

Satzung

vom 01.07.2002 i. d. F. des 34. Nachtrages

Salus BKK
Hauptverwaltung
Siemensstraße 5a
63263 Neu-Isenburg

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 9 Beitragssätze
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 10a Beitragsvorschuss
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 11a Veröffentlichung des Jahresrechnungsergebnisses
- § 12 Leistungen
- § 12a Primärprävention
- § 12b Schutzimpfungen
- § 12c Leistungsausschluss
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 13a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten Variante I
- § 13b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten Variante II
- § 13c Zusätzliche Satzungsleistungen
- § 13d Wahltarif Selbstbehalt
- § 13e Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13f Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 13g Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 13h Wahltarif integrierte Versorgung
- § 13i Wahltarif Prämienzahlung für freiwillig Versicherte
- § 13j Wahltarif Krankengeld
- § 14 Krankengeld für freiwillige Mitglieder
- § 15 Kooperation mit der PKV
- § 16 Übertragung des Ausgleichsverfahrens gem. §§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG
- § 17 Aufsicht
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 19 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage I zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates der Salus BKK

Anlage II zu § 13j der Satzung: Wahltarif Krankengeld

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

Salus BKK.

Sie ist errichtet worden am 01. Mai 1895.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 81476 München.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf
- die Philipp Holzmann AG i.L. Frankfurt am Main
 - die Franki-Grundbau GmbH & Co KG mit Hauptsitz in Seevetal und den Niederlassungen in Oldenburg
Düsseldorf
Rostock und
Stuttgart,
 - die Frankfurter Immobiliengesellschaft mbH i.L. Frankfurt am Main,
 - die STRABAG Wasserbau GmbH Zweigniederlassung Münster,
 - die Bilfinger HSG Facility Management GmbH mit Hauptsitz in Neu-Isenburg und den Niederlassungen im gesamten Bundesgebiet,
 - die PH Grundbesitz GmbH i.L. Frankfurt am Main.
- III. Der Bereich der Betriebskrankenkassen erstreckt sich auch auf die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Saarland und Thüringen.

§ 2 Verwaltungsrat

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.
- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder 10 Vertreter der Versicherten und 10 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.
Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:
1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
 2. den Haushaltsplan festzustellen,
 3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. Den Vorstand zu überwachen,
6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen.
10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfers/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

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

- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI. Zur Erfüllung seiner Aufgabe bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VII. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 GSB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VIII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- IX. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- X. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint; es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über Änderungen der Beitragssätze (§ 9) sowie die vorstehend in Absatz III genannten Aufgaben ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,

2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die Jahresrechnung nach § 31 SVHV prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.
 6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung 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 auszuführen.
- IV.** Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
- V.** Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 4 Widersprachausschuss

- I.** Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widersprachausschuss übertragen. Der Widersprachausschuss hat seinen Sitz in Neu-Isenburg.
- II.**
 1. Der Widersprachausschuss setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.
 2. Jedes Mitglied des Widersprachausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widersprachausschusses werden von den Versichertenvertretern, die Arbeitgebervertreter des Widersprachausschusses von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates, gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widersprachausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widersprachausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz im Widersprachausschuss wechselt zwischen dem Arbeitgebervertreter und dem Versichertenvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widersprachausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein von ihm Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widersprachausschusses beratend teil.
 7. Der Widersprachausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder 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 vom Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i. V. mit § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 12. Halbsatz OwiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
 - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 Vorruhestandsgesetz gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des 2. Monats bis zur 12. Woche einer Sperrzeit (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des 2. Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Mensche, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenzeitlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,

10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruches mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 01.01.1983 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 Zeitraumes zwischen dem 01.01.1985 und der Stellung des Rentenanspruches nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 03.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 01.01.1985 der 01.01.1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdenrentengesetzes 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 Rentenanspruches in das Inland verlegt haben.
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II. Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur Betriebskrankenkasse können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 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.
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
5. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

- III.** Die in Abs. I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
1. sie zu dem in § 1 Abs. II und III der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder waren.

