Satzung

der

Betriebskrankenkasse Groz-Beckert

BKK Groz-Beckert
Unter dem Malesfelsen 72
72458 Albstadt

Inhaltsverzeichnis

Artikel I 3
§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse ... 3
§ 2 Verwaltungsrat ... 4
§ 3 Vorstand ... 6
§ 4 Widerspruchsausschuss ... 7
§ 5 Kreis der versicherten Personen ... 8
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft ... 9
§ 7 Aufbringung der Mittel ... 10
§ 8 Bemessung der Beiträge ... 10
§ 8a Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen ... 10
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag ... 10
§ 10 Fälligkeit der Beiträge ... 10
§ 10a Erhebung von Mahngebühren und Beitragsvorschüssen ... 11
§ 11 Höhe der Rücklage ... 11
§ 12 Leistungen ... 12
I. Allgemeiner Leistungsumfang ... 12
II. Häusliche Krankenpflege ... 12
III. Haushaltshilfe ... 13
IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit ... 13
V. Kostenerstattung ... 14
VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel ... 16
VII. Zusätzliche Satzungsleistungen ... 17
§ 12a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung ... 23
§ 12b Schutzimpfungen ... 24
§ 12c Leistungsausschluss ... 25
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen ... 25
§ 14 Allgemeine Anforderungen der Wahltarife ... 25
§ 14a Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ... 26
§ 14b Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen Versorgung ... 28
§ 14c Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen ... 30
§ 14d Wahltarife Krankengeld ... 31
§ 15 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ... 39
I. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten ... 39
II. Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ... 42
III. Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ... 42
§ 16 - nicht besetzt - ... 43
§ 17 Kooperation mit der PKV ... 43

§ 18 Ausgleichsverfahren nach dem AAG 43
§ 19 Aufsicht 43
§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband 43
§ 21 Bekanntmachungen 43
§ 22 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse 44
Artikel II 44
Inkrafttreten 44

Anlagen

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung für Verwaltungsratsmitglieder

Anlage zu § 18 der Satzung: Ausgleichsverfahren nach dem AAG

Anmerkung:

Soweit in dieser Satzung bei der Bezeichnung von Ämtern und Funktionen die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht auch die weibliche Form sowie weitere Formen mit ein.

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

I. Die Betriebskrankenkasse führt den Namen

Betriebskrankenkasse
Groz-Beckert

und die Kurzbezeichnung

BKK Groz-Beckert.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 72458 Albstadt, Unter dem Malesfelsen 72.

Sie ist errichtet worden am 1. Januar 1888.

II. Die Betriebskrankenkasse ist eine gesetzliche Krankenkasse und rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 Abs. 1 SGB V).

III. Der Bezirk der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der Arbeitgeber:

a)	Groz-Beckert KG	in	72458 Albstadt, Parkweg 2
b)	Groz-Beckert-Service GmbH	in	72458 Albstadt, Parkweg 2
c)	solidian GmbH	in	72458 Albstadt, Sigmaringer Str. 150
d)	Kita und Grundschule Malesfelsen GmbH	in	72458 Albstadt, Parkweg 2
e)	Groz-Beckert Europe GmbH	in	72458 Albstadt, Parkweg 2
f)	Ferd. Schmetz GmbH	in	72458 Albstadt, Im Stöcken 5

§ 2 Verwaltungsrat

I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat (§ 31 Abs. 3a SGB IV).

2. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter (§ 62 Abs. 1 SGB IV).

II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören sechs Versichertenvertreter und der Arbeitgeber Groz-Beckert KG oder sein Vertreter an (§§ 43 Abs. 1, 44 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Der Arbeitgeber bestimmt einen Stellvertreter, der den Arbeitgeber oder den Arbeitgebervertreter im Fall der Verhinderung vertritt (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Der Arbeitgeber hat dieselbe Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen (§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

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 (§ 33 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere die in § 197 SGB V geregelten Aufgaben vorbehalten.

Die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen (§ 35a Abs. 5 Satz 2 SGB IV).

Der Verwaltungsrat beauftragt einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes (§ 35a Abs. 4 Satz 4 SGB IV).

Der Verwaltungsrat vertritt die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand (§§ 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, 33 Abs. 2 Satz 1 SGB IV),

Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat 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 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.

IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung (§ 63 Abs.1 SGB IV).

V. 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 Beträgen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

VI. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter anwesend sind (§ 64 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

VII. 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 (§ 64 Abs. 2 SGB IV).

VIII. Der Verwaltungsrat kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Abs. 3 SGB IV):

1. bei Änderungen der Satzung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
2. bei Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrats, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,
3. in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrats im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
4. in eiligen Angelegenheiten, die in der Regel keiner Beratung bedürfen.
5. in außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemischen Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen), die eine Präsenzsitzung, eine hybride Sitzung und eine digitale Sitzung ausschließen.

Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats – bzw. im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates – der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).

