



Satzung

der

**Betriebskrankenkasse
Groz-Beckert**

72458 Albstadt



Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung	Seite
§ 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	11
§ 7 Aufbringung der Mittel	12
§ 8 Bemessung der Beiträge	12
§ 8a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge.....	12
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag.....	13
§ 9a Prämienzahlung gemäß § 242 Abs. 2 SGB V	13
§ 10 Fälligkeit der Beiträge.....	14
§ 10a Erhebung von Mahngebühren / Beitragsvorschüssen.....	14
§ 11 Höhe der Rücklage.....	15
§ 12 Leistungen	16
§ 12a Primärprävention	19
§ 12b Schutzimpfungen.....	20
§ 12c Leistungsausschluss	20
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen.....	20
§ 14 Wahltarife allgemeine Anforderungen (§ 53 Abs. 8 SGB V).....	21
§ 15 Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V).....	22
§ 15a Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V)	23
§ 15b Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 53 Abs. 3 SGB V).....	25
§ 15c Wahltarif für die Teilnahme an der integrierten Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V).....	25
§ 15d Wahltarife Krankengeld	26
§ 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	32
§ 17 Kooperation mit der PKV	35
§ 18 Ausgleichsverfahren nach dem AAG.....	35
§ 19 Aufsicht.....	35
§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband	35
§ 21 Bekanntmachungen	35

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage zu § 18 der Satzung: Ausgleichsverfahren nach dem AAG

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). Ihre vertretungsberechtigten Organe haben die Eigenschaft einer Behörde. Sie führen das Dienstsiegel der Betriebskrankenkasse (§ 31 Abs. 3 SGB IV).

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 |

§ 2 Verwaltungsrat

- I.
 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat (§ 31 Abs. 3a SGB IV). Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt (§ 40 Abs. 1 SGB IV).
 3. 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 folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1b SGB V),
2. den Haushaltsplan festzustellen (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
4. die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen (§ 35a Abs. 5 Satz 2 SGB IV),
5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen (§ 35a Abs. 4 Satz 4 SGB IV),
6. den Vorstand zu überwachen (§ 197 Abs. 1 Nr. 1a SGB V),
7. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten (§§ 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, 33 Abs. 2 Satz 1 SGB IV),
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
9. über die Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V bzw. § 150 Abs. 1 Satz 1 SGB V),
10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen (§§ 152 Abs. 1 Satz 1, 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),

11. die Bestellung des Prüfers für die jährliche Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
 12. 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. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen (§ 197 Abs. 2 SGB V).
 - 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 Beträgen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
 - VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervereiner anwesend sind (§ 64 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).
 - 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 (§ 64 Abs. 2 SGB IV).
 - IX. 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.

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

§ 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, Parkweg 2.
- 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.

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. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 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 mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter 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.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
2. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird (§ 5 Abs. 3 SGB V),
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats 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 (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
4. 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 § 24 Abs. 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V),
5. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),
6. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
7. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
8. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX beschäftigt oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V),
9. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V),

10. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V),
11. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V),
12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraumes Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V),
13. Personen, die eine selbstständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend (§ 5 Abs. 1 Nr. 11a SGB V),
14. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben (§ 5 Abs. 1 Nr. 12 SGB V).
15. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a.) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
 - b.) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V).

II. Freiwillige Versicherung

Der Versicherung in der Betriebskrankenkasse können unter den im SGB V und in der Kassensatzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen (§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 50 Jahre alt sind (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
6. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 SGB V).

Der Beitritt ist der Betriebskrankenkasse innerhalb von drei Monaten schriftlich anzuzeigen (§§ 9 Abs. 2, 188 Abs. 3 SGB V).