IV. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der Betriebskrankenkasse durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I.** Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II.** Erhebt die Salus BKK nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Salus BKK hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Salus BKK ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3, gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III.** Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Eingang der Austrittserklärung bei der Betriebskrankenkasse.
- IV.** Wenn ein Wahltarif nach § 13d, § 13i oder § 13j gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen des § 13d Absatz VI, § 13i Absatz V oder § 13j, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 8 Bemessung der Beiträge

Für die Bemessung der Beiträge gelten die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

§ 9 Beitragssätze

Die Salus BKK erhebt von Ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragsatzes beträgt 0,5 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

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

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

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

§ 10a Beitragsvorschuss

Unter den nachstehend aufgeführten Voraussetzungen kann die Betriebskrankenkasse gemäß § 28e Abs. 5 SGB IV einen Vorschuss in Höhe der monatlich fällig werdenden Sozialversicherungsbeiträge als Sicherheit fordern:

- a) der Arbeitgeber hält sich nur vorübergehend im Kassenbezirk auf,
- b) der Arbeitgeber ist bereits mit einer Beitragszahlung in Verzug und meldet erneut Arbeitnehmer bei der Betriebskrankenkasse an,
- c) der Arbeitgeber hat sich im Rahmen von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen innerhalb der letzten zwei Jahre als zahlungsunfähig erwiesen.

Der Vorschussbescheid der Betriebskrankenkasse wird sofort fällig und vollstreckbar.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 11a Veröffentlichung des Jahresrechnungsergebnisses

Die Salus BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der Salus BKK aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

§ 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.

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der medizinisch notwendigen Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf 8 Wochen je Krankheitsfall begrenzt. Die Kosten dürfen den in § 36 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI genannten Betrag nicht übersteigen.

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

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen und solange Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) nicht vorliegt, auch dann Haushaltshilfe,
 - wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von drei Monaten gewährt.
 - wenn durch ambulante ärztliche Behandlung und Haushaltshilfe Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt wird und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, für die Dauer der sonst notwendigen Krankenhausbehandlung. Maßgebend ist die Feststellung des Medizinischen Dienstes.
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 Verschwägte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten 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 Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.
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

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe 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 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 Salus BKK davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 40,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
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 an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H. je Kostenerstattungsfall, mindestens 3,00 EUR und höchstens 50,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgehene 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 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

1. Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die Salus BKK einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. Versicherte haben jedoch auch die Wahlmöglichkeit, ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabatt-Arzneimittel der Salus BKK zu wählen.
2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Einbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Etwaige höhere Kosten die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Vom Erstattungsbetrag werden 45 vom Hundert als Abschlag für die der Salus BKK entgangenen Vertragsrabatte und 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.
3. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 40,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen.

§ 12a Primärprävention

- I. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Salus BKK, auf Basis des Leitfadens Prävention des GKV Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung, Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (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 Salus BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt.

- II. Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt.

- III. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebescheinigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mind. 80 % der Kurseinheiten, ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 80,00 € je Maßnahme gewährt. Für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr wird ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 80,00 € je Maßnahme je Kalenderjahr, gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen

- I. Die Salus BKK übernimmt über den Anspruch nach § 20d Abs.1 SGB V hinaus folgende genannte Leistungen:
1. Folgende Schutzimpfungen auch über die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder § 20 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG) genannten Empfehlungen hinaus:
 - Grippeschutzimpfungen
 - HPV (für weibliche Versicherte von 18-26 Jahren)
 - Hepatitis A, B und
 - FSME
 2. Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.
 3. Die Nachholung von Schutzimpfungen und die Vervollständigung des Impfschutzes bei Jugendlichen auch über die in der Schutzimpfungsrichtlinie geregelten Altersgrenzen hinaus, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, soweit grundsätzlich eine Empfehlung der STIKO oder gemäß § 20 Abs. 3 IfSG vorliegt.
- II. Die Salus BKK gewährt die Leistungen nach Abs. I. grundsätzlich als Sachleistung oder erstattet 100 v. H. der Kosten.
- III. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des 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 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- II. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen 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 der 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 versicherte chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 EUR.