IX. Der Verwaltungsrat kann seine Sitzungen mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung (Videokonferenz) als hybride oder als vollständig digitale Sitzungen durchführen (§ 64a SGB IV):

1. Hybride Sitzungen (§ 64a Abs. 1 SGB IV) sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Die digitale Teilnahme an hybriden Sitzungen setzt voraus, dass dem Mitglied die persönliche Anwesenheit in der Präsenzsitzung erschwert oder unmöglich ist (z. B. aufgrund von Krankheit, Urlaub, Dienstreise oder Kinderbetreuung). Die Anwesenheit der Sitzungsleitung im Sitzungssaal ist erforderlich.
2. Digitale Sitzungen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort (§ 64a Abs. 2 SGB IV) können in außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemischen Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen) und in besonders eiligen Fällen stattfinden. Der Vorsitzende stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn binnen 2 Tagen im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht.
3. Mitglieder, die per Videokonferenz an hybriden und digitalen Sitzungen teilnehmen, gelten als anwesend. Eine ausschließlich telefonische Zuschaltung einzelner Mitglieder ist nicht zulässig. Bei öffentlichen vollständig digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Abstimmungen und Wahlen in hybriden und digitalen Sitzungen sind möglich, der Leiter der Sitzung entscheidet, ob die Stimmabgabe per Handzeichen, durch Zuruf oder über ein ortsunabhängiges digitales System erfolgt.

§ 3 Vorstand

I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an (§ 35a Abs. 4 Satz 1 SGB IV).

II. Der Vorstand wird vom Arbeitgeber auf dessen Kosten bestellt (§ 147 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat (§ 35a Abs. 5 Satz 2 SGB IV).

III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV),
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB IV),
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten (§ 70 Abs. 1 SGB IV),
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
6. die 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 zu gewähren.

IV. Zur Unterstützung des Vorstandes bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Personen (§ 147 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

§ 4 Widerspruchsausschuss

I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen (§ 36a SGB IV). Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 72458 Albstadt, Unter dem Malesfelsen 72.

II. 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus zwei Vertretern der Versicherten, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen (§ 36a Abs. 2 Satz 2 SGB IV) und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit zwei Stimmen.

2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat zwei 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.

4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV sowie § 64a Abs. 1, 3 und 4 SGB IV gelten entsprechend. § 64a Abs. 2 gilt mit der Maßgabe, dass ein Mitglied den Ausnahmefall nach Abs. 2 Satz 1 feststellt und eine digitale Sitzung nach Abs. 2 Satz 1 nicht stattfindet, wenn ein Mitglied widerspricht.

5. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses wählen den Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses und dessen Stellvertreter; § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB IV gilt entsprechend.

   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 und der Arbeitgebervertreter anwesend und stimmberechtigt sind.

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.

9. Der Widerspruchsausschuss kann seine Sitzungen mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung (Videokonferenz) als hybride oder als vollständig digitale Sitzungen durchführen (§ 36a Abs. 4 i. V. m. § 64a SGB IV):

   a. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Die Teilnahme an hybriden Sitzungen setzt voraus, dass dem Mitglied die persönliche Anwesenheit in der Präsenzsitzung erschwert oder unmöglich ist (z. B. aufgrund von Krankheit, Urlaub, Dienstreise oder Kinderbetreuung). Die Anwesenheit der Sitzungsleitung im Sitzungssaal ist erforderlich.

b. Digitale Sitzungen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort (§ 64a Abs. 2 SGB IV) können in außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Katastrophen, epidemischen Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen) und in besonders eiligen Fällen stattfinden. Ein Mitglied stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn binnen 2 Tagen ein Mitglied widerspricht.

c. Mitglieder, die per Videokonferenz an hybriden und digitalen Sitzungen teilnehmen, gelten als anwesend. Eine ausschließlich telefonische Zuschaltung einzelner Mitglieder ist nicht zulässig. Abstimmungen und Wahlen in hybriden und digitalen Sitzungen sind möglich, der Leiter der Sitzung entscheidet, ob die Stimmabgabe per Handzeichen, durch Zuruf oder über ein ortsunabhängiges digitales System erfolgt.

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

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

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
2. alle anderen Versicherungspflichtigen (§ 5 SGB V) oder Versicherungsberechtigten (§ 9 SGB V).

II. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

III. Die in Abs. I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den im Gesetz und in der Kassensatzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

1. sie in dem in § 1 Abs. III der Satzung genannten Betrieb arbeiten (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),
2. bei ihr vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V),
3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V),
4. sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen oder nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 oder § 9 SGB V versicherte Rentner oder nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 4 SGB V),
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr als Rentner versichert sind (§ 173 Abs. 5 SGB V),
6. sie bei der Betriebskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren (§ 174 Abs. 1 SGB V),
7. sie bei einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, wenn sich der Bezirk der Betriebskrankenkasse auf den Wohn- oder Beschäftigungsort erstreckt (§ 174 Abs. 2 SGB V).

