

Satzung

vom 01.07.2002 i. d. F. des 46. 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 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 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
- § 13b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Mitglieder
- § 13c Zusätzliche Satzungsleistungen
- § 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13e Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung
- § 13f Wahltarif besondere Versorgung
- § 13g Wahltarif Prämienzahlung für freiwillig Versicherte
- § 13h Wahltarif Krankengeld
- § 13 i Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 13 j Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 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 § 13h 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
Berlin
Stuttgart und
Frankfurt,
- die Frankfurter Immobiliengesellschaft mbH i.L. Frankfurt am Main,
- die STRABAG Wasserbau GmbH Zweigniederlassung Münster,
- die Apleona HSG 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 Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit 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 Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III.** Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die vom Widersprachausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV.** Der Widersprachausschuss 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 (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des 2. Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 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 Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, 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 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Salus BKK erhebt von Ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 0,79 % 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 Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 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 mit mindestens Pflegegrad zwei 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 Salus BKK gewährt, solange Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt, auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten schweren Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 13 Wochen gewährt. Lebt ein Kind im Haushalt, das das 14. Lebensjahr bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht überschritten hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, wird die Haushaltshilfe längstens für einen Zeitraum von 52 Wochen gewährt.

2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag 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. Vorgesehene 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. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können 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. Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Salus BKK, auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung - Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

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

Suchtmittelkonsum:

Förderung des Nichtrauchens
Gesundheitsgerechter 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 gewährt die Salus BKK, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, einen einmaligen Zuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 100,00 € je Maßnahme je Kalenderjahr.

Für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr gewährt die Salus BKK, einen einmaligen Zuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 100,00 € je Maßnahme je Kalenderjahr.

Für die Teilnahme an wohnortfernen Maßnahmen gewährt die Salus BKK einen Zuschuss von 160 € je Kalenderjahr für einen einwöchigen Aufenthalt. Bei einem Aufenthalt von weniger als einer Woche gewährt die Salus BKK einen Zuschuss je Kalenderjahr von:

- 150 € sofern der Versicherte an zwei Präventionskursen á acht Einheiten teilnimmt
- 100 € sofern der Versicherte an einem Präventionskurs mit zehn Einheiten teilnimmt.

Voraussetzung für alle vorgenannten Zuschüsse ist die Vorlage einer Teilnahmebescheinigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mind. 80 % der Kurseinheiten.

§ 12b Schutzimpfungen

- I. Die Salus BKK übernimmt über den Anspruch nach § 20i 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:
 - Gripeschutzimpfungen
 - 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 Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten der Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 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 16,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 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 Kalenderjahr 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 wird mit 30 Bonuspunkten bewertet.
 - 2. Der Versicherte nimmt jährlich an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil. Die Aktivität wird mit 30 Bonuspunkten bewertet.
 - 3. Der Versicherte nimmt an von der Salus BKK im Rahmen des § 25 SGB V angebotenen Untersuchungen teil. Die Aktivität wird mit 30 Bonuspunkten bewertet.
 - 4. Der Versicherte nimmt qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch. Die Aktivitäten werden jeweils mit 20 Bonuspunkten bewertet.
 - 5. Der Impfstatus des Versicherten im betreffenden Kalenderjahr entspricht der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO). Die Aktivität wird mit 15 Bonuspunkten bewertet.
 - 6. Der Versicherte ist in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio, Gesundheitsclub oder Gesundheitsstudio aktiv. Die Aktivität wird mit 30 Bonuspunkten bewertet.
 - 7. Der Versicherte ist in einem Sportverein aktiv. Die Aktivität wird mit 30 Bonuspunkten bewertet.
 - 8. Der Versicherte hat im betreffenden Kalenderjahr entweder das Deutsche Sportabzeichen, das Deutsche Wanderabzeichen, das Deutsche Schwimmbadabzeichen oder das Deutsche Tanzsportabzeichen erworben. Die Aktivität wird mit 25 Bonuspunkten bewertet.
 - 9. Der Versicherte hat die jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung zur Erhaltung des Bonus für Zahnersatz nach § 55 SGB V in Anspruch genommen. Die Aktivität wird mit 30 Bonuspunkten bewertet.