§ 13a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I. Versicherte nach Vollendung des 15. Lebensjahres, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Voraussetzungen im Aktionszeitraum ganz oder teilweise nachweisen:
1. Der Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle zwei Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil. Die Aktivität ist mit 30 Bonuspunkten bewertet.
 2. Der Versicherte nimmt jährlich an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil. Die Aktivität ist mit 30 Bonuspunkten bewertet.
 3. Der Versicherte nimmt an von der BKK oder Betrieben angebotenen Check-Up-Untersuchungen teil. Die Aktivität ist mit 30 Bonuspunkten bewertet.
 4. Der Versicherte nimmt qualitätsgesicherten Leistungen zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V in Anspruch. Gleiches gilt für die Teilnahme an einer BKK-Ernährungsberatung. Die Aktivitäten sind jeweils mit 20 Bonuspunkten bewertet.
 5. Der Versicherte hat die von der BKK nach § 23 Abs. 9 SGB V gewährten Schutzimpfungen vollständig in Anspruch genommen. Die Aktivität ist mit 15 Bonuspunkten bewertet.
 6. Der Versicherte ist in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio, Gesundheitsclub oder Gesundheitsstudio aktiv. Die Aktivität ist mit 30 Bonuspunkten bewertet.
 7. Der Versicherte ist in einem Sportverein aktiv. Die Aktivität ist mit 30 Bonuspunkten bewertet.
 8. Der Versicherte hat im Aktionszeitraum das Deutsche Sportabzeichen erworben. Die Aktivität ist mit 25 Bonuspunkten bewertet.
 9. Der Versicherte ist in einer Selbsthilfegruppe organisiert und nimmt dort regelmäßig teil. Die Aktivität ist mit 15 Bonuspunkten bewertet.
 10. Der Versicherte hat die jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung zur Erhaltung des Bonus für Zahnersatz nach § 55 SGB V in Anspruch genommen. Die Aktivität ist mit 30 Bonuspunkten bewertet.
 11. Der Versicherte im Alter bis 35 Jahren nimmt an einer Online-Gesundheitsberatung zu den Themen Ernährung, Entspannung und Bewegung teil. Dieser Service wird auf dem Internetportal der Salus BKK kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Aktivität ist mit 30 Bonuspunkten bewertet.
 12. Der Versicherte nimmt an einem wohnortentferntem Präventionsprogramm oder Kompaktkurs teil, der den qualitätsgesicherten Leistungen zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V entspricht. Die Aktivität ist mit 40 Bonuspunkten bewertet.
 13. Der Body-Mass-Index des Versicherten liegt zwischen 19 und 26. Dies wird mit 15 Bonuspunkten bewertet.
 14. Der Versicherte ist seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher. Dies wird mit 15 Bonuspunkten bewertet.
- II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung in der BKK-Bonus-Karte quittiert.

Der Bonus wird in Form von Punkten gutgeschrieben, wenn bis zum 30.06. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen erfüllt und durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden.

Der Bonus wird als Sach-, Dienst- oder Geldleistung gewährt.

Die Höhe des Bonus ist an die jeweilige Stufe für die Bonuspunkte gebunden.

Zur Erlangung der Sachprämie oder eines Zuschusses sind:

- a) in der 1. Stufe 75 Bonuspunkte,
- b) in der 2. Stufe 100 Bonuspunkte,
- c) in der 3. Stufe 150 Bonuspunkte
- c) in der 4. Stufe 200 Bonuspunkte Voraussetzung.

Auf Antrag können Bonuspunkte in das folgende Kalenderjahr einmalig übertragen werden. Der Antrag ist jeweils bis zum 31.01. des Folgejahres zu stellen. Andernfalls verfallen nicht in Anspruch genommene Bonuspunkte.

Bei der Salus BKK versicherte Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner und mitversicherte Angehörige können erzielte Punkte zusammen legen, um eine höhere Stufe zu erreichen.

Ein Anspruch besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung eine ungekündigte Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht.

III. Bonus für Versicherte vor Vollendung des 15. Lebensjahres

Versicherte vor Vollendung des 15. Lebensjahres haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie im Aktionszeitraum folgende Voraussetzungen erfüllen:

1. a) Alle im Aktionszeitraum anfallenden Früherkennungs-Untersuchungen (U-Untersuchungen oder J-Untersuchungen) in Anspruch genommen wurden, und
 - b) alle nach der Ständigen Impfkommission (STIKO) im Aktionszeitraum empfohlenen Impfungen durchgeführt wurden.

oder

2. a) Im Aktionszeitraum wird die U9 durchgeführt und alle vorhergehenden U-Untersuchungen (U1 - U8) können nachgewiesen werden, und
 - b) der Impfstatus im Aktionszeitraum entspricht der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO).

oder

3. a) Im Aktionszeitraum wird einmal die Individualprophylaxe nach § 22 SGB V durchgeführt, und
 - b) der Impfstatus im Aktionszeitraum entspricht der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO).

Der Nachweis ist durch ärztliche Bestätigung zu erbringen.

Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach 1., 2. oder 3. kann der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter als Bonus eine Sachprämie aus einem definierten Katalog oder eine Geldprämie von 20,00 EUR wählen. Der Bonus ist bis zum 30.06. des Folgejahres durch Vorlage der Bonuskarte zu beantragen. Für danach beantragte Boni besteht kein Rechtsanspruch. Nicht eingelöste Bonuspunkte verfallen. Ein Anspruch besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung eine ungekündigte Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht. wählen.

Die Ansprüche nach 1., 2. und 3. schließen sich gegenseitig aus.