IV. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse (§ 10 Abs. 5 SGB V).

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Betriebskrankenkasse mindestens 12 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V), sofern nicht die Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist sodann unter den Voraussetzungen von § 175 Abs. 4 Satz 3 bis 5 SGB V möglich.

II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Abs. 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, besteht ein Sonderkündigungsrecht nach Maßgabe von § 175 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V.

III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll (§ 175 Abs. 4 Satz 9 SGB V).

Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung, bzw. mit Eingang der Austrittserklärung bei der Betriebskrankenkasse, wenn keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll.

IV. Wenn ein Wahltarif nach § 14d (Krankengeld) gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des § 14d Abs. IV und V, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß Abs. I Satz 1 gekündigt werden. Abweichend von Satz 1 gilt bei erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitragssatzes oder bei dessen Erhöhung nach § 242 Abs. 1 SGB V das Kündigungsrecht nach Abs. II ungeachtet der Bindungsfrist an den Wahltarif, jedoch nicht für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 14d (Krankengeld) gewählt haben (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht; als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242 (§ 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

§ 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 Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen

Für die Ermäßigung und den Erlass von Beitragsschulden gelten die „Einheitlichen Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung (§ 256a Abs. 4 SGB V).

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V.

Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt monatlich 2,5 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

I. Die Fälligkeit der Beiträge ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB IV, § 256 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

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. Die Erstattung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen, Arbeitseinkommen oder aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 231 SGB V erfolgt nur auf Antrag. Der Erstattungsantrag kann jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahres oder nach Beendigung der Vorrangversicherung gestellt werden (§ 231 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

§ 10a Erhebung von Mahngebühren und Beitragsvorschüssen

I. Pauschale Mahngebühr

Entsprechend der Vorschrift des § 1 LVwVGKO wird eine Mahngebühr erhoben. Diese beträgt ein halbes Prozent des Mahnbetrages, mindestens jedoch 4 € und höchstens 75 €.

II. Beitragsvorschüsse

Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge von Arbeitgebern erheben (§ 28e Abs. 5 SGB IV),

1. die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
2. bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
3. die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
4. die keine Beitragsnachweise einreichen.

Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zu bestimmen.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 50 % des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (§ 261 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten, einschließlich der palliativen Versorgung
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX
- zur Unterstützung bei Behandlungsfehlern.

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 (§ 11 Abs. 2 SGB V).

II. Häusliche Krankenpflege
(§ 37 SGB V)

1. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht.

2. Voraussetzung ist, dass

   a) keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 oder höher im Sinne des SGB XI vorliegt und

   b) keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

3. Die Dauer ist auf 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

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

III. Haushaltshilfe
(§ 38 SGB V)

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt über die in § 38 Abs. 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe,

   a) wenn und solange dem Versicherten wegen einer Leistung nach § 39a SGB V die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, sofern im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

   b) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist, im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

   Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 26 Wochen 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. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 % des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 % des entgangenen Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 SGB V).

2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.

3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

V. Kostenerstattung (§ 13 SGB V)

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistungen 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 eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

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

3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen Leistungsbereich oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.

5. Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, 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.

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 %, maximal 40 €, für Verwaltungskosten zu kürzen.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle 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 %, maximal 40 €, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat 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.

VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel
(§ 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V i. V. m. § 129 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB V)

1. Gemäß § 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V in Verbindung mit § 129 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen, als dasjenige, für das die Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

   Der Versicherte tritt bei Abgabe des gewählten Arzneimittels in der Apotheke in Vorleistung. 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. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.

2. Der Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

   Der Abzug der Abschläge erfolgt als Pauschale und ist ausgehend vom Apothekenverkaufspreis wie folgt gestaffelt:

Apothekenverkaufspreis	**Mehrkostenanteil**
bis 15 €	30 %
16 € - 30 €	40 %
31 € - 100 €	60 %
101 € - 300 €	70 %
301 € - 500 €	80 %
über 500 €	84 %

   Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

3. Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

VII. Zusätzliche Satzungsleistungen

1. Die BKK Groz-Beckert übernimmt für ihre Versicherten Mehrleistungen der Nr. 2 bis Nr. 7, die während einer Versicherung bei der BKK Groz-Beckert in Anspruch genommen werden nach den folgenden Grundsätzen.

   Die Einreichung der Unterlagen muss bis spätestens 31.03. des Folgejahres erfolgen.

   Besteht eine private Zusatzversicherung, ist diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.

   Die Erstattung ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Rechnung zu beantragen.

2. Osteopathie

   a) Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundessausschuss ausgeschlossen wurde.

   Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

   b) Die BKK übernimmt die Kosten für maximal vier Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 50 € pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

   Ergänzend zu den Rechnungen ist die ärztliche Bescheinigung dem Antrag beizufügen.

