - wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 6 Wochen innerhalb eines Kalenderjahres je Krankheitsfall (die Notwendigkeit der Haushaltshilfe basiert auf derselben Erkrankung) gewährt,
 - wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird ab Beginn der Krankheit längstens für einen Zeitraum von 6 Wochen innerhalb eines Kalenderjahres je Krankheitsfall (die Notwendigkeit der Haushaltshilfe basiert auf derselben Erkrankung) gewährt,
 - wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes wegen einer Hospizbetreuung nach § 39 a SGB V nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, sofern im Haushalt ein oder mehrere Kinder leben, die bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
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 Schwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK BPW vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der BKK in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf alle veranlassten Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.
Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden.
Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK BPW davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK BPW bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 40 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen.
7. Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz in Anspruch genommen werden, nach Maßgabe des § 13 Abs. 4 SGB V erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt 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 um 5 v.H., maximal 50,00 EUR, für Verwaltungskosten zu kürzen.

Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Nr. 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 BKK BPW 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.

V. Kostenerstattung Wahlarzneimittel

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK BPW bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V ist um 5 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 3 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
2. § 12 Abs. IV Nr. 4, 5 und 6 gelten.

VI. Zusätzliche Satzungsleistungen

Die BKK BPW übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus den Bereichen der

- medizinischen Vorsorge,
- der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft
- der zahnärztlichen Behandlung
- der nicht zugelassenen Leistungserbringer
- der künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V):

a. Osteopathische Leistungen

Osteopathische Leistungen können bei Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung in Anspruch genommen werden, wenn

- die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- die Leistung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen worden ist.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlungen durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten erbracht werden, die eine ordentliche Mitgliedschaft im Verband der Osteopathen e.V. oder der Deutschen Gesellschaft für osteopathische Medizin e.V. oder der Deutschen Gesellschaft für Chirotherapie und Osteopathie e.V. oder der Deutschen Ärztesgesellschaft für Osteopathie e.V. nachweisen können oder eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz oder ein Zertifikat der Bundesgemeinschaft Osteopathie e.V. besitzen.

Übernommen werden:

- maximal 6 Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten unter Vorlage der Originalrechnung jedoch nicht mehr als 60 EUR pro Sitzung.

b. Psychotherapeutische Behandlungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern

Die BKK BPW übernimmt abweichend von § 28 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 95 Abs. 10 bis 13 SGB V auch Kosten für Psychotherapie bei nicht zugelassenen Psychotherapeuten, sofern Behandlungstermine bei einem Vertragstherapeuten nicht innerhalb eines medizinisch notwendigen Zeitrahmens zur Verfügung stehen und die Therapie gemäß ärztlicher Bescheinigung geeignet ist, eine stationäre Krankenhauseinweisung zu vermeiden oder eine Arbeitsunfähigkeit zu verkürzen.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügt und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen kann.

Der Leistungsumfang der ambulanten außervertraglichen psychotherapeutischen Behandlung ergibt sich aus den Psychotherapie-Richtlinien.

Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der Vergütung, die die BKK BPW bei Erbringung der Dienstleistung nach dem jeweils gültigen EBM zu tragen hätte. Die Erstattung erfolgt auf die Vorlage der Originalrechnung.

c. Glaukom-Früherkennung für Versicherte ab dem 50. Lebensjahr

Versicherte haben ab Vollendung des 50. Lebensjahres Anspruch auf eine Glaukom-Früherkennung.

Die Glaukom-Früherkennung im vorgenannten Sinne beinhaltet die Tonometrie (Messung des Augeninnendrucks) und die Funduskopie (Beurteilung des Sehnervs). Der Anspruch setzt voraus, dass die Vorsorgeleistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer

durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung (Kassenarzt) im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnimmt und Facharzt für Augenheilkunde ist.

Die Kosten für eine Glaukom-Früherkennung werden einmal im Kalenderjahr bis maximal 15 EUR erstattet. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen/-quittungen einzureichen.

d. Professionelle Zahnreinigung

Die Kosten einer professionellen Zahnreinigung werden einmal je Kalenderjahr gegen Vorlage der Originalrechnung übernommen. Der Höchstbetrag der Erstattung beträgt dabei 40,00 EUR je Versicherten.