IV. Bonus für Versicherte nach Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres

1. Versicherte nach Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie folgende Voraussetzungen im Kalenderjahr ganz oder teilweise nachweisen:

- a) Nachweis der Jugenduntersuchung J 1 (für das betreffende Kalenderjahr)
Die Aktivität ist mit 30 Bonuspunkten bewertet
- b) Nachweis der Krebsvorsorge nach § 25 SGB V
Die Aktivität ist mit 20 Bonuspunkten bewertet
- c) Gesundheitskurse nach § 20 SGB V
Die Aktivität ist mit jeweils 20 Bonuspunkten bewertet

- e) Nachweis des Impfstatus entsprechend den Empfehlungen der STIKO
Die Aktivität ist mit 20 Bonuspunkten bewertet
- f) Qualitätsgesicherte Sexualberatung zur Vorbeugung von Krankheiten
Die Aktivität ist mit 15 Bonuspunkten bewertet
- g) Nachweis der Normalgewichtigkeit (bei Erwachsenen gilt: BMI 19-24,9 kg/m² - bei Jugendlichen bis 18 Jahren erfolgt die Beurteilung entsprechend der BMI-Perzentilkurven der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter)
Die Aktivität ist mit 15 Bonuspunkten bewertet
- h) Sportabzeichen erworben im betreffenden Kalenderjahr
Die Aktivität ist mit 10 Bonuspunkten bewertet
- i) Schwimmabzeichen erworben im betreffenden Kalenderjahr
Die Aktivität ist mit 10 Bonuspunkten bewertet
- j) Aktive Mitgliedschaft im Sportverein
Die Aktivität ist mit 10 Bonuspunkten bewertet
- k) Aktive qualitätsgesicherte Mitgliedschaft im Fitnessstudio
Die Aktivität ist mit 10 Bonuspunkten bewertet

Es werden nur Aktivitäten angerechnet, die während einer bestehenden Krankenversicherung bei der Salus BKK durchgeführt wurden.

2. Die Erfüllung der Voraussetzungen ist mit entsprechenden Belegen des Arztes oder des Anbieters der jeweiligen Leistung nachzuweisen. Die Salus BKK stellt hierzu eine Bonuskarte zur Verfügung.
3. Die erreichten Bonuspunkte werden jeweils für ein Kalenderjahr addiert und können entsprechend der Höhe der Summe gegen eine Geldprämie eingetauscht werden.

Die Geldprämie ist wie folgt gestaffelt:

Ab 60 gesammelten Bonuspunkten (Mindestpunktzahl)	30,- EUR
Ab 100 gesammelten Bonuspunkten	50,- EUR

Der Bonus ist bis zum 30.06. des Folgejahres durch Vorlage der Bonuskarte zu beantragen. Für danach beantragte Boni besteht kein Rechtsanspruch mehr. Nicht eingelöste Bonuspunkte verfallen.

Ein Anspruch auf Bonus besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung eine ungekündigte Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht.

4. Die gesammelten Bonuspunkte sind nicht auf andere Personen übertragbar und auch nicht auf künftige Kalenderjahre übertragbar.
5. Bei Inanspruchnahme des Bonus nach § 13a Abs. IV besteht kein Anspruch auf einen Bonus nach § 13a Abs. I und Abs. III.
6. Für das Erfüllen der Voraussetzungen nach Nummer 1. besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme der einzelnen Leistungen durch die Salus BKK, es sei denn, der Anspruch begründet sich durch das Sozialgesetzbuch oder der Satzung der Salus BKK.

- V.** Die Ansprüche nach den Absätzen I. bis IV. und § 13b schließen sich aus.

§ 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (Variante II)

- I. Mitglieder haben einen Anspruch auf einen Bonus, wenn sie und alle mitversicherten Angehörigen sich gesundheitsbewusst verhalten, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Voraussetzungen im Aktionszeitraum vollständig nachweisen:
1. Die Versicherten nehmen ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahr an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
 2. Die Versicherten nehmen jährlich an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
 3. Mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
 4. Die Versicherten weisen einen von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus und Polio nach.
 5. Die Versicherten, ab der Vollendung des 18. Lebensjahres, nehmen einmal jährlich die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.
Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung einmal je Kalenderhalbjahr in Anspruch zu nehmen.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt in der BKK-Bonus-Karte quittiert

- II. Der Bonus wird dem Mitglied nach Erfüllen der Voraussetzungen nach Abs. I ausgezahlt, wenn bis zum 30.06. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen erfüllt und durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden. Das Mitglied hat die Wahl zwischen zwei Bonusvarianten. Eine Kumulation beider Varianten in einem Kalenderjahr ist nicht möglich

Bonusvariante 1:

Inanspruchnahme eines festen Betrages in Höhe von 40 Euro je Kalenderjahr.