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

1. sie in einem der in § 1 Abs. III der Satzung genannten Betriebe 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 bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V),

4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 4 SGB V),
5. sie in einem der Betriebe beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr als Rentner versichert sind (§ 173 Abs. 5 SGB V),
6. sie bei der Betriebskrankenkasse oder bei einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist (§ 174 Abs. 2 und 3 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 Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt (§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V).
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Abs. I Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Betriebskrankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschieben sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum (§ 175 Abs. 4 Satz 5 bis 7 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 (§ 175 Abs. 4 Satz 8 SGB V). Abs. I Satz 1 und 4 gelten nicht.

Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV. Wenn ein Wahltarif nach § 15d (Krankengeld) gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des § 15d Abs. IV und V, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß Abs. I Satz 1 gekündigt werden. Abs. II gilt nicht für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15d (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 (§ 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 Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

- I. Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Abs. 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
 1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in Abs. II und III genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Abs. 4a SGB V zu zahlen ist,
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- II. Eine Ermäßigung der Beiträge nach Abs. I Ziffer 2 setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet.
- III. Eine Ermäßigung der Beiträge nach Abs. I Ziffer 2 scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern keinen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V.

§ 9a Prämienzahlung gemäß § 242 Abs. 2 SGB V

- I. Die Betriebskrankenkasse zahlt ihren Mitgliedern für jeden Tag der Mitgliedschaft im Kalenderjahr 2009 eine einkommensunabhängige Prämie, wenn die Mitgliedschaft für mindestens 30 Kalendertage (Mindestmitgliedschaftszeit) bestand. Beitragsfreie Tage oder Tage, an denen Beiträge vollständig von Dritten getragen wurden, werden auf die Mindestmitgliedschaftszeit nicht angerechnet. Die Prämie beträgt für das volle Mitgliedschaftsjahr 2009 (365 Kalendertage) einmalig 85 EUR.
- II. Die Betriebskrankenkasse zahlt ihren Mitgliedern für jeden Tag der Mitgliedschaft im Kalenderjahr 2010 eine einkommensunabhängige Prämie, wenn die Mitgliedschaft für mindestens 30 Kalendertage (Mindestmitgliedschaftszeit) bestand. Beitragsfreie Tage oder Tage, an denen Beiträge vollständig von Dritten getragen wurden, werden auf die Mindestmitgliedschaftszeit nicht angerechnet. Die Prämie beträgt für das volle Mitgliedschaftsjahr 2010 (365 Kalendertage) einmalig 100 EUR.
- III. Die Betriebskrankenkasse zahlt ihren Mitgliedern für jeden Tag der Mitgliedschaft im Kalenderjahr 2011 eine einkommensunabhängige Prämie, wenn die Mitgliedschaft für mindestens 30 Kalendertage (Mindestmitgliedschaftszeit) bestand. Beitragsfreie Tage oder Tage, an denen Beiträge vollständig von Dritten getragen wurden, werden auf die Mindestmitgliedschaftszeit nicht angerechnet. Die Prämie beträgt für das volle Mitgliedschaftsjahr 2011 (365 Kalendertage) einmalig 120 EUR.
- IV. Die Betriebskrankenkasse zahlt ihren Mitgliedern für jeden Tag der Mitgliedschaft im Kalenderjahr 2012 eine einkommensunabhängige Prämie, wenn die Mitgliedschaft für mindestens 30 Kalendertage (Mindestmitgliedschaftszeit) bestand. Beitragsfreie Tage oder Tage, an denen Beiträge vollständig von Dritten getragen wurden, werden auf die Mindestmitgliedschaftszeit nicht angerechnet. Die Prämie beträgt für das volle Mitgliedschaftsjahr 2012 (366 Kalendertage) einmalig 170 EUR.
- V. Die Betriebskrankenkasse zahlt ihren Mitgliedern für jeden Tag der Mitgliedschaft im Kalenderjahr 2013 eine einkommensunabhängige Prämie, wenn die Mitgliedschaft für mindestens 30 Kalendertage (Mindestmitgliedschaftszeit) bestand. Beitragsfreie Tage oder Tage, an denen Beiträge vollständig von Dritten getragen wurden, werden auf die Mindestmitgliedschaftszeit nicht angerechnet. Die Prämie beträgt für das volle Mitgliedschaftsjahr 2013 (365 Kalendertage) einmalig 110 EUR.
- VI. Bestand die Mitgliedschaft nur für einen Teil des Jahres, berechnet sich die Prämie anteilig für die jeweiligen Kalendertage der Mitgliedschaft.
- VII. Für beitragsfreie Tage oder Tage, an denen Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, besteht kein Anspruch auf die Prämie.
- VIII. Die Prämienauszahlung erfolgt durch Verrechnungsscheck an das Mitglied. Die Betriebskrankenkasse informiert jedes Mitglied schriftlich über die Prämienauszahlung. Die Auszahlung der Prämie erfolgt rückwirkend für das abgelaufene Kalenderjahr und ist am 1. Oktober des Folgejahres fällig. Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge im Rückstand befinden, sind ausgeschlossen.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder 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 Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig (§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV). 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 (§ 23 Abs. 1 Satz 3 SGB IV).
- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge, mit Ausnahme 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 pauschale Mahngebühr erhoben. Diese beträgt ein halbes Prozent des Mahnbetrages, mindestens jedoch 4 Euro und höchstens 75 Euro.