3. Medizinische Vorsorge für Erwachsene

a) Die BKK Groz-Beckert erstattet für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, folgende über die in § 23 SGB V und in der Satzung geregelten Vorsorgeleistungen hinausgehende Leistungen, wenn diese notwendig sind, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen und Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden:

- Hautscreening inklusive der Verwendung eines Auflichtmikroskops zur Hautkrebsvorsorge
- Glaukom-Vorsorge zur Vermeidung von Sehverlusten
- Mammographie zur Brustkrebsvorsorge
- Sonographie zur Brustkrebsvorsorge
- Gesundheitsuntersuchung zur Krankheitsvorsorge
- Knochendichtemessung zur Vorsorge von Osteoporose
- PSA-Test und Ultraschall zur Vorsorge von Prostatakrebs

sofern im jeweiligen Kalenderjahr kein Anspruch auf die gesetzlich oder vertraglich geregelte Vorsorge besteht und die Leistung durch einen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigten Arzt erbracht wird.

b) Der Versicherte entscheidet selbst, welche Vorsorgeuntersuchungen er in Anspruch nimmt.

c) Die BKK Groz-Beckert erstattet die Kosten für die Vorsorgeuntersuchungen bis zu einem Betrag in Höhe von insgesamt 75 € je Kalenderjahr und Versicherten.

Hierbei ist es unerheblich ob der Versicherte eine oder mehrere Vorsorgeuntersuchungen im Kalenderjahr in Anspruch genommen hat.

4. Kostenerstattung für zusätzliche Leistungen im Bereich Zahnprophylaxe

a) Die BKK Groz-Beckert erstattet für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,

- die Kosten für eine professionelle Zahnreinigung bis zu 50 € je Kalenderjahr,
- zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen für Zahnfüllungen mit Kunststoff, Keramik oder Gold, die ihm als Mehrkosten privat in Rechnung gestellten Kosten, welche die Abrechnung über die kassenzahnärztliche Vereinigung übersteigen.

  Für die zahnärztlichen Behandlungs- und Materialkosten werden je Zahn, höchstens alle zwei Jahre für den jeweiligen Zahn, bis zu 20 € erstattet.

b) Die BKK Groz-Beckert erstattet für Versicherte, die aufgrund ihres Alters einen Anspruch auf Leistungen der Individualprophylaxe nach § 22 Abs. 1 SGB V haben,

- die Kosten für Fissuren-Versiegelung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres bis zu 50 € je Kalenderjahr,
- die Kosten für Glattflächenversiegelung ab dem vollendeten 9. Lebensjahres, während einer von der BKK genehmigten kieferorthopädischen Behandlung nach § 29 SGB V, bis zu 50 € je Kalenderjahr,
- die Kosten für eine professionelle Zahnreinigung während einer von der BKK genehmigten kieferorthopädischen Behandlung nach § 29 SGB V, bis 50 € je Behandlung.

  Die Erstattung kann höchstens 2-mal im Behandlungszeitraum, jeweils im Zusammenhang mit dem Einsetzen und der Entnahme der Zahnspange erfolgen.

5. Erweiterte Schwangerenleistungen

a) Die BKK Groz-Beckert übernimmt die Kosten für folgende zusätzliche Maßnahmen, sofern ein Anspruch auf diese Leistungen nicht nach den Mutterschafts-Richtlinien oder anderen vertraglichen Regelungen der BKK Groz-Beckert besteht:

- Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge,
- Frühgeburtenscreening,
- Ersttrimesterscreening (Analyse von 2 biochemischen Laborwerten und die fetale Nackentransparenzmessung) oder Harmony-Test,
- Toxoplasmose-Test, begrenzt auf einen Test während der Schwangerschaft,
- Streptokokken-B-Test,
- Geburtsvorbereitung für eine Begleitperson der Schwangeren (Ehemann, Lebenspartnerin oder –partner), sofern die Begleitperson bei der BKK Groz-Beckert versichert ist,
- Säuglingspflegekurse für werdende Eltern,
- Baby-Erste-Hilfe-Kurs für die Schwangere bzw. Mutter, sowie für eine Begleitperson (Ehemann, Lebenspartnerin oder –partner), sofern die Begleitperson bei der BKK Groz-Beckert versichert ist,
- nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für schwangere Versicherte mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium, Jodid und oder Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate, sofern das Arzneimittel von einem Vertragsarzt auf Privatrezept verordnet wurde,
- Akkupunktur zur Geburtsvorbereitung sowie bei Schwangerschaftsbeschwerden,
- Entspannungs- und Bewegungskurse für Schwangere, junge Eltern mit Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensmonat im Rahmen der Primärprävention.

b) Die Erstattung ist begrenzt auf Leistungen die von zugelassenen Leistungserbringern erbracht wurden, sowie Arzneimittel die in Apotheken bezogen wurden, welche zur Versorgung zugelassen sind.

c) Der Erstattungsbetrag für die Leistungen ist insgesamt auf 200 Euro je Kalenderjahr begrenzt.