Die Leistung muss durch einen Vertragszahnarzt durchgeführt werden, der an der vertragszahnärztlichen Versorgung im Sinne des 4. Kapitels der SGB V teilnimmt.

e. Mehrleistungen zur Hebammenhilfe

Versicherte schwangere Frauen haben vor der Entbindung Anspruch auf eine Hebammenrufbereitschaft, sofern die Rufbereitschaft die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur Geburtshilfe umfasst.

Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten bis zur Höhe von maximal 200,00 EUR je Schwangerschaft.

Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134 a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist.

Zur Erstattung ist die Originalrechnung einzureichen.

f. Mehrleistungen zur künstlichen Befruchtung

Versicherte haben zusätzlich zu dem Leistungsanspruch zur künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V Anspruch auf einen Zuschuss für insgesamt bis zu drei Behandlungsversuche.

Der Zuschuss beträgt 300 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten.

Der Anspruch ist beschränkt auf die am Körper der/des Versicherten der BKK BPW durchgeführten Leistungen sowie der extrakorporalen Maßnahmen.

Zur Erstattung ist der BKK BPW die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

§ 11a Primärprävention

Die BKK BPW sieht Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

Dies gilt für folgende Handlungsfelder:

Bewegungsgewohnheiten

Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung

Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement

Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multi-modales Stressmanagement)

Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum

Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens

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

Die Förderung durch die BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt.

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 85 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 80 EUR je Maßnahme gewährt.

§ 11b Schutzimpfungen

- I. Die BKK BPW übernimmt die Kosten über den Anspruch nach § 20i SGB V hinaus für alle Schutzimpfungen im In- und Ausland, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder gemäß § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz empfohlen werden, soweit sie von Vertragsärzten durchgeführt werden. Dies gilt nur, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind.
- II. Die Kosten werden in Höhe von 100 v.H. übernommen.

§ 11c Leistungsausschluss

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

§ 12 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die BKK BPW als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16 €.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25 €.

§ 12a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die BKK BPW 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 und Ausgestaltung der Hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträge. Die BKK BPW führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen bzw. ausgehändigt zu bekommen.
- III. Die Teilnahme ist schriftlich oder elektronisch zu erklären.
Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der wirksamen Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BKK BPW ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK BPW. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK BPW dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Tag der wirksamen Einschreibung und damit der Beginn der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung wird durch die BKK BPW festgestellt.
- 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 8 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der BKK BPW schriftlich zu erklären.

§ 12b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I. Die BKK BPW führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
 1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
 2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
 4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
 5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
 6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

- II. Die Teilnahme ist schriftlich oder elektronisch gegenüber der BKK BPW zu erklären (Einschreibung). Mit der Einschreibung erklärt sich der Versicherte zur aktiven Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm bereit. Voraussetzung für die Teilnahme ist die schriftliche Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch einen Arzt, der als koordinierender Vertragsarzt am jeweiligen Behandlungsprogramm teilnimmt oder als angestellter Arzt Leistungen des jeweiligen Programms erbringt.
- III. Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm endet bei Widerruf der Einwilligungserklärung (schriftlich oder elektronisch) durch den Versicherten mit dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung bei der BKK BPW, es sei denn, der Versicherte bestimmt einen späteren Zeitpunkt; in diesem Fall endet die Teilnahme zu dem vom Versicherten bestimmten Zeitpunkt. Unabhängig hiervon endet die Teilnahme bei Wegfall der Voraussetzungen für die Einschreibung oder wenn der Versicherte innerhalb von 12 Monaten zwei der im Rahmen des Behandlungsprogramms veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder wenn aufeinanderfolgend zwei der im Rahmen des Behandlungsprogramms quartalsbezogen vom Arzt zu erstellenden Dokumentationen nicht fristgerecht an die BKK BPW übermittelt worden sind.

