Satzung

Stand Oktober 2023

pwc

BKK

Für gewöhnlich | außergewöhnlich

Satzung der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

Vorwort
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
§ 2 Verwaltungsrat
§ 3 Vorstand
§ 4 Widerspruchsausschuss
§ 5 Kreis der versicherten Personen
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft
§ 7 Aufbringung der Mittel
§ 8 nicht besetzt
§ 8 a nicht besetzt
§ 8 b Prämienzahlung
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
§ 9 a Übertragung des Ausgleichsverfahrens
§ 10 Fälligkeit der Beiträge
§ 11 Höhe der Rücklage
§ 12 Leistungen
§ 12 a Primärprävention
§ 12 b Schutzimpfungen
§ 12 c Zusätzliche Leistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V
§ 12 d Persönliche elektronische Gesundheitsakte
§ 12 e Leistungsausschluss
§ 12 f Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
§ 13 a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
§ 13 b Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
§ 13 c Wahltarife Krankengeld
§ 13 d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
§ 13 e Wahltarif besondere Versorgung
§ 14 nicht besetzt
§ 15 Kooperation mit der PKV
§ 16 Aufsicht
§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband
§ 18 Bekanntmachungen

Anlage 1 zur Satzung: § 13 a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
Anlage 2 zur Satzung: § 13 c Wahltarif Krankengeld

Artikel II

Inkrafttreten

Artikel I
Inhalt der Satzung

Vorwort

Die Satzung unterliegt dem Leitprinzip, die Gleichstellung von Frauen und Männern auch sprachlich zum Ausdruck zu bringen und Menschen mit unterschiedlichen Geschlechteridentitäten durch geschlechtergerechte Sprache in gleicher Weise einzubeziehen. Im Interesse rechtssprachlicher Klarheit gelten bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung die gewählten Formulierungen uneingeschränkt für alle Geschlechter.

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

Betriebskrankenkasse
PricewaterhouseCoopers

sowie die Kurzbezeichnung BKK PwC.

Sie ist errichtet worden am 1.7.1992.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 34212 Melsungen bei Kassel

II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf

1. die Zentrale der PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Frankfurt am Main und folgende Niederlassungen:

   Berlin, Bielefeld, Bremen,
   Dresden, Düsseldorf, Duisburg
   Erfurt, Essen,
   Frankfurt/Main, Freiburg,
   Hamburg, Hannover, Heppenheim
   Karlsruhe, Kassel, Kiel, Köln,
   Leipzig,
   Magdeburg, Mainz, Mannheim, München,
   Nürnberg, Oldenburg, Osnabrück,
   Potsdam, Recklinghausen,
   Saarbrücken, Schwerin, Siegen und Stuttgart.

2. die PwC IT Europe GmbH in Frankfurt am Main

§ 2 Verwaltungsrat

I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse 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.

II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 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. Der Arbeitgeber oder sein Vertreter hat für den Fall der Verhinderung einen Stellvertreter.

III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.
Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,

2. den Haushaltsplan festzustellen,

3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers und über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen.
Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

4. die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen,

5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,

6. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,

7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

8. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,

9. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen.

IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

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 mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind.

VIII. 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.

IX. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.

II. Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse 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 dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen.

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

   Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.

6. die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse abzuschließen,

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Melsungen.

II. 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 1 Vertreter der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit 1 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. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

5. 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 Betriebskrankenkasse sein kann.

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.

8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

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 und 5 OWIG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen und umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte; als Beschäftigte 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 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,

2. Person in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem SGB III beziehen, oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 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.

2a. 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.

3. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,

4. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

5. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
6. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in anerkannten Blindenwerkstätten beschäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,

7. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen beschäftigt sind,

8. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind,

9. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten,

10. 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 Rentenantrags mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren. Auf die nach Nr. 10 Satz 1 erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches) eine Zeit von 3 Jahren angerechnet.

11. Personen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben, die für die Versicherungspflicht geforderten Voraussetzungen, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen,

12. 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 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch
    a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder
    b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war, erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 10.

II. Freiwillige Mitglieder

Die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen wählen:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,

2. Personen, deren Familienversicherung endet oder bei Kindern nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,

3. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Sozialgesetzbuches, die das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete.

III. Die in Absatz I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie zu dem in § 1 Abs. 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 Betriebskrankenkasse versichert ist,

4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,

5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,

6. sie bei einer/ einem Betriebskrankenkasse/ Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder waren.

IV. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige 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 12 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. 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. Die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers stellt den Mitgliedern unverzüglich, spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung aus.

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

III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind.
Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse 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.

§ 8a nicht besetzt

§ 8 b Prämienzahlung

I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum 31.01. des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erfolgen soll, schriftlich anzeigt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen. Mit Zustimmung der Betriebskrankenkasse kann die Teilnahme auch unterjährig beginnen.

II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
- Prävention und Schutzimpfungen (§§ 20, 20 d SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V, Individualprophylaxe nach § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 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 entrichteten Arbeitnehmerbeitrages. Für Mitglieder die ihre Beiträge vollständig selbst tragen, beträgt die Prämienzahlung 1/24 des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrages. Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am Tarif teilgenommen, wird die Prämie entsprechend anteilig für den Teilnahmezeitraum berechnet. Die Prämienzahlung für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 20 v. H. und bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen 30. v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 Euro bei einem und 900 Euro bei mehreren Wahltarifen pro Person nicht überschreiten.

IV. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen.

V. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I anzeigt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. 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. 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 Verlängerungszeitraumes kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Abs. 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

VI. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Der Wahltarif kann innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,48 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9 a Übertragung des Ausgleichsverfahrens

Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG

I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK -Landesverband Mitte (BKK -Arbeitgeberversicherung) übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).

II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).

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

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

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

II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge, einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V, werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.

III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 10 a Beitragserstattung nach § 231 Abs. 2 Satz 2 SGB V

Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V werden jährlich vorgenommen.

§ 11 Höhe der Rücklage

I. Die Rücklage beträgt 60 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers 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 Absatz 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 Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern.

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 und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat] erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf 6 Monate begrenzt.

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

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, 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 längstens für einen Zeitraum von 6 Monaten gewährt.

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 Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 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 Betriebskrankenkasse vor der Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe die Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).

3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen. Die Rechnungen sind spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres, das auf die Behandlung folgt, zur Erstattung einzureichen.

4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung und der veranlassten Leistungen erfolgt die Kostenerstattung pauschaliert nach Prozentsätzen des jeweiligen Rechnungsbetrages wie folgt:

   Bei ambulanter ärztlicher Versorgung und veranlassten Leistungen werden nach Prüfung, ob es sich um zugelassene Leistungsanbieter und generell durch die gesetzliche Krankenkasse zu zahlende Leistungen handelt, 30 v.H. des Rechnungsbetrages erstattet. Der Versicherte hat das Recht, eine individuelle Einzelabrechnung zu wählen.