Bonusvariante 2:

Das Mitglied erhält als Bonus einen Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten für die Inanspruchnahme der im Katalog der Salus BKK genannten Leistungen in Höhe von jeweils insgesamt bis zu 150 Euro pro Kalenderjahr. Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr ist nicht möglich.

Die Salus BKK führt einen Katalog, in dem die jeweiligen Leistungen und Produkte aufgezählt werden, für die eine Kostenbeteiligung gewährt wird. Die Versicherten haben das Recht, diesen Katalog einzusehen. Die Salus BKK stellt ihnen auf Wunsch diesen Katalog in schriftlicher Form zur Verfügung.

- III. Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres können zusätzlich an dem Bonusmodell SalusKids teilnehmen. Voraussetzung ist neben den in Abs. I Ziff. 3-5 genannten Punkten, dass sich das Körpergewicht des Kindes im Bereich des Normalgewichtes bewegt oder das Kind an einer qualifizierten Maßnahme zur Gewichtskorrektur im Rahmen der §§ 20 und 43 teilnimmt. Grundlage für die Bestimmung des Normalgewichtes bilden die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Normalgewicht: 10-90 Perzentile).

Jedes teilnehmende Kind erhält einen jährlichen Zuschuss zu Vorsorge- oder Gesundheitsmaßnahmen in Höhe von bis zu 35 Euro der nachgewiesenen Kosten.

Der Nachweis erfolgt durch Bestätigung des behandelnden Arztes im Bonusheft. Der Bonus wird nach Erfüllen der Voraussetzungen an das Mitglied ausgezahlt, wenn bis zum 30.06. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen erfüllt und durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden.

- IV. Ein Anspruch besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung eine ungekündigte Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht.
- V. Die Ansprüche nach den Absätzen I. bis IV. und § 13a schließen sich aus.

§ 13c Zusätzliche Satzungsleistungen

Die Salus BKK stellt auf der Grundlage des § 11 Absatz 6 SGB V folgende zusätzlichen Leistungen zur Verfügung:

I. Osteopathie

1. Die Versicherten der Betriebskrankenkasse können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen oder deren Verschlimmerung zu verhüten und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.
2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, welcher Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.
3. Die Betriebskrankenkasse übernimmt bei Versicherten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr die Kosten für maximal 5 Sitzungen pro Kalenderjahr und erstattet bis zu 50 EUR je Sitzung. Versicherte nach Vollendung des 12. Lebensjahres haben Anspruch auf die Kostenerstattung von bis zu 5 Sitzungen pro Kalenderjahr. Erstattet werden 90% des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 EUR je Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztliche Verordnung einzureichen.

II. Nicht zugelassene Leistungserbringer – stationäre Behandlung

1. Die Salus BKK übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:
 - a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
 - b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
 - d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird von der Salus BKK vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 - e) die Salus BKK hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
3. Mit der Zustimmung nach Abs. 1 erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die Salus BKK sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

III. Medizinische Vorsorgeleistungen und Rehabilitation

Die Salus BKK erstattet über die im Gesetz geregelten Leistungen hinaus die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführte, veranlasste oder direkt vom Versicherten initiierten Leistungen:

1. Tumorprognosetest (uPA-PAi-1) bei Brustkrebs bei Risikopatientinnen bzw. einem konkreten individuellen Untersuchungsansatz in Höhe von maximal 350,00 EUR einmalig.
2. Einmalig maximal 144 Euro bei Risikopatientinnen bzw. einem konkreten individuellen Untersuchungsansatz bei folgenden Vorsorgeleistungen in der Schwangerschaft:
 - a) Ultraschalluntersuchung, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien,
 - b) Nackentransparenzmessung,
 - c) Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien.

Zur Erstattung sind die Originalrechnungen vorzulegen.

IV. Hilfsmittel

Versicherte bis zum 18. Geburtstag haben über die in § 33 SGB V geregelten Ansprüche auf Hilfsmittel hinaus, für insgesamt maximal 100 Euro jährlich, Anspruch auf eine Versorgung mit Neurodermitis-Schutzkleidung. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen vorzulegen.

V. Partner-Geburtsvorbereitungskurse

Die Salus BKK erstattet über die im Gesetz geregelten Leistungen hinaus einmalig die Kosten für folgende, von Hebammen durchgeführte, veranlasste oder direkt vom Versicherten initiierte Leistungen:

- einmalig maximal 60 Euro für die Teilnahme des werdenden Vaters an einem Geburtsvorbereitungskurs, soweit dieser bei der Salus BKK versichert ist.

Zur Erstattung sind die Originalrechnungen vorzulegen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder nach § 13 Absatz 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist.