§ 12c Wahltarif integrierte Versorgung

- I. Die BKK BPW bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Die BKK BPW führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch wird es auch in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt.
- III. Die Teilnahme ist schriftlich oder elektronisch zu erklären.
- IV. Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich oder elektronisch gegenüber der BKK BPW (Einschreibung). Sie beginnt mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK BPW. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK BPW dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.
Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regelt die BKK BPW in den Teilnahmeerklärungen.
- V. Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich oder elektronisch gegenüber der BKK BPW kündigen. Die Kündigung wird mit Ablauf des Quartals wirksam in dem die Kündigung bei der BKK BPW eingegangen ist. Die Teilnahme endet außerdem mit Abschluss des Behandlungspfades.

§ 12d Wahltarif Prämienzahlung

- I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der BKK BPW versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der BKK in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der BKK BPW spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

- II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
 - Prävention (§§ 20, 20d, 20i und 20j SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 sowie § 25 a SGB V)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V).
 - Leistungen während der Schwangerschaft und Entbindung (§§ 24c bis 24i SGB V).

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

- III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/12 des im Kalenderjahr an die BKK BPW gezahlten Jahresbeitrages.
Mitgliedern der Krankenversicherung der Studenten wird 1/12 des gezahlten Studentenbeitrages erstattet.
Besteht die Mitgliedschaft kein ganzes Kalenderjahr, wird die Prämie anteilig gezahlt. Absatz IV gilt.

- IV. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR nicht überschreiten.

- V. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen.
- VI. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der BKK BPW seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der BKK BPW. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V, gekündigt werden; § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V gilt entsprechend. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der BKK BPW nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der BKK.

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

§ 13 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Die BKK BPW gewährt ihren Versicherten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V. Die näheren Bestimmungen zu den Anspruchsvoraussetzungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

§ 13a Bonus für Versicherte ab dem 16. Lebensjahr (BKK BPW fitplus)

I. Versicherte ab dem 16. Lebensjahr, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus (BKK BPW fitplus), wenn sie von den Punkten 1 bis 13 mindestens einen Punkt innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

Für die Erfüllung der nachfolgenden Punkte kann ein Bonus nach § 65a Abs. 1 SGB V geltend gemacht werden:

1. Der Versicherte nimmt ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zum Ende des 35. Lebensjahres einmalig eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 1 SGB V in Anspruch. Der Bonus kann nur im Jahr der Inanspruchnahme geltend gemacht werden.
2. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 3 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 1 SGB V teil. Der Bonus kann nur im Kalenderjahr der Inanspruchnahme geltend gemacht werden.
3. Der Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 2 SGB V i. V. m. mit § 25a SGB V teil.
4. Der Versicherte hat im Kalenderjahr ein Hautkrebsscreening durchgeführt.
5. Ergänzend zum Bonus nach Punkt 2 hat die Versicherte im Rahmen der Früherkennung von Brustkrebs nach § 25 Abs. 2 SGB V i. V. m. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie am Mammographie-Screening ab dem 50. Lebensjahr teilgenommen. Der Bonus kann nur im Kalenderjahr der Inanspruchnahme geltend gemacht werden.
6. Ergänzend zum Bonus nach Punkt 2 hat der Versicherte im Rahmen der Früherkennung von kolorektalen Karzinomen nach § 25 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 25a SGB V sowie der Krebsfrüherkennungsrichtlinie und der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme die Koloskopie ab dem 50. Lebensjahr (Männer) bzw. ab dem 55. Lebensjahr (Frauen) in Anspruch genommen. Der Bonus kann nur im Kalenderjahr der Inanspruchnahme geltend gemacht werden.
7. Der Versicherte hat eine Schutzimpfung nach § 20i Abs. 1 SGB V oder § 11b dieser Satzung in Anspruch genommen.