- 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 100 v. H. 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 Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. (§ 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, 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.
2. Die Dauer ist auf 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.
3. 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, 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 oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder 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 abzu-
sehen, 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 Fahr-
kosten und den Verdienstausschlag 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 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das
Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelt nicht überstei-
gen (§ 47 Abs. 1 SGB V).
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeits-
fähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeits-
tage 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 Betriebs-
krankenkasse 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 ärzt-
lichen 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 Kostener-
stattung ,sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jeder-
zeit 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 v. H., maximal 40,00 EUR, für vom Arbeitgeber
nicht getragene Verwaltungskosten zu kürzen.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.6.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Abl EG Nr. L 49 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, 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 7,5 v. H., mindestens 2,50 EUR und maximal 50,00 EUR, für vom Arbeitgeber nicht getragene Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen 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 anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.6.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Abl EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, 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. Sofern das Original der ärztlichen Verordnung in der Apotheke verbleibt, ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung vorzulegen.

§ 12a Primärprävention

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

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

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

Suchtmittelkonsum:

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

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt. Die Wiederholung gleicher Maßnahmen im Folgejahr ist ausgeschlossen.

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 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 80,00 EUR je Maßnahme gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen

- I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V die Kosten für folgende Schutzimpfungen in Höhe von 100 v. H.:
 - FSME
 - Hepatitis A und B
 - Influenza
 - HPV bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres
 - Rotaviren bis zur Vollendung der 26. Lebenswoche nach ärztlicher Empfehlung
- 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 v. H., 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 Kostenträgers (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.
- 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 Leistungsanspruchnahme 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

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 EUR.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 EUR.

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

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 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge, jedoch nicht mehr als 600 EUR betragen.

Werden neben den Prämienzahlungen für einen oder mehrere Tarife auch Prämienzahlungen nach § 242 SGB V geleistet, dürfen diese gemeinsam 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge, höchstens 900 EUR nicht übersteigen.

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

§ 15 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 (HzV) 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. 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. 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.
- III. 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.
- 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 zu Lasten des Versicherten, besteht für den Versicherten ein außerordentliches Recht zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von einem Monat nach Bekanntgabe der Änderungen gemäß Abs. III 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 Wiederholungsfall 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.

§ 15a Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V)

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach § 73c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten 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 besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.
- III. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an der besonderen ärztlichen 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 ambulanten 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 ambulanten ärztlichen 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 zu Lasten des Versicherten, 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 Wiederholungsfall aus der besonderen ambulanten ärztlichen 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 ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen.

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

- Leerseite -

**§ 15b Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen
(§ 53 Abs. 3 SGB V)**

- I. Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
 - a. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
 - b. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 - c. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
 - d. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
 - e. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
 - f. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

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.