5. Der Versicherte ist mindestens ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine evtl. Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit kündigen. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, in dem die Betriebskrankenkasse davon erfährt.

6. Der Erstattungsbetrag pro Rechnung ist um 5 v. H. und maximal 40,00 € pro Rechnung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind 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 um 5 v. H. und maximal 40,00 EUR pro Rechnung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedsstaat 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 Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 30 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 Euro pro Verordnung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

§ 12a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen gewährt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20 a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung - Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten,
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme.

Ernährung:

- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung,
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht.

Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement),
- Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement).

Suchtmittelkonsum:

- Förderung des Nichtrauchens,
- Gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Die Förderung der BKK ist auf maximal zwei Kurse je Versicherten im Kalenderjahr begrenzt. Es gelten die Ausführungen des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils aktuellen Fassung.

Für Leistungen von Fremdanbietern werden, sofern sie den im Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten, die entstandenen Kosten in voller Höhe erstattet, höchstens aber 300,00 € im Kalenderjahr.

§ 12 b Schutzimpfungen

Die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers übernimmt die Kosten für alle ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen grundsätzlich als Sachleistung. Sofern keine vertraglichen Regelungen bestehen, erstattet die Betriebsrankenkasse PricewaterhouseCoopers die Kosten in Höhe von 100 v. H., max. bis 250, 00 Euro, für alle Impfkosten inklusive des ärztlichen Honorars je Kalenderjahr und Versicherten. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der ärztlichen Verordnung und Rechnung.

Der Anspruch entsteht nicht, wenn die Schutzimpfungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden, vom Arbeitgeber unentgeltlich angeboten werden, in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen oder ein anderer Kostenträger zuständig ist.

§ 12 c Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Für die Erbringung der unter Punkt I bis XIV aufgelisteten Leistungen können auch die unter Berücksichtigung des § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden.
Die Rechnungen für alle Leistungen nach § 12 c sind spätestens bis zum Ablauf des Folgejahres, was auf die Behandlung folgt, zur Erstattung einzureichen.

I. Professionelle Zahnreinigung

Die Kosten für Professionelle Zahnreinigung werden ab der Vollendung des 18.Lebensjahres bis zu maximal 50 Euro im Kalenderjahr übernommen. Leistungen aus bestehenden Verträgen zur integrierten Versorgung werden angerechnet. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung des Vertragszahnarztes.

II. Geburtsvorbereitung im Rahmen der Vorsorge

Die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers übernimmt für den zweiten Elternteil des Kindes einen Partner-Geburtsvorbereitungskurs in Höhe der Beträge der jeweils aktuell gültigen Hebammengebührenverordnung.
Die Erstattung erfolgt unter Vorlage der Teilnahmebescheinigung und der Rechnung der Hebamme.

III. Zusätzliche Leistungen in der Schwangerschaft

Über die im Sozialgesetzbuch geregelten Vorsorgeleistungen in der Schwangerschaft hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers Kosten für vom Arzt zusätzlich empfohlene und durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen

- Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen,
- B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35.-37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern,
- Feststellung der Antikörper auf Windpocken und Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen,
- Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr

solange es sich nicht um einen Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung handelt.

Die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers erstattet die Kosten für auf Privatrezept ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel für Schwangere mit den Wirkstoffen Magnesium, Folsäure, Vitamin B12, Eisen und Jod. Voraussetzung ist, dass die Abgabe in einer Apotheke oder über einen zulässigen Versandhandel erfolgt ist. Der Anspruch nach § 34 Abs. 1 Satz 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung des Vertragsarztes oder des nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arztes sowie bei Arzneimitteln gegen Vorlage der Verordnung mit Zahlungsnachweis bis zu 120,00 € pro Schwangerschaft.

IV. Arzneimittel der besonderen Therapierichtung

Über die im Sozialgesetzbuch geregelten Ansprüche zur Arzneimittelversorgung hinaus werden die Kosten für apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie in Höhe von maximal 100 € pro Versicherten und Kalenderjahr übernommen, wenn es erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Verordnung muss von einem am Homöopathie Vertrag der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers und dem Zentralverein homöopathischer Ärzte teilnehmenden Arzt ausgestellt sein.

Die Kosten werden gegen Vorlage des Rezeptes und der Originalquittung aus der Apotheke erstattet.

Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7-9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.

V. nicht besetzt

VI. nicht besetzt

VII. Vorsorgeuntersuchungen für Frauen

Droht aufgrund der individuellen Gesundheitssituation der Versicherten ab dem 20. Lebensjahr eine Erkrankung einzutreten und führt der Arzt im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit als zusätzliche medizinische Vorsorgeleistung spezielle, individuell auf die Versicherte bezogene Vorsorgeuntersuchungen (Sonographie der Mamma, Mammographie, Vaginalultraschall) durch, werden diese Kosten bis zu 50 € pro Kalenderjahr übernommen. Die Untersuchung muss von einem zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe durchgeführt werden. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung. Gesetzliche oder vertragliche Regelungen bleiben unberührt.

VIII. Vorsorgeuntersuchungen für Männer

Droht aufgrund der individuellen Gesundheitssituation des Versicherten ab dem 20. Lebensjahr eine Erkrankung einzutreten und führt der Arzt im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit als zusätzliche medizinische Vorsorgeleistungen spezielle individuell auf den Versicherten bezogene Vorsorgeuntersuchungen (PSA-Test) durch, werden diese Kosten bis zu 25 € pro Kalenderjahr übernommen. Die Untersuchung muss von einem zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt durchgeführt werden. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnung. Gesetzliche oder vertragliche Regelungen bleiben unberührt.

IX. Osteopathie

Die BKK PricewaterhouseCoopers bezuschusst osteopathische Behandlungen, wenn diese geeignet sind, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
Eine Kostenerstattung erfolgt, wenn die Behandlung vor Beginn ärztlich verordnet ist und von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine vollständige osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt zu einem Verband der Osteopathen berechtigt.
Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage der ärztlichen Verordnung und der Rechnung.
Der Zuschuss in Höhe von bis zu 25 Euro je Behandlung ist auf vier Behandlungen im Kalenderjahr beschränkt.
Der Höchstzuschuss je Kalenderjahr beträgt 100 Euro.

X. Künstliche Befruchtung

Die BKK PricewaterhouseCoopers übernimmt über die Leistungen des § 27 a Abs. 3 SGB V hinaus auf Antrag pro Maßnahme bis zu 500,00 Euro.
Der Zuschuss wird abschließend für höchstens drei Behandlungsversuche gewährt.
Eine Kostenerstattung erfolgt nur, wenn beide Ehepartner bei der BKK PricewaterhouseCoopers versichert sind. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27 a SGB V unberührt.