Für die Erfüllung der nachfolgenden Punkte kann ein Bonus nach § 65a Abs. 1a SGB geltend gemacht werden:

8. Der Versicherte hat die nach § 22 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) vollständig (2 x jährlich) in Anspruch genommen.
9. Der Versicherte hat an der jährlichen zahnärztlichen Untersuchung (ab dem 18. Lebensjahr) teilgenommen.
10. Die Versicherte hat an allen vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft teilgenommen. Der Bonus kann nur im Kalenderjahr der Entbindung geltend gemacht werden.
11. Der Versicherte treibt nachweislich regelmäßig Sport (Sportverein, Fitnessstudio, aktuelles Sportabzeichen).
 - a) Sportverein: Es wird eine aktive Betätigung in einem Sportverein des Deutschen Sportbundes (im Gegensatz zur „inaktiven Mitgliedschaft“) bonifiziert. Aktiv ist eine Betätigung, sobald der ausgeübte Sport in der Regel zweimal im Monat durchgeführt wird und dies mindestens seit drei Monaten. Der Sportverein bestätigt dies durch einen Stempel im Bonusheft.
 - b) Fitnessstudio: Es wird eine regelmäßige sportliche Betätigung in einem qualifizierten Fitnessstudio bonifiziert (im Gegensatz zur „inaktiven Mitgliedschaft“). Als qualifiziert gilt die Zertifizierung nach DIN EN 17229 und die DIN-Norm 33961 (ZertFit) oder Training unter Anleitung von qualifiziertem Personal in Form eines Diplom-Sportwissenschaftlers, Physiotherapeuten, lizenzierten Fitnesstrainers (B-Lizenz) oder Sport- und Fitnesskaufmannes. Das Training im Fitnessstudio muss mindestens zweimal im Monat erfolgen und dies mindestens seit drei Monaten. Der Trainer/Verantwortliche des Fitnessstudios bestätigt dies durch einen Stempel und Unterschrift im Bonusformular.
 - c) Sportabzeichen: Es wurde im Kalenderjahr (Bonusjahr) ein anerkanntes Sportabzeichen (z. B. Deutsches Sportabzeichen) errungen. Die Bestätigung erfolgt auf dem Bonusformular vom Leistungserbringer/Trainer/Veranstalter.
12. Der Versicherte hat im Kalenderjahr mindestens zweimal an einer öffentlichen Veranstaltung im Ausdauerbereich nachweislich teilgenommen (Laufveranstaltung, Radsportveranstaltung, Triathlonveranstaltung, Schwimmveranstaltung). Der Veranstalter bestätigt dies durch einen Stempel im Bonusheft. Als Nachweis gilt auch eine Anmeldebestätigung sowie eine Teilnehmer- oder Siegerurkunde.
13. Der Versicherte hat Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch genommen.

II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt (Punkte 1 bis 10) bzw. dem Anbieter der Leistung (Punkte 11 bis 13) auf dem Bonusformular quittiert.

III. Der Versicherte erhält für die Punkte 1 und 2 einen Bonus in Höhe von jeweils 20 EUR. Für die Punkte 3 bis 13 erhält man jeweils 10 EUR (BKK BPW fitplus).

IV. Der Bonus wird dem Versicherten als einmalige Leistung in Euro nach Abs. III ausbezahlt. Das Bonusheft kann bereits im Laufe des Kalenderjahres eingereicht werden und sollte bis zum 31.03. des Folgejahres bei der BKK BPW eingehen.

V. Der Versicherte, der im Kalenderjahr das 16. Lebensjahr vollendet, muss sich für einen Bonus nach § 13a oder § 13b entscheiden. Die Boni nach § 13a und § 13b können nicht miteinander kombiniert werden.

§ 13b Bonus für Kinder bis zum 15. Lebensjahr (BKK BPW fitplus Kids)

I. Versicherte Kinder im Alter bis 15 Jahren, die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten einen Bonus, wenn sie von den Punkten 1 bis 7 mindestens einen Punkt innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

II. Für die Erfüllung der nachfolgenden Punkte kann ein Bonus nach § 65a Abs. 1 SGB V geltend gemacht werden:

1. Das Kind hat im Kalenderjahr eine Kinderuntersuchung nach § 26 Abs. 1 SGB V durchgeführt (U1 bis U9, J1).
2. Das Kind hat eine Schutzimpfung nach § 20i Abs. 1 SGB V oder § 11b dieser Satzung in Anspruch genommen.