**§ 15c Wahltarif für die Teilnahme an der integrierten Versorgung
(§ 53 Abs. 3 SGB V)**

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Betriebskrankenkasse stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 15d Wahltarife Krankengeld

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 Krankentagegeld zur Wahl an. 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 2 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Krankentagegeld 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. Frühestmöglicher Beginn des Tarifs ist der 1. August 2009.
3. Für Mitglieder, die rückwirkend zum 1. August 2009 mit Anspruch auf ein gesetzliches Krankengeld versichert sind, beginnt der Tarif auf Wunsch des Mitglieds am 1. August 2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 31. Juli 2010 erfolgt ist. Die Teilnahme gilt in diesem Fall als bis zum 31. Juli 2009 gegenüber der BKK Groz-Beckert vollständig erklärt.

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 um weitere 36 Monate. 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 Bindungsfrist 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 Prämienhöhung um mehr als 10 v. H., 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

Krankentagegeld 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

Krankentagegeld 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 Krankentagegeldes nach Abs. XII ist die für das neu vereinbarte Krankentagegeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Krankentagegeldhöhe zu zahlen.
3. Während des Bezugs von Krankentagegeld 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 Krankentagegeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Krankentagegeld 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 Krankentagegeld 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 Krankentagegeld 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 Krankentagegeld. Im Falle des Satzes 2 beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit zu laufen. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Krankentagegeld
 - 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 Mitglieder die einen zum 31.07.2009 beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V abgeschlossen hatten, besteht keine Wartezeit, wenn der Tarif zum 1. August 2009 gewählt wird und damit nahtlos an den beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V anschließt. In diesen Fällen wird für vor dem 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, die Karenzzeit mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit vor dem 31.07.2009 berechnet.
6. Für vor dem 1. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Wahlтарifen; in Abs. VIII Nr. 5 genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.
7. Für den Anspruch auf Krankentagegeld 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.
8. Ein Anspruch auf Krankentagegeld besteht nicht bzw. ein bestehender Krankentagegeldanspruch endet
 - mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif,
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen werden,
 - 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, Sozialhilfe, Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld, -hilfe, Unterhaltsgeld bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 N. 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.
9. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Krankentagegeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.

10. 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.
11. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen angewendet.

IX. Zahlung

1. Die Zahlung des Krankentagegeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Krankentagegeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Abs. VIII Nr. 7 erbracht worden ist. Das Krankentagegeld 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 Krankentagegeld 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 Krankentagegeld gezahlt. Der Anspruch auf Krankentagegeld endet, wenn wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

X. Dauer

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

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

Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

XI. Höhe

1. Die Höhe des Krankentagegeldes 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 Krankentagegeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70 v. H. des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/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 Krankentagegeld darf 70 v. H. des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/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 Krankentagegelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens abzugeben.
4. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK Groz-Beckert sein Arbeitsentgelt/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/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/Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/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 Krankentagegeldes (Krankentagegeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Bindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich Nr. 2 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Krankentagegeldstufen 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 Krankentagegeldstufe 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 Krankentagegeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Krankentagegeldstufe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Krankentagegeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
2. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Krankentagegeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Abs. XI genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Krankentagegeldstufe 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.“

§ 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

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

1. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus ab Beginn des 16. Lebensjahres (teilnahmeberechtigte Versicherte). Für den Familienbonus nach Absatz 5 g) entfällt die Altersgrenze nach Satz 1.