10. Der Versicherte nimmt an einem wohnortentfernten Präventionsprogramm oder Kompaktkurs teil, der den qualitätsgesicherten Leistungen zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V entspricht. Die Aktivität wird mit 40 Bonuspunkten bewertet.
11. Der Body-Mass-Index des Versicherten liegt im Normbereich. Dies wird mit 15 Bonuspunkten bewertet.
12. Der Versicherte ist seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher. Dies wird mit 15 Bonuspunkten bewertet.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung in der Salus 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 Salus BKK Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden. Für danach beantragte Boni besteht kein Rechtsanspruch. Nicht eingelöste Bonuspunkte verfallen.

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

Der Bonus wird als Geldprämie gewährt. Die Höhe der Geldprämie richtet sich nach den folgenden Bonuspunkten:

- a) in der 1. Stufe 75 – 95 Bonuspunkte, 75 EUR
- b) in der 2. Stufe 100-145 Bonuspunkte, 100 EUR
- c) in der 3. Stufe 150-195 Bonuspunkte, 150 EUR
- d) in der 4. Stufe ab 200 Bonuspunkte, 200 EUR.

Ein Anspruch auf eine Geldprämie entsteht erst ab mindestens 75 Bonuspunkten.

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

II. Bonus für Versicherte vor Vollendung des 15. Lebensjahres

Versicherte vor Vollendung des 15. Lebensjahres haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, im Kalenderjahr folgende Voraussetzungen erfüllen:

1. a) alle im betreffenden Kalenderjahr anfallenden Früherkennungsuntersuchungen gem. § 26 SGB V (U-Untersuchungen oder J-Untersuchungen) in Anspruch genommen wurden,
und
- b) alle nach der Ständigen Impfkommission (STIKO) im betreffenden Kalenderjahr empfohlenen Impfungen durchgeführt wurden,
und
- c) im betreffenden Kalenderjahr die Individualprophylaxe nach § 22 SGB V durchgeführt wurde.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt in der Salus BKK Bonus-Karte quittiert. Der Bonus ist bis zum 30.06 des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr vollständig, durch Vorlage der Salus BKK Bonus-Karte, nachzuweisen. Für danach beantragte Boni besteht kein Rechtsanspruch. Nicht eingelöste Bonuspunkte verfallen. Die gesammelten Bonuspunkte sind nicht auf künftige Kalenderjahre übertragbar.

Bei der Erfüllung der Voraussetzungen kann der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter als Bonus eine Akkuzahnbürste für Kinder oder eine Geldprämie in Höhe von 20,00 EUR wählen.

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

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

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

- a) Der Versicherte weist die Jugenduntersuchung J 1 (für das betreffende Kalenderjahr) nach. Dies wird mit 30 Bonuspunkten bewertet.
- b) Der Versicherte nimmt jährlich an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil. Diese Aktivität wird mit 20 Bonuspunkten bewertet.
- c) Der Versicherte nimmt qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch. Die Aktivitäten werden mit jeweils 20 Bonuspunkten bewertet.
- d) Der Impfstatus im betreffenden Kalenderjahr entspricht der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO). Dies wird mit 20 Bonuspunkten bewertet.
- e) Der Body-Mass-Index des Versicherten liegt im Normbereich. Dies wird mit 15 Bonuspunkten bewertet.
- f) Der Versicherte hat im betreffenden Kalenderjahr entweder das Deutsche Sportabzeichen, das Deutsche Wanderabzeichen, das Deutsche Schwimtabzeichen oder das Deutsche Tanzsportabzeichen erworben. Die Aktivität wird mit 10 Bonuspunkten bewertet.
- g) Der Versicherte ist in einem Sportverein aktiv. Die Aktivität wird mit 10 Bonuspunkten bewertet.
- h) Der Versicherte ist in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio, Gesundheitsclub oder Gesundheitsstudio aktiv. Die Aktivität wird mit 10 Bonuspunkten bewertet.
- i) Der Versicherte nimmt ab der Vollendung des 18. Lebensjahres einmal jährlich die Durchführung der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zur Erhaltung des Bonus für Zahnersatz nach § 55 SGB V in Anspruch, bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Durchführung der zahnärztlichen Individualprophylaxe nach § 22 SGB V einmal je Kalenderhalbjahr. Diese Aktivität wird mit 20 Bonuspunkten bewertet.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung in der Salus BKK Bonus-Karte quittiert. Der Bonus ist bis zum 30.06 des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr vollständig, durch Vorlage der Salus BKK Bonus-Karte, nachzuweisen. Für danach beantragte Boni besteht kein Rechtsanspruch. Nicht eingelöste Bonuspunkte verfallen. Die gesammelten Bonuspunkte sind nicht auf künftige Kalenderjahre übertragbar.