VI. Kinderuntersuchungen/Jugenduntersuchungen

Die Salus BKK erstattet für die

- Kinderuntersuchungen „U10“ und „U11“
- Jugenduntersuchung „J2“

100 % der entstandenen Kosten.

Voraussetzung ist insgesamt, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber eine Schwächung der Gesundheit in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Erkrankung führt oder ein Hinweis auf die Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes vorliegt.

VII. Künstliche Befruchtung

Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, erhalten bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen Zuschuss für bis zu drei Behandlungsversuchen pro Ehepaar. Der Zuschuss beträgt 250 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die den Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Behandlungsversuch nicht vor Inkrafttreten dieser Satzungsregelung durchgeführt wurde und beide Ehepartner bei der Salus BKK versichert sind. Zur Erstattung ist der Salus BKK die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

§ 13d Wahltarif Selbstbehalt

- I. Mitglieder, die Kostenerstattung für ärztliche und zahnärztliche Behandlung nach § 12 Absatz V Nr. 1 – 8 gewählt haben, können für sich und ihre familienversicherten Angehörigen abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen. (Selbstbehalt).

Für freiwillig versicherte Mitglieder die ihren Beitrag komplett selbst tragen beträgt:

bei einem Jahreseinkommen ab 9.800 EUR bis zu 13.499 EUR der jährliche Selbstbehalt 250 EUR,

bei einem Jahreseinkommen von 13.500 EUR bis zu 22.999 EUR der jährliche Selbstbehalt 350 EUR,

bei einem Jahreseinkommen ab 23.000 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 600 EUR.

Für alle anderen Versicherten beträgt :

bei einem Jahreseinkommen ab 12.000 EUR bis zu 23.999 EUR der jährliche Selbstbehalt 175 EUR,

bei einem Jahreseinkommen von 24.000 EUR bis zu 31.999 EUR der jährliche Selbstbehalt 350 EUR,

bei einem Jahreseinkommen von 32.000 EUR bis zu 40.499 EUR der jährliche Selbstbehalt 475 EUR,
bei einem Jahreseinkommen ab 40.500 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 600 EUR.

Der Versicherte kann auch einen niedrigeren Tarif wählen, wenn ihm das eigene Risiko eines Tarifs zu hoch ist. Die Wahl eines höheren Tarifes ist nicht möglich.

II. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

- Prävention (§ 20 SGB V und § 20d SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien.

Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

III. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie.

Für freiwillig Versicherte die ihren Beitrag komplett selbst tragen beträgt

die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 250 EUR jährlich 150 EUR
die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 350 EUR jährlich 250 EUR
die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 600 EUR jährlich 500 EUR

Für alle anderen Versicherten beträgt:

die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 175 EUR jährlich 75 EUR
die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 350 EUR jährlich 250 EUR
die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 475 EUR jährlich 375 EUR
die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 600 EUR jährlich 500 EUR

der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge.

Neben der jährlich gewährten Prämie erhält der Versicherte einen Gutschein in Höhe von 100 EUR jährlich. In Höhe dieses Gutscheines kann der Versicherte Präventions-, Vorsorgeleistungen oder individuellen Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen.

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

Die Zahlung der Prämie und die Ausstellung des Gutscheins erfolgt jährlich im Voraus.

IV. Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz I und die Prämienzahlung nach Absatz III anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht.

Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, besteht ein Sonderkündigungsrecht für den Wahltarif. In diesem Fall kann der Wahltarif innerhalb eines Monats nach Eintritt des Tatbestandes, der zur vollständigen Übernahme der Beiträge durch Dritte geführt hat, gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

V. Bei der Erstattung der Kosten wird der Selbstbehalt in Abzug gebracht. Im Übrigen gilt das unter § 12 Absatz V Ziffern 1 bis 8 beschriebene Verfahren

- VI.** Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nicht wählen. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif anzeigt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 2 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 2 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 13e Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

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

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.

§ 13f Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- I. Versicherte können sich freiwillig für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V entscheiden. Die Salus BKK führt ein Verzeichnis über die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung. Dieses enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der Versorgung. Versicherte haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Salus BKK stellt ihnen auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung ist ausgeschlossen. Entsprechendes gilt für die gleichzeitige Teilnahme an einem Versorgungsvertrag nach § 140a ff. SGB V, der einen der hausarztzentrierten Versorgung vergleichbaren Versorgungsumfang umfasst. Versicherte die nach § 13 Absatz 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.
- II. Die Teilnehmer verpflichten sich durch eine schriftliche Teilnahmeerklärung gegenüber der Salus BKK. Die Teilnahme wird von der Salus BKK gegenüber dem Versicherten schriftlich bestätigt. Die Teilnahme beginnt mit Wirkung für das auf das Datum der Abgabe der Teilnahmeerklärung folgende Abrechnungsquartal, wenn die Teilnahmeerklärung bis spätestens am 10. Kalendertag des 2. Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der Salus BKK bzw. der von der Salus BKK beauftragten Stelle eingegangen ist, frühestens jedoch mit dem Tage, der im Bestätigungsschreiben der Salus BKK genannt ist.