XI. nicht besetzt

XII. nicht besetzt

XIII. Rufbereitschaft Hebammen

Versicherten, die während Ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe einer freiberuflich tätigen Hebamme in Anspruch nehmen, erstattet die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers die Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten drei Monaten der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist,
dass die Hebamme als Leistungserbringerin nach dem SGB zugelassen ist und ein zwischen der Versicherten und der Hebamme geschlossener Vertrag vorliegt, der die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhaltet.
Die Kostenübernahme der Rufbereitschaft muss unter Vorlage des Vertrages bei Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers beantragt und genehmigt werden.

Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250,- Euro je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft

einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.
Zur Erstattung ist der BKK PricewaterhouseCoopers die Rechnung vorzulegen.

XIV. Qualifizierte Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen

I. Der Anspruch setzt voraus, dass die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers mit den nicht zugelassenen Leistungserbringern oder über einen beauftragten Dritten eine Vereinbarung getroffen hat, die diese Behandlung einschließt. Die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung erfolgt über ein Fachforum (Tumorboard). Die Versicherten werden dabei von einer Servicegesellschaft im Auftrag der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers unterstützt, die die Organisation und Vermittlung der Zweitmeinung übernimmt. Die Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus der Vereinbarung zwischen der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers und dem beauftragten Dritten. Die Versicherten haben das Recht, über die Inhalte dieser Vereinbarung informiert zu werden. Die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern.

II. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und zu jeder Zeit eine fachübergreifende Interdisziplinparität durch Beteiligung der verschiedenen Fachärzte der folgenden Disziplinen: Chirurgie, Onkologie, Pathologie, Strahlentherapie und Radiologie sowie den je nach Einzelfall (ICD-Codierung) zuständigen Fachärzten belegen.

III. Die Zweitmeinung bezieht sich ausschließlich auf die Diagnosen folgender onkologischer Erkrankungen: ICD Code C00-C97-Bösartige Neubildungen in den Bereichen Lippe, Mundhöhle, Pharynx, Verdauungsorgane, Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, Knochen und Gelenkknorpel, Haut, Mesotheliales Gewebe, Weichteilgewebe, Brustdrüse (Mamma), Weibliche Genitalorgane, Männliche Genitalorgane, Harnorgane, Auge, Gehirn, sonstige Teile des Zentralnervensystems, Schilddrüse, sonstige endokrine Drüsen, sowie bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen, des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, Primärtumoren an mehreren Lokalisationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

IV. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme vor Beginn des Verfahrens schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers. Die Teilnahme ist freiwillig und schränkt die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein. Die Versicherten haben die Möglichkeit, jederzeit ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers zu widerrufen.

V. Teilnahmevoraussetzung für Versicherte
Alle Versicherten der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers können den Zweitmeinungsservice in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers krankenversichert sind und eine der unter Absatz III. genannten Diagnosen vorliegt. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

VI. Im Rahmen der Vereinbarung nach Absatz III verpflichtet sich die BKK PricewaterhouseCoopers zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der Datenschutzgrundverordnung (kurz: DSGVO, insb. Art. 5, 25 und 32 sowie dem Sozialgesetzbuch). Besondere Beachtung findet in diesem Zusammenhang auch der § 203 Strafgesetzbuch (Verletzung von Privatgeheimnissen; Arztgeheimnis). Wobei sich diese Verpflichtung aus dem Strafgesetzbuch insbesondere auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

VII. Zur Qualitätssicherung und -verbesserung des Zweitmeinungsverfahrens wird eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung durchgeführt. Für die Auswertung herangezogen werden nur die personenbezogenen Daten derjenigen Teilnehmer, die ausdrücklich und schriftlich dieser Verwendung zugestimmt haben. Vor der Zustimmung werden die Versicherten darauf hingewiesen, dass die „Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen“ auch ohne Teilnahme an der begleitenden wissenschaftlichen Untersuchung möglich ist.

§ 12 d Persönliche elektronische Gesundheitsakte

- **nicht besetzt –**

§ 12 e 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 Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten der Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 12 f Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

I. Der in § 1 genannte Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn er Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführt. Hierzu wird mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Niederlassungen des Arbeitgebers ein Bonusvertrag geschlossen, der die Höhe des Bonus, die Kriterien für die Gewährung und den Nachweis regelt.

II. Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dürfen nicht bereits Gegenstand der Verpflichtungen des Arbeitsgebers aus dem Arbeitsschutzgesetz sein. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Gesundheitsförderung nicht überschreiten. Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag (Arbeitgeberanteil) betragen.

§ 12 g Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

Die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers übernimmt für ihre Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20k Absatz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.
Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.
Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z.B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 €. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 €.

§ 13 a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Versicherte, die

- Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a, 26 SGB V und §§ 22 Abs. 1, 55 Abs. 1 SGB V in Anspruch nehmen,
- Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V in Anspruch nehmen,
- regelmäßig Leistungen der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen,

haben Anspruch auf einen Bonus. Näheres regelt die Anlage 1 dieser Satzung.

§ 13 b Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13 c Wahltarif „Krankengeld“

I. Die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),

- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),

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

und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.

II. Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.

III. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage 2, die Bestandteil dieser Satzung ist.“

§ 13 d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

I. Die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers führt im Rahmen von § 137 f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme durch, deren Inhalte und Ausgestaltung sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung ergeben. Die Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen ist für die Versicherten freiwillig.

II. Die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers führt ein Verzeichnis über die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Das Verzeichnis kann im Internet unter www.bkk-pwc.de und in den Geschäftsräumen der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers eingesehen werden. Die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 13 e Wahltarif besondere Versorgung

I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 14 nicht besetzt

§ 15 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse eröffnet ihren Versicherten die Möglichkeit, Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen abzuschließen.

§ 16 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 17 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem BKK-Landesverband Süd als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 18 Bekanntmachungen

I. Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und durch Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift sowie im Internet.
Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 1 Woche.
Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

II. Die BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in der Geschäftsstelle der BKK aus.

Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II
Inkrafttreten

1. Artikel I tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2005 in Kraft;

Melsungen, den 8. Juni 2005

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung
Der vom Verwaltungsrat am 8. Juni 2005 beschlossene 1. Nachtrag zur Satzung vom 17. März 2004 wird mit Ausnahme des Artikel I § 1 sowie mit folgenden Maßgaben gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt:
§ 12 Absatz 1I Satz 2 lautet wie folgt: „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."
In § 12 b Absatz 1 wird nach den Worten „zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkasse und den Kassenärztlichen Vereinigungen" die Formulierung „(Anlage)" eingefügt.
Artikel II wird eingefügt und wie folgt gefasst:
Artikel I tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2005 in Kraft:

Bonn, den 4. August 2005 Bundesversicherungsamt
II 3-59731.0-1813/2004 Im Auftrag
(Kreischer)

2. Artikel I § 1 Absatz I tritt am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft.

Bonn, 25. Oktober 2005 Bundesversicherungsamt
II3-59731.0-1813/2004 Im Auftrag
(Kreischer)

3. Die vom Verwaltungsrat am 17. März 2004 beschlossene Satzung wird hinsichtlich Artikel I § 12 c und insoweit Artikel II gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV mit folgender Maßgabe genehmigt:
Nach Artikel I § 12 c Satz 3 werden folgende Sätze 4 und 5 ergänzt: „Dieser Vertrag regelt in seiner jeweils aktuell geltenden Fassung die Einzelheiten. Die Kasse stellt den an der Teilnahme interessierten Versicherten ein Verzeichnis der kooperierenden Anbieter und der nach den Verträgen jeweils geltenden Einzelheiten zur Verfügung."