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

2. Antragsjahr ist jeweils das Kalenderjahr.
3. Der Höchstbonus beträgt für teilnahmeberechtigte Mitglieder 100 Euro und für seine nach § 10 SGB V versicherten teilnahmeberechtigten Familienangehörigen 50 Euro pro Antragsjahr. Für die Festlegung des jeweiligen Höchstbonusbetrages ist der Versichertenstatus am 31.12. des Antragsjahres maßgebend. Beginnt die Mitgliedschaft oder Versicherung im Antragsjahr besteht Anspruch auf den vollen Bonusbetrag. Eine Übertragung von im Antragsjahr nicht ausgeschöpften Höchstbonusbeträgen auf folgende Jahre ist ausgeschlossen.
4. Führt die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 5 g) bei mehreren teilnahmeberechtigten Versicherten zur Erlangung eines Bonus nach Absatz 1 besteht ein Wahlrecht, welcher Person der Bonus ausgezahlt wird. Es erfolgt keine Anrechnung dieser Bonuszahlung auf den Höchstbonus nach Absatz 3. Sofern das Kind selbst Mitglied ist und das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erfolgt die Zahlung direkt an einen Erziehungsberechtigten oder einen Vormund.
5. Teilnahmeberechtigte Versicherte erhalten innerhalb des Antragsjahres einen Bonus bis zum Erreichen des Höchstbonus unter Nachweis der folgenden Voraussetzungen in Höhe von:
 - a) Inanspruchnahme von zwei qualitätsgesicherten Maßnahmen zur primären Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V innerhalb des Antragsjahres, für je zwei Maßnahmen 10 Euro.
 - b) Teilnahme an einer von der BKK Groz-Beckert nach § 12a selbst erbrachten Leistung zur primären Prävention oder an einem von den in § 1 Nr. 3 genannten Betrieben angebotenen Kursen zur betrieblichen Gesundheitsförderung innerhalb des Antragsjahres, je Maßnahme 10 Euro.
 - c) Teilnahme an zwei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung innerhalb des Antragsjahres, soweit diese nicht bereits unter die Voraussetzung nach Nr. 5 b) fallen, für je zwei Maßnahmen 10 Euro.
 - d) Inanspruchnahme einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V innerhalb des Antragsjahres, für jede Maßnahme 20 Euro.
 - e) Inanspruchnahme einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 SGB V oder einer Untersuchung zur Zahngesundheit nach der Maßgabe des § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 und 2 SGB V innerhalb des Antragsjahres, je Antragsjahr 10 Euro.
 - f) Nachweis über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 und 2 SGB V oder § 12b Nr. 1 innerhalb des Antragsjahres, je Antragsjahr 10 Euro.

- g) Vollständige Inanspruchnahme der nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen U1 bis U9 und der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 innerhalb des Antragsjahres, je Kind 10 Euro (Familienbonus).
 - h) Teilnahme an einer Veranstaltung in einer unter der abschließenden Aufzählung in Absatz 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 Euro.
 - i) Ein Body-Mass-Index (BMI) zwischen 18 und 26 Punkten, je Antragsjahr 10 Euro.
 - 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 20 Euro.
 - k) Dauerhafte Teilnahme an Gesundheitskursen ohne Kostenzuschuss für mindestens 12 Monate, je Antragsjahr 20 Euro.
 - l) Nachweis über die Durchführung von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL) nach der aktuellen IGEL-Liste im Anhang des EBM oder nach den Regelungen der GOZ und des BEMA zur Früherkennung oder Behandlung von Krankheiten innerhalb des Antragsjahres, je Antragsjahr 10 Euro.
6. Maßnahmen nach den Absätzen 5 a) bis k) 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 Absätzen j) und k) 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 Absatz 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, die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL) und die Impfungen müssen ärztlich bestätigt werden.

Die Erfüllung der Voraussetzungen des Body-Mass-Index und des Sportabzeichens sind vom Antragsteller schriftlich zu bestätigen.

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

**II. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Betriebe
(§ 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 sind.
3. Die maximale Höhe des Bonus 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.

§ 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 Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg.

§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 21 Bekanntmachungen

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

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist 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 12. April 2010 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 1. Mai 2010 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 3. Juli 2008 und die dazu ergangenen Nachträge außer Kraft.

Albstadt, den 12. April 2010

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

Werner Krause

Siegel