Dem Bestätigungsschreiben ist ein Informationsblatt über die sich aus der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherten beigefügt.

- III. Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, verpflichten sich schriftlich gegenüber der Salus BKK, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach § 73b Abs. 4 SGB V gewählten Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die direkte Inanspruchnahme des Kinderarztes bleibt unberührt. Nicht notfallbedingte Krankenhauseinweisungen erfolgen in Abstimmung mit dem gewählten Hausarzt.
- IV. Die Versicherten sind an die Verpflichtung nach Absatz III und an die Wahl ihres Hausarztes mindestens 12 Monate (Teilnahmejahr) gebunden. Der gewählte Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden.

Die Teilnahme kann mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Teilnahmejahres schriftlich gegenüber der Salus BKK gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate.

- V. Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten nach Absatz III, wird der Versicherte aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen. Ferner werden bei der unzulässigen direkten Inanspruchnahme von Facharztleistungen Vergünstigungen im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung widerrufen und für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgefordert; bei pflichtwidrigem Verhalten wird der Ersatz der Mehrkosten verlangt, die durch die unzulässige direkte Inanspruchnahme von Fachärzten entstanden sind. Dies gilt auch, wenn ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung werden dem Versicherten auferlegt.

§ 13g Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- 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 sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis zur Verfügung.
- III. Der Versicherte ist an die Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden, er soll bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Absatz I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

§ 13h Wahltarif integrierte Versorgung

- 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.

§ 13i Wahltarif Prämienzahlung für freiwillig Versicherte

- I. Freiwillige Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das freiwillige Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erfolgen soll erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.
- II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
 - Prävention (§§ 20 und 20d SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)
 - Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien.

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/12 des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrages der freiwilligen Versicherung, Absatz IV gilt.
- IV. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das freiwillige Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR nicht überschreiten.
- V. Freiwillige Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen. Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das freiwillige Mitglied für sich und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif wählt oder gewählt hat.

Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1, gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 3 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Salus BKK nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Salus BKK.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 3 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 13j Wahltarif Krankengeld

Die Salus BKK 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 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

Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet. Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage II, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 14 Krankengeld für freiwillige Mitglieder

Für die in § 5 Abs. II bezeichneten Versicherten, die nicht oder nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen.

§ 15 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

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

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 II Nr. 5, 8 II AAG).
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Salus BKK; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 II AAG).
- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i. S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte die Satzungs-hoheit übertragen (§ 9 V AAG). Insbesondere wird der BKK-Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und durch Bekanntgabe im Internet unter www.salus-bkk.de sowie nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift.

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

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

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 14. Mai 2002 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01. Juli 2002 in Kraft.
Gleichzeitig tritt die Satzung vom 01. April 2002 außer Kraft.

Neu-Isenburg, 14.05.2002

Die alternierenden Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

Gerd Hammerschmidt

Willi Röll

Die vorstehende Satzung wurde am 20.06.2002 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 1. Satzungsnachtrag wurde am 19.12.2002 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 2. Satzungsnachtrag wurde am 12.05.2004 und die dazu ergangene Ergänzung wurde am 23.09.2005 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 3. Satzungsnachtrag wurde am 29.12.2003 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 4. Satzungsnachtrag wurde am 05.03.2004 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 5. Satzungsnachtrag wurde am 08.04.2004 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 6. Satzungsnachtrag wurde am 05.01.2005 und 15.02.2005 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 7. Satzungsnachtrag wurde am 08.09.2005 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 8. Satzungsnachtrag wurde am 06.01.2006 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 9. Satzungsnachtrag wurde am 13.06.2006 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 10. Satzungsnachtrag wurde am 21.12.2006 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 11. Satzungsnachtrag wurde am 08.02.2007 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 12. Satzungsnachtrag wurde am 04.12.2007 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 13. Satzungsnachtrag wurde am 29.01.2008 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 14. Satzungsnachtrag wurde am 09.06.2008 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 15. Satzungsnachtrag wurde am 09.07.2008 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 16. Satzungsnachtrag wurde am 28.08.2008 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 17. Satzungsnachtrag wurde am 29.12.2008 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 18. Satzungsnachtrag wurde am 14.01.2009 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 19. Satzungsnachtrag wurde am 22.01.2009 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 20. Satzungsnachtrag wurde am 22.04.2009 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 21. Satzungsnachtrag wurde am 07.08.2009 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 22. Satzungsnachtrag wurde am 12.01.2010 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 23. Satzungsnachtrag wurde am 08.07.2010 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 24. Satzungsnachtrag wurde am 29.12.2010 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 25. Satzungsnachtrag wurde am 14.07.2011 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 26. Satzungsnachtrag wurde am 27.06.2012 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 27. Satzungsnachtrag wurde am 12.07.2012 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 28. Satzungsnachtrag wurde am 22.08.2012 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 29. Satzungsnachtrag wurde am 23.01.2013 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 30. Satzungsnachtrag wurde am 19.09.2013 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 31. Satzungsnachtrag wurde am 19.12.2013 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 32. Satzungsnachtrag wurde am 19.12.2013 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 33. Satzungsnachtrag wurde am 06.10.2014 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 34. Satzungsnachtrag wurde am 18.12.2014 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Anlage I

Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates der SALUS BKK

I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

(1) Es wird Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes gezahlt. Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

(2) Es wird Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes gezahlt. Darüber hinaus gehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie unvermeidbar sind. Die Kosten für das Frühstück gehören nicht zu den Übernachtungskosten. Sind die Frühstückskosten im Gesamtpreis enthalten und nicht gesondert nachgewiesen, so ist der Gesamtpreis bei der Gewährung eines Frühstücks pauschal um 4,80 EUR zu kürzen.“

1.2 Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (z. B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der niedrigsten Flugklasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.

2. Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstauffall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstauffall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstauffall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 60,00 EUR

4. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tage

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

II. Besondere Entschädigung für den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden Verwaltungsrates

Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 300,00 EUR. Für die Auslagen außerhalb der Sitzungen erhalten sie einen monatlichen Pauschbetrag von 39,00 EUR.

III. Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrates, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach I Ziffer 1 und 2.

Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags gezahlt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Anlage II zu § 13i Wahltarif Krankengeld**Teilnahme**

1. Die Salus BKK 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 S. 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 S. 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 Salus BKK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der Salus BKK folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden. Frühestmöglicher Beginn des Tarifs ist der 1. August 2009.
3. Für Mitglieder, die rückwirkend zum 01.08.2009 mit Anspruch auf ein gesetzliches Krankengeld versichert sind, beginnt der Tarif auf Wunsch des Mitglieds am 01.08.2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 31.12.2009 erfolgt ist. Die Teilnahme gilt in diesem Fall als bis zum 31.07.2009 gegenüber der Salus BKK vollständig erklärt.

Laufzeit/Bindungsfrist

4. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
5. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der Salus BKK.
6. 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 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

7. Die Mitglieder müssen die Salus BKK 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 Salus BKK aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Salus BKK haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu machen und Nachweise dazu vorzulegen.
8. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Salus BKK nachzuweisen und die Salus BKK über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
9. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

10. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

für den Personenkreis der Selbständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der 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€

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€

- 11. 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 den Absätzen 33 und 34 ist die für das neu vereinbarte Krankentagegeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Krankentagegeldhöhe zu zahlen.
- 12. Während des Bezugs von Krankentagegeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
- 13. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
- 14. Die Salus BKK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

- 15. 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 Salus BKK bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Krankentagegeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen – oder innerstaatlichen Rechts.
- 16. 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.
- 17. 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
 - 1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit
 - 2. 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.
- 18. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

19. 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.
20. Für vor dem 1. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Wahlтарifen; in Absatz 19 genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.
21. 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 Salus BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Salus BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
22. 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 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 Arbeits-einkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
 - 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,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Salus BKK
23. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Krankentagegeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.
24. 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.
25. 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.

Zahlung

26. 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 Absatzes 21 erbracht worden ist. Das Krankentagegeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankentagegeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
27. Im Rahmen des Premiumtarifs wird Krankentagegeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die Salus BKK 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.

Dauer

28. Anspruch auf Krankentagegeld im Premiumtarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizistentarif besteht bis zum max. 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

29. Die Höhe des Krankentagegeldes können
1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Salus BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
 2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der Salus BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
30. Die Salus BKK kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 34.
31. 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.
32. Das Mitglied hat auf Verlangen der Salus BKK sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die Salus BKK auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Salus BKK 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 Salus BKK 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.

Wechsel

33. Eine Änderung der Höhe des Krankentagegeldes (Krankentagegeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich Absatzes 34 – 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 Salus BKK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Salus BKK 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.

34. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Krankentagegeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 29ff genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Krankentagegeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Salus BKK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 17 besteht in diesen Fällen nicht.