Bonn, 13. Dezember 2005 Bundesversicherungsamt
II3-59731.0-1813/2004 Im Auftrag
Vornehm-Berger

1. Der vom Verwaltungsrat am 14. Dezember 2005 beschlossene 2. Nachtrag zur Satzung vom 17. März 2004 wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV mit der Maßgabe genehmigt, dass der Satzungsnachtrag am 01. Januar 2006 in Kraft tritt.

Bonn, 05. Januar 2006 Bundesversicherungsamt
II3-59731.0-1813/2004 Im Auftrag
Vornehm-Berger

Artikel II

Inkrafttreten

Der 3. Satzungsnachtrag tritt mit Wirkung vom 01.09.2006 in Kraft.

Melsungen, den 27.06.2006

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung
Der vom Verwaltungsrat am 27. Juni 2006 beschlossene 3. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 19. Juli 2006
II 3-59731.0-1813/04

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Christmann

Inkrafttreten

Der 4. Satzungsnachtrag tritt mit Wirkung vom 01.01.2007 in Kraft.

Frankfurt, den 12.12.2006

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung
Der vom Verwaltungsrat am 12. Dezember 2006 beschlossene 4. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 28. Dezember 2006
II 3-59731.0-1813/04

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Christmann)

Inkrafttreten

Der 5. Satzungsnachtrag tritt mit Wirkung vom 01.04.2007 in Kraft.

Frankfurt, den 04.07.2007

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung
Der vom Verwaltungsrat am 04. Juli 2007 beschlossene 5. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme
- von „228“ bei Artikel I § 8 Absatz I
- der Worte „PEKIP und“ bei Artikel I § 12a

und
- insoweit Artikel II

sowie mit folgenden Maßgaben gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt:
- bei Artikel I § 5 Absatz I. Satz 1 wird hinter den Worten „versicherten Personen“ die Worte „ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen und“ eingefügt;
- bei Artikel I § 6 Absatz I. werden hinter dem Wort „Mitgliedsbescheinigung“ die Worte „oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall“ eingefügt;

- bei Artikel I § 8 Absatz III. Nr. 1 g) Satz 1 werden hinter dem Wort „Anspruch“ die Worte „auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder“ eingefügt;
- bei Artikel I § 8b Absatz I. Nr. 2 wird der Verweis auf § 76 Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB IV“ durch „den Absätzen II und III“ ersetzt.

Bonn, den 11. Dezember 2007
II 3-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Reis)

Inkrafttreten

Der 6. Satzungsnachtrag tritt mit Wirkung vom 01.01.2008 in Kraft.

Frankfurt, den 04.12.2007

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 04. Dezember 2007 beschlossene 6. Satzungsnachtrag wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 11. Dezember 2007
II 3 – 59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Reis)

Inkrafttreten

Der 7. Satzungsnachtrag tritt mit Wirkung vom 01.01.2008 in Kraft.
Frankfurt, den 04.12.2007

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 04. Dezember 2007 beschlossene 7. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme

- jeweils der Worte „pro Person“ in Artikel I § 8 c Absatz III. Satz 2
- des Wortes „insbesondere“ in Artikel I § 13d Absatz V. Satz 3

und

- insoweit Artikel II

gemäß $ 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Die Genehmigung erfolgt unter der Auflage, dass die Kasse jährlich spätestens 1 Monat nach Vorlage der geprüften Jahresrechnung des Vorjahres, erstmals in 2009 dem Bundesversicherungsamt einen schriftlichen Bericht über die Finanzierung der Aufwendungen für die Wahltarife gemäß § 53 Absatz 9 Satz 1 SGB V vorlegt.

Die Genehmigung erfolgt weiterhin unter dem Vorbehalt des Widerrufs für den Fall, dass der Bericht nach Ziffer 2 nicht oder nicht fristgerecht vorgelegt wird, sowie für den Fall, dass sich aus dem Bericht ergibt, dass die Finanzierung der Aufwendungen für die Tarife nicht den Voraussetzungen des § 53 Absatz 9 Satz 1 SGB V entspricht.

Bonn, den 11. Februar 2008
II 3- 59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

(Beckschäfer)

Inkrafttreten

Der 8. Satzungsnachtrag wurde vom Verwaltungsrat am 5. Juni 2008 beschlossen. Er tritt rückwirkend zum 01.01.2008 in Kraft.
Frankfurt, den 04.09.2008

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung

Der vorstehende, vom Verwaltungsrat am 5. Juni 2008 beschlossene 8. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 90 Abs. 1 SGB IV genehmigt.

Bonn den, 1. April 2009
I2-59731.0-996/2004

Bundesversicherungsamt
im Auftrag
(Odenthal)

Inkrafttreten

Der 9. Satzungsnachtrag tritt mit Wirkung vom 01.01.2009 in Kraft.
Frankfurt, den 17.12.2008

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 17. Dezember 2008 beschlossene 9. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 08. Januar 2009
II 3 – 59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Beckschäfer)

Inkrafttreten

Der 10. Satzungsnachtrag tritt mit Wirkung vom 01.01.2009 in Kraft.
Frankfurt, den 17.12.2008

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 17. Dezember 2008 beschlossene 10. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme

- der Worte „Kosten für Dritte im Zusammenhang mit dem Prämieneinzug“ in Artikel I § 13 e Absatz XVI Satz 1,
- von Artikel I § 13 e Absatz XVI Satz 2,

- der Worte „(bei unständig Beschäftigten spätestens mit Ablauf von 3 Wochen nach dem Ende der letzten unständigen Beschäftigung)“ in Artikel I § 13 e Absatz XXX, 8. Spiegelstrich,
- von Artikel I § 13 e Absatz XXX, 10. Spiegelstrich
  und
- insoweit Artikel II

sowie mit folgenden Maßgaben gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt:

- Artikel I § 12 Absatz V Nr. 1 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst: „Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor der Inanspruchnahme zu informieren.“
- Artikel I § 12 Absatz V Nr. 2 wird wie folgt gefasst: „Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche)“.
- Artikel II Inkrafttreten wird wie folgt gefasst: „Der 10. Satzungsnachtrag tritt mit Ausnahme von Artikel I § 12 Absatz V Nr. 6 mit Wirkung zum 01.01.2009 in Kraft. Artikel I § 12 Absatz V Nr. 6 tritt am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft.