Für die Erfüllung der nachfolgenden Punkte kann ein Bonus nach § 65a Abs. 1a SGB V geltend gemacht werden:

3. Das Kind hat im Kalenderjahr die zusätzlichen Kinderuntersuchungen U10 oder U11 durchgeführt.
4. Das Kind hat bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres eine eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahnkrankheiten (Nr. 01 BEMA-Z) oder eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU BEMA-Z) im Kalenderjahr durchgeführt.
5. Das Kind hat die nach § 22 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen vollständig (2 x jährlich) in Anspruch genommen (ab einem Alter von 6 Jahren).
6. Das Kind treibt regelmäßig Sport in einem Sportverein. Alternativ hat das Kind das Deutsche Sportabzeichen erworben.

- a) Sportverein: Es wird eine aktive Betätigung in einem Sportverein des Deutschen Sportbundes (im Gegensatz zur „inaktiven Mitgliedschaft“) bonifiziert. Aktiv ist eine Betätigung, sobald der ausgeübte Sport in der Regel zweimal im Monat durchgeführt wird und dies mindestens seit drei Monaten. Der Sportverein bestätigt dies durch einen Stempel im Bonusheft.
 - b) Sportabzeichen: Es wurde im Kalenderjahr (Bonusjahr) ein anerkanntes Sportabzeichen (z. B. Deutsches Jugend-Sportabzeichen) errungen. Die Bestätigung erfolgt auf dem Bonusheft vom Leistungserbringer/Trainer/Veranstalter.
7. Das Kind kann nachweislich Schwimmen (Schwimmabzeichen). Der Nachweis erfolgt anhand der folgenden Schwimmabzeichen: Frühschwimmer (Seepferdchen), Deutsches Schwimmabzeichen Bronze (Freischwimmer), Deutsches Schwimmabzeichen Silber, Deutsches Schwimmabzeichen Gold.
- Die Bonifizierung der Schwimmabzeichen erfolgt nur im Kalenderjahr (Bonusjahr) der Ablegung.

III. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt (Punkte 1 bis 5) bzw. dem Anbieter der Leistung (Punkte 6 und 7) im Bonusheft quittiert.

IV. Der Bonus wird dem Versicherten als einmalige Leistung je Punkt in Höhe von 5 EUR ausbezahlt. Das Bonusheft kann bereits im Laufe des Kalenderjahres eingereicht werden und sollte bis zum 31.03. des Folgejahres bei der BKK BPW eingehen.

V. Der Versicherte, der im Kalenderjahr das 16. Lebensjahr vollendet, muss sich für einen Bonus nach § 13a oder § 13b entscheiden. Die Boni nach § 13a und § 13b können nicht miteinander kombiniert werden.

§ 13c Arbeitgeberbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Die BKK BPW gewährt dem Arbeitgeber einen Bonus, wenn dieser Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverband herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anbietet und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 Abs. 2 SGB IX) sind.
- II. Voraussetzung für den Bonus nach Abs. I ist, dass der Arbeitgeber hierzu mit der BKK BPW für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließt. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

III. Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als 10 EUR pro Arbeitnehmer betragen. Der maximale Betrag pro Jahr beträgt 2.000 EUR.

IV. Versicherte haben in diesem Fall Anspruch auf einen Barbonus in Höhe von 10 EUR, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die Teilnahme von mindestens 80% an einer Maßnahme nach Absatz I nachgewiesen werden.

Die Bescheinigung sollte bis zum 31.03. des Folgejahres für das zurückliegende Kalenderjahr vorgelegt werden. Die Ansprüche auf Leistungen aus dem Arbeitnehmerbonus verjähren entsprechend der Regelung des § 45 SGB I.