6. Hebammenrufbereitschaft

a) Die BKK Groz-Beckert erstattet in den letzten Wochen der Schwangerschaft (in der Regel 37. bis 42. Schwangerschaftswoche) für versicherte Frauen die Kosten für eine Hebammenrufbereitschaft.

Voraussetzung ist, dass die Leistung von einer freiberuflich tätigen Hebamme erbracht wird, die entsprechend nach § 134a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.

Die Hebammenrufbereitschaft beinhaltet insbesondere täglich:

- 24 Stunden unmittelbare Erreichbarkeit,
- sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe,
- Aufenthalt in räumlicher Nähe der Schwangeren,
- Bereitschaft, jede sonstige Aktivität, mit Ausnahme einer gerade stattfindenden anderen Geburt, sofort abzubrechen und zu der Schwangeren zu fahren,
- Sicherstellung der Vertretung einer mit der Schwangeren vertrauten freiberuflich tätigen Hebamme, die gemäß den oben genannten Rechtsgrundlagen zur Leistungserbringung berechtigt ist,
- Begleitung bei einer Verlegung in ein Vertragskrankenhaus, sofern erforderlich.

b) Der maximale Zuschuss beträgt 250 € je Kalenderjahr.

7. Künstliche Befruchtung

a) Die BKK Groz-Beckert übernimmt für ihre Versicherten, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung entsprechend den Regelungen des § 27a SGB V haben, zusätzlich zu den gesetzlich geregelten Ansprüchen in Höhe von 50 % der Behandlungskosten für die ersten drei Versuche weitere 25 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme. Sind während des Behandlungszeitraums beide Ehepartner bzw. Lebenspartner bei der BKK Groz-Beckert versichert, betragen die zusätzlichen Ansprüche nach Satz 1 30 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme.

b) Leistungen im Sinne des Buchstabe a) werden bei krankheitsbedingter Kinderlosigkeit auch für gleichgeschlechtliche weibliche Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz erbracht.

c) Maßgebend für die Beurteilung der medizinischen Erfordernisse sind grundsätzlich die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Bei Leistungen nach Buchstabe b) gelten die Hinweise, wonach künstliche Befruchtungen nur im homologen System durchgeführt werden, nicht.

d) Die Kostenerstattung erfolgt auf Grund eines vor Behandlungsbeginn genehmigten ärztlichen Behandlungsplanes.

§ 12a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils aktuellen Fassung – folgende Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung:

1. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V (Lebenswelt/Setting-Ansatz),

2. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung nach §§ 20b und 20c SGB V) und

3. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V (individueller Ansatz) mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

   a) Bewegungsgewohnheiten:

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

   b) Ernährung:

      - Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
      - Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

   c) Stressmanagement:

      - Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
      - Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

   d) Suchtmittelkonsum:

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

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 % der entstandenen Kosten, maximal aber 80 € je Maßnahme gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen

I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V die Kosten für folgende Schutzimpfungen in Höhe von 100 %:

- FSME
- Hepatitis A und B
- Influenza
- HPV-Impfungen für weibliche und männliche Versicherte nach Vollendung des 15. Lebensjahres nach individueller Prüfung von Nutzen und Risiko durch den die Ärztin/den Arzt.

II. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, in Höhe von 100 %, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.

III. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit eines anderen Kostenträges (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgebers) fällt.

§ 12c Leistungsausschluss

I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen (§ 52a SGB V).

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 Abs. 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 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

I. 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 16 €.

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

§ 14 Allgemeine Anforderungen der Wahltarife
(§ 53 Abs. 8 SGB V)

I. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme für einen oder mehrere Tarife bis zu 20 % der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge, jedoch nicht mehr als 600 € betragen.

II. Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V werden bei der Berechnung der Prämienzahlung nicht berücksichtigt.

§ 14a Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung
(§ 53 Abs. 3 SGB V)

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 den in § 73b Abs. 4 SGB V genannten Vertragspartnern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen der Betriebskrankenkasse ist nicht möglich.

II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalte und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte (§ 73b Abs. 6 SGB V).

III. Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse, nur einen am Vertrag teilnehmenden Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Leistungen mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt (§ 73b Abs. 3 S. 2 SGB V). Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Verpflichtungen ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln (§ 73b Abs. 3 S. 6 SGB V).

IV. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gemäß dem Vertrag der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg mit dem Deutschen Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg und MEDI Baden-Württemberg e. V. kann der Versicherte frühestens mit einer Frist von einem Monat zum Ende seines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) kündigen. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate.

Bei Änderungen der durch den Vertrag zusätzlich zur Regelversorgung gewährten Leistungen, besteht für den Versicherten ein außerordentliches Recht zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von einem Monat nach Bekanntgabe der Änderungen gemäß Abs. II an den Versicherten.

Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

V. Verstößt der Versicherte gegen seine sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Pflichten, kann er insbesondere im Widerholungsfall aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Sofern ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird, kann – mit Ausnahme von Vertretung oder Abwesenheit vom Praxisort – bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden.

VI. Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht oder die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in welches das Ereignis fällt.

VII. 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 sowie
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

VIII. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse.

Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 73b Abs. 3 S. 3 - 5 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

§ 14b Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen Versorgung
(§ 53 Abs. 3 SGB V)

I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit den in § 140a Abs. 3 SGB V genannten Vertragspartnern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassen über Inhalte und Ziele der besonderen Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über den Ort der Durchführung der besonderen Versorgung.

III. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung, indem sie sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an die sich aus der Teilnahme ergebenden Verpflichtungen ein Jahr gebunden, er darf bei den besonderen Versorgungsformen nach Abs. I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen.

Die Teilnahme an der besonderen Versorgung kann der Versicherte mit einer Frist von vier Wochen zum Ende des ersten Jahres kündigen. Danach ist die Kündigung mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich.

Bei Änderungen der durch den Vertrag zusätzlich zur Regelversorgung gewährten Leistungen besteht für den Versicherten ein außerordentliches Recht zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von einem Monat nach Bekanntgabe der Änderungen gemäß Abs. II an den Versicherten.

Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

IV. Verstößt der Versicherte gegen seine sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Pflichten, kann er insbesondere im Widerholungsfall aus der besonderen Versorgung ausgeschlossen werden. Sofern ein anderer als der gewählte Leistungserbringer aufgesucht wird, kann – mit Ausnahme von Vertretung oder Abwesenheit vom Praxisort – bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden.

V. Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht, können nicht an der besonderen Versorgung teilnehmen.

Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in welches das Ereignis fällt.

VI. 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 sowie
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

VII. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse.

Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 140a Abs. 4 S. 2 - 4 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

§ 14c Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 53 Abs. 3 SGB V)

I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme an:

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

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

§ 14d Wahltarife Krankengeld
(§ 53 Abs. 6 SGB V)

I. Die BKK Groz-Beckert bietet

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

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten Künstlern und Publizisten

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

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

III. Teilnahme

1. Die BKK Groz-Beckert 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). Der Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Wahltarifkrankengeld als Entgeltersatz für Einnahmen i. S. d. § 223 Abs. 3 Satz 2 SGB V wählen (Premiumtarif). Der Tarif kann nicht gewählt werden, wenn das 60. Lebensjahr am Tag der Wahlerklärung vollendet ist, es sein denn, der Tarif wird im unmittelbaren Anschluss an einen vorher bestehenden Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt.

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

IV. Laufzeit und Bindungsfrist

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 dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

V. Tarifende und Kündigung

1. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der BKK Groz-Beckert.

2. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger.

   Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam.

   Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als 10 %, bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

VI. Obliegenheiten der Teilnehmer

1. Die Mitglieder müssen die BKK Groz-Beckert 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 BKK Groz-Beckert aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK Groz-Beckert haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu machen und Nachweise dazu vorzulegen.

2. Sie sind verpflichtet, eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK Groz-Beckert nachzuweisen und die BKK Groz-Beckert über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.

3. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

VII. Prämien

1. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

a) 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 u. a. 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 €

b) 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 €

2. 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 Abs. XII ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Krankentagegeldhöhe zu zahlen.

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

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

5. Die BKK Groz-Beckert darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

VIII. Anspruch

1. 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 BKK Groz-Beckert bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen – oder innerstaatlichen Rechts.

2. 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 (z.B. Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.

3. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes 2 beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld

   a) bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit

   b) bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, (Karenzzeit) wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

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

5. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK Groz-Beckert nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK Groz-Beckert kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

6. 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 dem 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 oder
   - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK Groz-Beckert.

7. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengel ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.

8. 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.

9. 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.

IX. Zahlung

1. 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 Abs. VIII Nr. 5 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankentagegeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

2. Im Rahmen des Premiumtarifs wird Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK Groz-Beckert 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.

X. Dauer

1. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld im Premiumtarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von drei Jahren.

2. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/ Publizistentarif besteht bis zum maximal 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren.

3. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

XI. Höhe

1. Die Höhe des Wahltarifkrankengeld können

a) 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 BKK Groz-Beckert eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

b) 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 BKK Groz-Beckert eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/ Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

2. Die BKK Groz-Beckert kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Abs. XII Nr. 2.

3. 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.

4. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK Groz-Beckert sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK Groz-Beckert auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK Groz-Beckert 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 BKK Groz-Beckert 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 den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

XII. Wechsel

1. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeld stufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich Nr. 2 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeld stufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/ Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK Groz-Beckert nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeld stufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK Groz-Beckert 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.

2. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Abs. XI genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Wahltarifkrankengeld stufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK Groz-Beckert über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Abs. VIII Nr. 3 besteht in diesen Fällen nicht.

§ 15 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

I. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (§ 65a Abs. 1 SGB V):

1. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben einen Anspruch auf Erwachsenenbonus ab dem Kalenderjahr in dem sie das 17. Lebensjahr beginnen. Ansonsten besteht ein Anspruch auf den Kinderbonus.

   Damit ein Erwachsenenbonus zur Auszahlung kommen kann, muss mindestens eine Voraussetzung der Absätze 4 a) bis e) erfüllt sein. Ist dies nicht der Fall, besteht kein Anspruch auf eine Bonuszahlung.

   Damit ein Kinderbonus zur Auszahlung kommen kann, muss mindestens eine Voraussetzung der Absätze 5 a) bis d) erfüllt sein. Ist dies nicht der Fall, besteht kein Anspruch auf eine Bonuszahlung.

   Die Teilnahme am Bonus-Programm ist freiwillig.

2. Antragsjahr ist jeweils das Kalenderjahr.

3. Der Höchstbonus beträgt bei Teilnahme am Erwachsenenbonus 80 € und bei Teilnahme am Kinderbonus 40 € pro Antragsjahr. Beginnt die Versicherung im Antragsjahr besteht Anspruch auf den vollen Bonusbetrag. Eine Übertragung von im Antragsjahr nicht ausgeschöpften Höchstbonusbeträgen auf folgende Jahre ist ausgeschlossen.

4. Teilnahmeberechtigte Versicherte am Erwachsenenbonus erhalten innerhalb des Antragsjahres einen Bonus bis zum Erreichen des Höchstbonus unter Nachweis der folgenden Voraussetzungen in Höhe von:

   a) Inanspruchnahme einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V innerhalb des Antragsjahres, je Untersuchung 10 €,

   b) Inanspruchnahme einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 SGB V innerhalb des Antragsjahres, je Untersuchung 10 €,

   c) für die Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung J2 innerhalb des Antragsjahres 10 €,

   d) Inanspruchnahme einer Untersuchung zur Zahngesundheit nach der Maßgabe des § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V innerhalb des Antragsjahres, je Antragsjahr 10 €,

   e) Nachweis über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 und 2 SGB V oder § 12b Nr. 1 innerhalb des Antragsjahres, je Antragsjahr 10 €,

   f) Inanspruchnahme einer zertifizierten Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V innerhalb des Antragsjahres, sofern sie nicht unter Buchstabe g) oder h) fallen, je Antragsjahr 10 €,

   g) Teilnahme an einer von der BKK Groz-Beckert nach § 12a selbst erbrachten Leistung zur primären Prävention innerhalb des Antragsjahres, je Maßnahme 10 €,

h) Teilnahme an einer Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V innerhalb des Antragsjahres, je Maßnahmen 10 €,

i) Teilnahme an einer Veranstaltung in einer unter der abschließenden Aufzählung in Nummer 9 genannten Ausdauersportart, Nachweis der erfolgreichen Absolvierung des Deutschen Sportabzeichens oder Nachweis der erfolgreichen Absolvierung des Deutschen Wanderabzeichens (DWA) innerhalb des Antragsjahres, je Maßnahme 10 €,

j) Aktive Mitgliedschaft im Sportverein, im Fitnessstudio oder regelmäßige Teilnahme am Betriebssport, Rehabilitationssport oder Funktionstraining auf eigene Kosten, jeweils für mehr als 12 Monate, je Antragsjahr 10 €,

k) Dauerhafte Teilnahme an Gesundheitskursen ohne Kostenzuschuss für mindestens 12 Monate, je Antragsjahr 10 €.

5. Teilnahmeberechtigte Versicherte am Kinderbonus erhalten innerhalb des Antragsjahres einen Bonus bis zum Erreichen des Höchstbonus unter Nachweis der folgenden Voraussetzungen in Höhe von:

a) Inanspruchnahme einer nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen U3 bis U9 innerhalb des Antragsjahres, je Untersuchung 10 €,

b) für die Inanspruchnahme der nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Jugendgesundheitsuntersuchung J1 innerhalb des Antragsjahres 10 €,

c) Inanspruchnahme einer Untersuchung nach § 22 Abs. 1 SGB V innerhalb des Antragsjahres, je Antragsjahr 10 €,

d) Nachweis über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 und 2 SGB V oder § 12b Nr. 1 innerhalb des Antragsjahres, je Antragsjahr 10 €,

e) Teilnahme an einer Veranstaltung in einer unter der abschließenden Aufzählung in Nummer 9 genannten Ausdauersportart oder Nachweis der erfolgreichen Absolvierung

- des Deutschen Sportabzeichens,
- des Bewegungspasses des Turngaus Zollern-Schalksburg,
- eines Schwimmabzeichens des Deutschen Schwimmverbandes oder
- des Deutschen Wanderabzeichens (DWA)

innerhalb des Antragsjahres, je Maßnahme 10 €,

f) Aktive Mitgliedschaft im Sportverein, im Fitnessstudio oder regelmäßige Teilnahme am Betriebssport, Rehabilitationssport oder Funktionstraining auf eigene Kosten, jeweils für mehr als 12 Monate, je Antragsjahr 10 €,

g) Dauerhafte Teilnahme an Gesundheitskursen ohne Kostenzuschuss für mindestens 12 Monate, je Antragsjahr 10 €.