Bonn, den 08. Januar 2009
II 3 – 59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Beckschäfer)

Inkrafttreten

Der 11. Satzungsnachtrag tritt rückwirkend zum vom 01.01.2009 in Kraft.
Melsungen, den 24.06.2009

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 24. Juni 2009 beschlossene 11. Nachtrag zur Satzung vom 1. Januar 2004 wird mit Ausnahme von § 13 a Absatz IV und § 13 c Absatz III Satz 4 und insoweit zu Artikel II sowie mit folgender Maßgabe gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt: In Artikel I § 13 c Absatz II wird ein neuer Satz 2 wie folgt eingefügt: „Dies gilt auch für ausländische Leistungserbringer, welche nach § 140 e SGB V am Tarif teilnehmen.“ Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden die Sätze 3 und 4.

Bonn, 29. Juli 2009
II3-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
im Auftrag
(Schmitz)

Inkrafttreten

Der 12. Satzungsnachtrag tritt rückwirkend zum vom 01.08.2009 in Kraft.
Melsungen, den 16.12.2009

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 24. Juni 2009 beschlossene 12. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme

- der Worte „vor allem“ in § 12 b (Schutzimpfungen) Satz 3,
- der Sätze 4 und 5 des § 12 b (Schutzimpfungen)

und insoweit zum Inkrafttreten gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches sowie mit folgenden Maßgaben genehmigt:
In § 12 (Leistungen) Absatz IV (Kostenerstattung) Nr. 5 wird das Wort „widerrufen“ durch das Wort „kündigen“ ersetzt.
In § 12 a (Primärprävention) wird nach dem Datum 21.06.200 die Formulierung „in der jeweils gültigen Fassung“ ergänzt.

Bonn, den 02. Februar 2010
II3-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Beckschäfer)

Inkrafttreten

Der 13. Satzungsnachtrag tritt mit Wirkung zum 01.07.2010 in Kraft.
Melsungen, den 30. Juni 2010

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 30. Juni 2010 beschlossene 13. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme

- der Worte „gleichzeitige Teilnahme an mehreren hausarztbasierten Versorgungsverträgen oder die“ in § 13 b Abs. I Satz 3,
- der Sätze 4 und 5 des § 13 b Abs. I

und insoweit Artikel II sowie mit folgenden Maßgaben gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt:
Der 13. Satzungsnachtrag wird förmlich in Artikel I § 13b, 13c und Artikel II – Inkrafttreten - unterteilt
In Artikel I § 13b Abs. II Satz 3 wird hinter dem Wort „Gynäkologen“ das Wort „Kinderarztes“ eingefügt
Artikel II
§ 13b Abs. I Satz 3 tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft

Bonn, den 3. August 2010
II3-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Beckschäfer)

Inkrafttreten

Der 14. Satzungsnachtrag (mit Ausnahme von § 13 a) tritt mit Wirkung zum 01.01.2011 in Kraft. Artikel I § 13 a tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
Frankfurt, den 15.12.2010

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 30. Juni 2010 beschlossene 14. Nachtrag zur Satzung wird mit folgender Maßgabe gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt:

- Der 14. Satzungsnachtrag wird förmlich in Artikel I § 9a, 9b, 12c, 12e, 13a, 13e und Artikel II Inkrafttreten unterteilt.
- Im Artikel II sind nach dem Wort „Satzungsnachtrag“ die Wörter „mit Ausnahme von § 13 a“ einzufügen.
- Artikel I § 13 a tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Bonn, den 6. Januar 2011
II 3 - 59731/2044

Bundesversicherungsamt
i.V. Rexroth

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 06. Juli 2011 beschlossene 15. Nachtrag zur Satzung wird mit folgenden Maßgaben gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt:

- § 8b Absatz V Satz 3 wird wie folgt neu gefasst: „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“;
- Bei § 12 wird die Absatzüberschrift „IV. Kostenerstattung Wahlarzneimittel“ durch „V Kostenerstattung Wahlarzneimittel“ ersetzt;
- § 13c Absatz IV wird wie folgt neu gefasst: „Die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist nach Ausübung des Wahlrechts zum Tarif „BKK Arzt privat“, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.“;
- Das Inkrafttreten wird wie folgt neu gefasst: „Der 15. Satzungsnachtrag tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.“

Bonn, den 26. August 2011
II 3 – 59731.0-1813/2044

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Reis)

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 14. Dezember 2011 beschlossene 16. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 30. Dezember 2011
II 3 – 59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Reis)

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 27. Juni 2012 beschlossene 17. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 12. September 2012
II 3 – 59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Beckschäfer)

Inkrafttreten

Der 18. Satzungsnachtrag tritt mit Wirkung zum 01.01.2013 in Kraft.
Frankfurt, den 13. Dezember 2012

Der Vorsitzende des Verwaltungsrats
Peter Höfling

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 13. Dezember 2012 beschlossene 18. Nachtrag zur Satzung wird mit

Ausnahme

1. des Satzes „Den besonderen Bedürfnissen der BKK-Versichertengemeinschaft wird Rechnung getragen“ in § 12 a Primärprävention,
2. der Worte „die nicht im SGB V abgebildet sind“ in § 12 c Absatz V Satz 1
3. von § 12 c Absatz VI. Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche,
4. der Worte „die nicht im SGB V abgebildet sind“ in § 12 c Absatz VII. Satz 1,
5. der Worte „die nicht im SGB V abgebildet sind“ in § 12 c Absatz VIII Satz 1

und insoweit die Regelung zum Inkrafttreten gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV mit folgenden Maßgaben genehmigt:

6. die im 18. Satzungsnachtrag verwendete Abkürzung „BKK PricewaterhouseCoopers“ ist in den Namen „Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers“ zu ändern,
7. in Artikel I § 9 a Absatz 1 Satz 4 ist der Begriff „Verrechnung“ zu streichen und durch die Wörter „Aufrechnung unter den Voraussetzungen des § 51 SGB I“ zu ersetzen.
8. in Artikel I § 9 b Absätze II. und III. ist die Bezeichnung des „BKK-Landesverband Ost“ durch den „BKK-Landesverband Mitte“ auszutauschen,
9. in Artikel I § 12 Absatz V. Satz 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt,
10. in Artikel I § 12 c Absatz V. Satz 1 wird im ersten Satz hinter dem Wort „Hautuntersuchungen“ folgendes eingefügt „(Dermatoskopie aufgrund Hautveränderungen wie Ekzeme und Allergien)“,
11. in Artikel I § 12 c Absatz VII. Satz 1 wird im ersten Satz hinter dem Wort „Vorsorgeuntersuchungen“ folgendes eingefügt „(Sonographie der Mamma, Mammographie, Vaginalultraschall)“,
12. in Artikel I § 12 Absatz VIII. Satz 1 wird im ersten Satz hinter dem Wort „Vorsorgeuntersuchungen“ folgendes eingefügt „(PSA-Test)“,
13. die Inkrafttretensregelung wir wie folgt gefasst:

Der 18. Satzungsnachtrag tritt mit Ausnahme von Artikel I § 12 Absatz V.; § 13 b Absatz IV. und § 13 d Absatz III. mit Wirkung vom 01.01.2013 in Kraft. Artikel I § 12 Absatz V., § 13 b Absatz IV. und § 13 d Absatz III. treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Bonn, den 1. März 2013
II3-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
(Beckschäfer)

Inkrafttreten

Der 19. Satzungsnachtrag tritt mit Wirkung zum 01.07.2013 in Kraft.
Frankfurt, den 26.06.2013

Der Vorsitzende des Verwaltungsrats
Peter Höfling

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 26. Juni 2013 beschlossene 19. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 23. September 2013
II 3 – 59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Beckschäfer)

Inkrafttreten

Der 20. Satzungsnachtrag tritt mit Wirkung zum 01.01.2014 in Kraft.
Frankfurt, den 11.12.2013

Der Vorsitzende des Verwaltungsrats
Peter Höfling

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 11. Dezember 2013 beschlossene 20. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 31. Januar 2014
II 3 – 59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Beckschäfer)

Inkrafttreten

Der 21. Satzungsnachtrag tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
Melsungen, den 16.07.2014

Der Vorsitzende des Verwaltungsrats
Peter Höfling

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 16. Juli 2014 beschlossene 21. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme

1. der Worte „oder der Schweiz“ in § 12 Abs. IV. Nr. 7 Satz 6,
2. Des fünften Spiegelstrichs in § 12 („Die Kosten für die Impfungen gegen Rotaviren werden von der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers übernommen“),
3. der Worte „zu erkennen“ in § 12 c Absatz IX. Satz 1,
4. von § 12 c Absatz XI.,

und insoweit die Regelung zum Inkrafttreten gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV mit folgenden Maßgaben genehmigt:

5. in § 12 b vierter Spiegelstrich wird die Zahl „11“ durch die Zahl „13“ und die Zahl „23“ durch die Zahl „16“ ersetzt.
6. § 13 e Absatz II. Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers führt insoweit als Anlage zu dieser Satzung ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V.“

Bonn, den 16. September 2014
II 3 – 59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Beckschäfer)

Inkrafttreten

Der 22. Satzungsnachtrag tritt am 01.01.2015 in Kraft. Der Satzungsnachtrag wurde am 17.12.2014 vom Verwaltungsrat einstimmig beschlossen.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrats
Peter Höfling
Frankfurt, den 17.12.2014

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 17. Dezember 2014 beschlossene 22. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Viertes Buch (SGB IV) genehmigt.

Bonn, den 22. Dezember 2014
213 – 59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
(Greuel)

Inkrafttreten 23. Satzungsnachtrag

Dieser Satzungsnachtrag tritt am 01.01.2015 in Kraft
Der Satzungsnachtrag wurde am 17.12.2014 vom Verwaltungsrat einstimmig beschlossen.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling
Frankfurt, den 17.12.2014

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 17. Dezember 2014 beschlossene 23. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV mit folgender Maßgabe genehmigt:

Artikel II (Inkrafttreten) wird wie folgt neu gefasst: „Dieser Satzungsnachtrag tritt mit Ausnahme von § 12 b am 01.01.2015 in Kraft. § 12 b tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft. Der Satzungsnachtrag wurde am 17.12.2014 vom Verwaltungsrat einstimmig beschlossen.“

Bonn, den 26. Januar 2015
213-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Beckschäfer

Inkrafttreten

Der 24. Satzungsnachtrag tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
Der Satzungsnachtrag wurde am 23.06.2015 vom Verwaltungsrat beschlossen.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrats
Peter Höfling

Frankfurt, den 23.06.2015

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 23. Juni 2015 beschlossene 24. Nachtrag zur Satzung vom 1. Januar 2004 wird mit Ausnahme von

1. § 1 Absatz II. Ziffer 3 und
2. § 12 b Satz 4, 4. Spiegelstrich („Bei Mädchen bzw. Frauen werden die Kosten einer Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der jeweils aktuellen Fassung von der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers übernommen.“)

Und insoweit die Regelung zum Inkrafttreten in Artikel XX gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 03. September 2015
213-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Greuel

Inkrafttreten 25. Satzungsnachtrag

Dieser Satzungsnachtrag tritt am 01.01.2016 in Kraft
Der Satzungsnachtrag wurde am 25.11.2015 vom Verwaltungsrat beschlossen.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling
Frankfurt, den 25.11.2015

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 25. November 2015 beschlossene 25. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Viertes Buch (SGB IV) genehmigt:

Bonn, den 07. Dezember 2015
213-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Beckschäfer

Inkrafttreten

Der 26. Satzungsnachtrag tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
Der Satzungsnachtrag wurde am 25.11.2015 vom Verwaltungsrat beschlossen.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling
Frankfurt, den 25.11.2015

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 25. November 2015 beschlossene 26. Nachtrag zur Satzung vom 1. Januar 2014 wird mit Ausnahme des vierten Satzes von § 12c Absatz IX. „Das Ausstellungsdatum der ärztlichen Verordnung darf bei Inanspruchnahme der einzelnen osteopathischen Behandlungen nicht länger als 3 Monate zurückliegen." Und insoweit die Regelung zum Inkrafttreten in Artikel II gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 28. Januar 2016
213-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Beckschäfer

Inkrafttreten

Dieser Satzungsnachtrag tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Der Satzungsnachtrag wurde am 6.12.2016 vom Verwaltungsrat einstimmig beschlossen.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling
Frankfurt, den 06.12.2016

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 6. Dezember 2016 beschlossene 27. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme der Änderung in § 12 c Absatz III. (Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft) Satz 1, Erweiterung um „Praena Test" im Klammertext
sowie mit den Maßgaben, dass in

- § 12 c III. Satz 2 nach dem Wort „Vertragsarztes" folgender Passus ergänzt wird „oder des nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arztes" sowie
- Artikel II (Inkrafttreten) zwischen den Worten „tritt" und „nach" die Worte am Tag" eingefügt werden,

gemäß § 195 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 7. Februar 2017
213-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Beckschäfer

Artikel II
Inkrafttreten

Der 28. Satzungsnachtrag wurde vom Verwaltungsrat am 4. Juli 2017 beschlossen. Der Satzungsnachtrag tritt am Tag nach der Bekanntmachung inKraft.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling
Frankfurt, den 4. Juli 2017

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 4. Juli 2017 beschlossene 28. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Viertes Buch (SGB IV) genehmigt.