§ 13d Persönliche elektronische Gesundheitsakte gemäß § 68 SGB V

- I. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK BPW ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- II. Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der BKK BPW für die Versicherten tätig wird.
- III. Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Absatz II. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK BPW.
- IV. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 14 Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

- I. Die BKK BPW bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können diese Tarife bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres wählen.

Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist.

Anspruch

- II. Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK BPW bestehen.

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V, z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien, und die höchstrichterliche Rechtsprechung.

Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter der Voraussetzung des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- III. Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 3. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KG1-KG5),

2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V ab dem 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KS1 – KS5) (Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XIV festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die nach Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Absatz XIV), besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif an den vorherigen Tarif anschließt.

- IV. Für den Anspruch auf Krankengeld ist 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. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend.

Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts.

Die BKK BPW kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

- V. Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

- VI. Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XVI oder XVII,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK BPW,
- mit dem Erreichen des 45. Lebensjahres

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

Höhe

- VII. Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten
1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 1.260,- Euro 40,- € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KG1/ KS1),
 2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 1.890,- Euro 60,- € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KG2/ KS2),
 3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 2.400,- Euro 80,- € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KG3/ KS3),
 4. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 3.000,- Euro 100 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KG4/KS4
 5. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 3.675,- Euro 120,- € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KG5/ KS5).

Die in § 46 Satz 4 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V).

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der BKK.

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

Zahlung

- IX. Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz IV durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. § 65 Abs. 7 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

Dauer

- X. Anspruch auf Krankengeld besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit längstens bis zu deren 42. Tag.
Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung für längstens 546 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 546 Tages. Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3- Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.
- XI. Abweichend von Absatz X besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Bei der Berechnung der Anspruchsdauer des Krankengeldes nach Absatz X werden Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß § 48 SGB V entsprechend berücksichtigt.

Ruhen

- XII. Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend, dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. (Der Anspruch auf Krankengeld aus Wahltarifen, der nach Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist, ruht während des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß einer Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit).
Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt ; fällige Mahngebühren und Verzugszinsen stehen den Prämien-

zahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

- XIII. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- XIV. Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK BPW folgt; ein hiervon später liegender Beginn, maximal jedoch 3 Monate, kann gewählt werden. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der BKK BPW gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 1-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Mit Ablauf der Mindestbindungsfrist endet der Tarif automatisch; das Mitglied kann bei Erfüllung der Voraussetzungen innerhalb von 2 Monaten nach Ende des Tarifs einen sich hieran nahtlos anschließenden Tarif bei der Betriebskrankenkasse neu wählen.

Kündigung

- XV. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 2 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der BKK BPW. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der BKK BPW vorbehaltlich Absatz XVI frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- XVI. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Prämien

- XVII. Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VIII ergeben sich die Tarifkennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen

Tarif	EUR
KG1/ KS1	40,-
KG2/ KS2	60,-
KG3/ KS3	80,-
KG4/ KS4	100,-
KG5/ KS5	120,-

Der beitragspflichtigen Einnahmen nach dem Fünften Sozialgesetzbuch, die zur Berechnung der Beiträge für die Mitgliedschaft bei der BKK BPW zugrunde gelegt werden. Bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V gilt hier jeweils der 1. Monat der Mitgliedschaft für deren Dauer.

- XVIII. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die BKK BPW zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen.
Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien, Mahngebühren sowie Verzugszinsen mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.
- XIX. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens bei monatlicher Zahlung am 5. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der BKK BPW zurück zu zahlen
- XX. Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.
- XXI. Die BKK BPW darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 15 Kooperation mit der PKV

Die BKK BPW vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16 Aufsicht

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

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 18 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK BPW erfolgen durch Aushang in den Räumen der BKK und im Betrieb.

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

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der BKK BPW beträgt die Aushangfrist eine Woche.

Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 19.02.2021 beschlossen.
1. Die Satzung tritt rückwirkend am 01.01.2021 in Kraft.

Gleichzeitig tritt die Satzung vom 01.01.2016 sowie die Satzungenachträge I und II außer Kraft.

Wiehl, 19.02.2021

Der Vorsitzende
des Verwaltungsrates

gez. Michael Dick