6. Maßnahmen nach der Nummer 4 und 5 führen nur zu einer Bonusgewährung, sofern die Maßnahme nach Beginn der Versicherung bei der BKK Groz-Beckert durchgeführt wurde. Hierbei beginnt die rückwärts gerichtete Frist nach den Nummern 4 j) bis 4 k) und 5 f) bis 5 g) jeweils am 31.12. des Antragsjahres.

7. Der Anspruch auf die Auszahlung eines Bonus erlischt mit der Beendigung der Versicherung.

8. Die in Anspruch genommenen Maßnahmen sind mit einem Bonusheft nachzuweisen.

   Die Teilnahme an einer qualitätsgesicherten Präventionsleistung, einem Gesundheitskurs, einer Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung, einer Veranstaltung nach Nummer 9, am Betriebs- und Rehabilitationssport oder Funktionstraining, sowie die Mitgliedschaft im Sportverein oder Fitnessstudio sind vom Veranstalter bzw. vom Verein zu bestätigen.

   Die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und die Impfungen müssen ärztlich bestätigt werden.

   Die Erfüllung der Voraussetzungen der erfolgreichen Absolvierung der jeweiligen Sportabzeichen oder des Bewegungspasses nach Nummer 4 i) und 5 e) sind von der abnehmenden Stelle zu bestätigen.

9. Ausdauersportarten, die nach Absatz 4 i) und 5 e) zu einer Bonusgewährung führen, sind Walking, Nordic-Walking, Langstreckenlauf, Jogging, Radfahren, Eisschnellauf (Langstrecke), Inlineskating (Langstrecke), Schwimmen, Skilanglauf, Triathlon, Duathlon, Aquathlon, Wintertriathlon, Rudern, Paddeln.

II. Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 65a Abs. 2 SGB V):

1. Die Betriebskrankenkasse kann durch Vertrag mit Arbeitgebern Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) aktiv fördern.

   Dabei sind Bonusgewährungen für den Arbeitgeber sowie für die teilnehmenden Mitglieder möglich, wenn der Betriebskrankenkasse die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anhand geeigneter Unterlagen nachgewiesen werden.

2. Nicht förderungsfähig sind Maßnahmen, die Gegenstand der Verpflichtung aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.

3. Die maximale Höhe des Bonusses für den Arbeitgeber darf dessen Aufwendungen für die BGF nicht überschreiten. Die Betriebskrankenkasse kann dazu mit den von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der den Inhalt und die Höhe des Bonussystems im Einzelnen regelt.

III. Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 65a Abs. 2 SGB V):

1. Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Abs. 2 Satz 2 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers

   - zur Bewegungsförderung der Beschäftigten
   - zur gesundheitsgerechten Ernährung der Beschäftigten im Arbeitsalltag
   - zur verhaltensbezogenen Suchtprävention im Betrieb
   - zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

   vollständig teilnehmen.

   Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach Absatz II ab.

2. Die Höhe des Bonus richtet sich nach Absatz I Nr. 4 h) und wird im Rahmen der Bonuszahlung nach Abs. I nachgewiesen und an den Berechtigten ausgezahlt.

   Mit der Auszahlung nach Absatz I ist der Anspruch nach Absatz III abgegolten.

3. Die in Anspruch genommenen Maßnahmen sind mit dem Bonusheft nach Absatz I Nr. 8 nachzuweisen.

§ 16 - nicht besetzt -

§ 17 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen (§ 194 Abs. 1a SGB V).

§ 18 Ausgleichsverfahren nach dem AAG

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage dieser Satzung.

§ 19 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg.

§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Süd als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 21 Bekanntmachungen

I. Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und in den in § 1 Abs. III genannten Betrieben.

II. Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist zwei Wochen.

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

§ 22 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

I. Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise (§ 305b SGB V).

II. Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse erfolgt darüber hinaus durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und durch Bekanntgabe in der Mitgliederzeitschrift.

III. Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

IV. Die Aushangfrist beträgt zwei Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 19. Dezember 2019 beschlossen.

2. Die Satzung tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

   Gleichzeitig treten die Satzung vom 21. Juli 2016 und die dazu ergangenen Nachträge außer Kraft.

Albstadt, den 19. Dezember 2019

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

Werner Krause

Betriebskrankenkasse Groz-Beckert Albstadt

Siegel