Bonn, den 5. Oktober 2017
213-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Beckschäfer

Artikel II
Inkrafttreten

Der Verwaltungsrat hat den 29. Satzungsnachtrag abschließend beraten und beschlossen. Der 29. Satzungsnachtrag tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
Frankfurt, den 14.12.2017

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Peter Höfling

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 14. Dezember 2017 beschlossene 29. Nachtrag zur Satzung wird mit der Maßgabe, dass

1. in Artikel I § 5 Absatz I Nr. 13 Buchstabe b) die Worte „Nummer 11“ durch die Worte „Nummer 10“ ersetzt werden,

sowie mit Ausnahme von

2. Absatz 20 Satz 2 und Absatz 21 in der Anlage zur Satzung der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers § 13c Wahltarif „Krankengeld“

gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Viertes Buch (SGB IV) genehmigt.

Bonn, den 5. Oktober 2017
213-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Beckschäfer

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 14. Juni 2018 beschlossene 30. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme der Streichung von
1. Artikel I Anlage zur Satzung § 13c Wahltarif Krankengeld Absatz 20 Satz 2 sowie mit der Maßgabe, dass
2. der Änderungsbefehl zur Änderung der Anlage § 13c Wahltarif Krankengeld Absatz 21 wie folgt gefasst wird: „Absatz 21 wird wie folgt neu gefasst: „21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13. Dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21. Keine Anwendung“.

gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Viertes Buch (SGB IV) genehmigt.

Bonn, den 6. Dezember2018
213-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Beckschäfer

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 13. Dezember 2018 beschlossene 31. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 04. Januar 2019
213-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Beckschäfer

Artikel II
Inkrafttreten

Der 32. Satzungsnachtrag tritt mit Ausnahme von § 12 IV Nr. 7 Absatz 4 zum 1.1.2020 in Kraft.
§ 12 IV Nr. 7 Absatz 4 tritt rückwirkend zum 11.05.2019 in Kraft.
Düsseldorf, den 10.12.2019
Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Dr. Jens Hoeppe

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 10. Dezember 2019 beschlossene 32. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme
1. der Worte „wie z. B. Apple Watch“ in Artikel I Anlage 1 zur Satzung der BKK PricewaterhouseCoopers zu § 13 a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten Absatz IV. (Leistungskatalog) 11. Aufzählungspunkt und
2. des Klammerzusatzes „(z.B. Vita34)“ in Artikel I Anlage 1 zur Satzung der BKK PricewaterhouseCoopers zu § 13 a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten Absatz IV (Leistungskatalog) 14. Aufzählungspunkt

und insoweit Artikel II gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Die Genehmigung von Artikel I § 12 b (Schutzimpfungen), § 12 c Nummer 1 Satz 1 (Professionelle Zahnreinigung) und § 12 c Nummer 2 (Geburtsvorbereitung im Rahmen der Vorsorge) wird zurückgestellt.

Bonn, den 30. Dezember 2019
213-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Greuel

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 10. Dezember 2019 beschlossene 32. Nachtrag zur Satzung wird auch hinsichtlich

1. Artikel I § 12b (Schutzimpfungen) mit Ausnahme der Worte „oder die Schutzimpfungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips erbracht werden“ in Satz 3 sowie mit der Maßgabe, dass in Satz 1 nach den Worten „für alle ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen“ die Worte „grundsätzlich als Sachleistung. Sofern keine vertraglichen Regelungen bestehen, übernimmt die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers die Kosten“ eingefügt werden und
2. § 12c (Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V) Nummer II (Geburtsvorbereitung im Rahmen der Vorsorge) mit der Maßgabe, dass in Satz 1 die Worte „versicherte werdende Väter‘/Mütter“ durch die Wörter „den zweiten Elternteil des Kindes“ ersetzt werden und
3. § 12c (Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V) Nummer I (professionelle Zahnreinigung)

und insoweit Artikel II (Inkrafttreten) gemäß § 195 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, 15. Mai 2020
213-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Beckschäfer

Artikel II
Inkrafttreten
Der 33. Satzungsnachtrag tritt am 1.1.2021 in Kraft.
Düsseldorf, den 09.12.2020
Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Dr. Jens Hoeppe

<u>Genehmigung</u>
Der vom Verwaltungsrat im schriftlichen Umlaufverfahren beschlossene 33. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme

Artikel I Anlage zur Satzung der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers zu § 13a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten, Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a Abs. 1 a SGB V, Voraussetzungen Satz 1 dritter Aufzählungspunkt

gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 23. Dezember 2020
213-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Beckschäfer

Artikel II
Inkrafttreten
Der 34. Satzungsnachtrag tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz tritt am 01.01.2022 in Kraft.
Melsungen, den 09.12.2021
Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Dr. Jens Hoeppe

<u>Genehmigung</u>
Der vom Verwaltungsrat am 9. Dezember 2021 beschlossene 34. Nachtrag zur Satzung wird mit der Maßgabe, dass in Artikel I § 12c Absatz XIV Punkt VI Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung in Satz 1 nach den Worten „Datenschutzgrundverordnung (kurz DSGVO, insb. Art. 5, 25 und 32)“ die Worte „sowie dem Sozialgesetzbuch“ eingefügt werden und insoweit Artikel II gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 23. Dezember 2021
213-59731.0-1813/2004

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Dr. Schmitz

Artikel II

Inkrafttreten
Der 35. Satzungsnachtrag wurde vom Verwaltungsrat am 27.07.2023 beschlossen.
Der Satzungsnachtrag tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
Düsseldorf, den 27.07.2023
Dr. Jens Hoeppe
Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

Genehmigung
Der vom Verwaltungsrat am 27. Juli 2023 beschlossene 35. Nachtrag zur Satzung wird mit der Maßgabe, dass in Artikel I Ziffer 8. Anlage 2 zur Satzung der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers unter lit a) der Änderungsbefehl wie folgt lautet: „In Absatz 2 Satz 1 und 2 sowie Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 2 und Absatz 30 Satz 1 werden hinter dem Wort schriftliche die Worte „oder elektronische“ eingefügt.“ Gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 5. Oktober 2023
213-1020#00020#0001

Bundesamt für Soziale Sicherung
Im Auftrag
Antje Domscheit

Anlage 1 zur Satzung der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers zu § 13 a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Vorsorge-Bonus nach § 65a Abs. 1 SGB V

Voraussetzungen
Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten gem. § 65a Abs. 1 SGB V, wenn sie im Kalenderjahr nachfolgend genannte Maßnahmen in Anspruch genommen haben:

- Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V
- Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach den §§ 22 Abs. 1, 55 Abs. 1 SGB V
- Schutzimpfungen nach § 20i SGB V

Der Bonus beträgt je nachgewiesener Maßnahme im Kalenderjahr 5,00 EUR. Die Anzahl der bonifizierbaren Maßnahmen ist durch die gesetzlich definierten Regelungen begrenzt. Der Bonus für Schutzimpfungen erfolgt nur einmalig nach vollständiger Immunisierung. Kombinationsimpfungen gelten als eine Maßnahme.

Nachweis
Die durchgeführten Maßnahmen werden in einem Bonusprogrammheft oder elektronisch in der Internetfiliale/BKK PwC App durch Bestätigung des Arztes nachgewiesen. Die Kosten für den Nachweis werden nicht durch die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers erstattet.

Bonuszeitraum
Der Bonuszeitraum ist jeweils das Kalenderjahr (01.01. - 31.12.). Das Bonusprogrammheft ist entsprechend für diesen Zeitraum gültig.

Bonus
Der erzielte Bonusbetrag wird auf Antrag des Versicherten als einmaliger Geldbonus gewährt.

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a Abs. 1a SGB V

Voraussetzungen
Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten gem. § 65a Abs. 1a SGB V, wenn sie im Kalenderjahr mindestens zwei der folgenden Maßnahmen in Anspruch genommen, bzw. erfüllt haben:

- Zertifizierte Leistung der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V
- Schwimmabzeichen gemäß der deutschen Prüfungsordnung „Schwimmen – Retten – Tauchen“ des Bundesverbandes zur Förderung der Schwimmausbildung (BFS) oder ein Sportabzeichen des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) oder ein Wanderabzeichen des Deutschen Wanderverbands
- regelmäßiger Sport (z. B. Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein oder Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio).
- Teilnahme an einer gemeinschaftssportlichen Aktivität im Freien, für die eine regelmäßige Vorbereitung erfolgt ist, die unter qualifizierter Leitung durchgeführt wird und bei der eine körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht (beispielsweise Volks-/Stadtläufe, Halb-/Marathon, Lauftreff, Wanderungen, Kletter- oder Mountainbikekurse und Radtouren, etc.). Selbst organisierte sportliche Aktivitäten ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.

Nachweis
Die durchgeführten Maßnahmen werden in einem Bonusprogrammheft oder elektronisch in der Internetfiliale/BKK PwC App durch Bestätigung des Leistungserbringers nachgewiesen. Die Kosten für den Nachweis werden nicht durch die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers erstattet.

Bonuszeitraum
Der Bonuszeitraum ist jeweils das Kalenderjahr (01.01. - 31.12.). Das Bonusprogrammheft ist entsprechend für diesen Zeitraum gültig. Mit Einreichung bzw. Antrag auf Bonusgewährung erklärt der Versicherte seine abschließende Teilnahme für das Bonusjahr. Nachweise und Bonusanspruch können bis zum 31.03. des Folgejahres eingereicht werden.

Bonus
Der erzielte Bonusbetrag wird auf Antrag des Versicherten als einmaliger Geldbonus in Höhe von 40,00 EUR gewährt. Alternativ wird der Bonusanspruch einem Gesundheitskonto zugeführt und verdoppelt. Der auf dem Gesundheitskonto angesparte Betrag wird dem Teilnehmer ausschließlich als Zuschuss zu den Kosten für im Bonusjahr selbst in Anspruch genommene Leistungen gemäß dem folgenden Leistungskatalog erstattet. Der Anspruch auf Auszahlungen vom Gesundheitskonto entsteht erst nach Vorlage entsprechender Belege. Es wird die tatsächliche Aufwendung erstattet. Der Übertrag von Gesundheitsleistungen bzw. des Gesundheitskontos auf andere Versicherte oder in das Folgejahr ist nicht möglich. Die einmal getroffene Wahl Geldbonus oder Gesundheitskonto ist für das Bonusjahr bindend.

Leistungskatalog
Das Budget des Gesundheitskontos kann als Zuschuss für folgende verauslagte Kosten im Bonusjahr verwendet werden:

- zusätzliche Untersuchungen und Behandlungen beim Zahnarzt (z. B. Funktionsanalyse, Unterkieferprotusionsschiene, Zahnersatz, Füllungen)
- Zusätzliche Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchung, sofern diese nicht Bestandteil der Satzungsleistungen ist (z. B. EKG, Check-up)
- zusätzliche Blutuntersuchung (z. B. Titer-Bestimmung)
- Brillen und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehfähigkeit
- Zusätzliche Untersuchungen beim Augenarzt (z. B. Glaukom-Früherkennungsuntersuchung, Augeninnendruckmessung)
- Sehtest beim Optiker
- Zusätzliche Untersuchungen beim Hautarzt (z. B. Hautscreening, Auflichtmikroskop)
- Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)
- Wirtschaftliche Aufzahlungen zu Hilfsmitteln
- Apothekenrechnungen für rezeptfreie Arzneimittel
- Sportmedizinische Untersuchungen, Tauglichkeitsuntersuchungen
- Mitgliedsbeiträge im Sportverein und Fitnessstudio. Ausgenommen sind Leistungen, die bei den Teilnehmern als Bonusmaßnahme für einen Gesundheitsbonus berücksichtigt wurden.
- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus („Fitnesstracker“ wie z. B. Schrittzähler, Blutdruckmessgerät)
- Sportgeräte (z. B. Hometrainer, Walking-Stöcke)
- Elektrische Geräte für die Zahnpflege (z. B. elektrische Zahnbürste)
- Einfrieren von Nabelschnurblut bei einer Nabelschnurblutbank
- Akupunktur- und Stoßwellenbehandlungen (sofern keine SGB V-Leistung)
- Leistungen nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
- Osteopathische Behandlungen, sofern diese nicht Bestandteil der Satzungsleistung sind
- Medizinische Massagen
- Kosten für ein Familienzimmer im Krankenhaus
- Orthopädische Schuh- und Sporteinlagen, inkl. Laufbandanalyse
- Private Krankenzusatzversicherungen

Anlage 2 zur Satzung der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers § 13 c Wahltarif „Krankengeld“

Teilnahme

1. Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (*Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt*). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie

   a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder

   b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.“

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

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

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

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

Obliegenheiten der Teilnehmer

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

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

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

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

   für den Personenkreis der Selbständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

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

   für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten i.S.v. § 53 Abs. 6 SGB V:

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

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

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

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

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

Anspruch

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

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

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

    1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
    2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

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

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

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers nach den Vorschriften des

über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
- -solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers

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

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

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

Zahlung

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

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

Dauer

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

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

    1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
    2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

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

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

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht

befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

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

31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während

der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.