Die erreichten Bonuspunkte werden jeweils für ein Kalenderjahr addiert und können entsprechend der Höhe der Summe gegen eine Geldprämie eingetauscht werden.

Die Höhe der Geldprämie richtet sich nach den folgenden Bonuspunkten:

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

Ein Anspruch auf eine Geldprämie entsteht erst ab mindestens 60 Bonuspunkten.

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

IV. Die Ansprüche nach den Absätzen I. bis III. und § 13b schließen sich gegenseitig aus.

§ 13b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Mitglieder

- 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, mindestens drei der folgenden Voraussetzungen im Kalenderjahr vollständig nachweisen:
1. ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre Durchführung einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V.
 2. jährliche Durchführung einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V.
 3. Mitversicherte Kinder des Mitgliedes nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.
 4. der Impfstatus im betreffenden Kalenderjahr entspricht der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO).
 5. ab der Vollendung des 18. Lebensjahres einmal jährlich Durchführung der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zur Erhaltung des Bonus für Zahnersatz nach § 55 SGB V; bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Durchführung der zahnärztlichen Individualprophylaxe nach § 22 SGB V einmal je Kalenderhalbjahr.
 6. Bewegungsangebote in einem Sportverein, bzw. einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder Nachweis der Teilnahme an einer qualitätsgesicherten Leistungen zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung in der Salus BKK Bonus-Karte quittiert. Der Bonus ist bis zum 30.06 des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr vollständig, durch Vorlage der Salus BKK Bonus-Karte, nachzuweisen. Für danach beantragte Boni besteht kein Rechtsanspruch. Nicht eingelöste Bonuspunkte verfallen. Eine Übertragung auf künftige Kalenderjahre ist nicht möglich.

Bei der Erfüllung der Voraussetzungen erhält das Mitglied eine Geldprämie in Höhe von 150 Euro je Kalenderjahr.

Ein Anspruch besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung eine ungekündigte Mitgliedschaft besteht.

- II. Die Ansprüche nach dem § 13b und § 13a schließen sich gegenseitig 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, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen Parietale, Viszerale und Craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt wäre.
3. Die Betriebskrankenkasse übernimmt bei Versicherten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr die Kosten für maximal fünf Sitzungen pro Kalenderjahr und erstattet bis zu 50 EUR je Sitzung, aber nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Versicherte nach Vollendung des 12. Lebensjahres haben Anspruch auf die Kostenerstattung von bis zu fünf Sitzungen pro Kalenderjahr. Erstattet werden 90 % des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 EUR je Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen.

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 Zuzahlung 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

Die Salus BKK zahlt über die im Gesetz geregelten Leistungen hinaus einen Zuschuss zu dem von Ärzten veranlassten oder durchgeführten Tumorprognosetest (uPA-PAI-1) bei Brustkrebs für Risikopatientinnen bzw. bei Vorliegen eines konkreten individuellen Untersuchungsansatzes (z. B. positive Familienanamnese) in Höhe von maximal 350 EUR einmalig. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

IV. Hilfsmittel

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

V. Partner-Geburtsvorbereitungskurse

Die Salus BKK erstattet die Kosten für einen von Hebammen durchgeführten Geburtsvorbereitungskurs für den werdenden Vater. Voraussetzung ist, dass der werdende Vater bei der Salus BKK versichert ist und der Kurs von einer Hebamme durchgeführt wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Salus BKK erstattet die Kosten in Höhe von max. 60 Euro. Zur Erstattung ist die Rechnung vorzulegen.

VI. Kinderuntersuchungen/Jugenduntersuchungen

Die Salus BKK erstattet für die

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

100 % der entstandenen Kosten. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

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 500 EUR 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 Rechnung vorzulegen.

VIII. Flash Glukose Messsystem

- I. Die Salus BKK übernimmt die Kosten der Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash Glukose Messsystem mit dem Ziel, einer besseren Kontrolle des Glukoseverlaufes zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder (Hyperglykämie (Überzuckerung).
- II. Voraussetzung ist, dass eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie bei Diabetes mellitus erfolgt und die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen durch eine Verordnung bestätigt wird:
 - a) Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - b) Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation, oder
 - c) Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder- Endokrinologie und -Diabetologie.“

Ein individuelles Therapieziel ist festzulegen und der Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind von dem jeweiligen Arzt vor der Anwendung sicherzustellen.

Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein. Die Behandlungsmethode darf nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein.

- III. Die Kasse übernimmt die Kosten für das Auslesegerät einmalig in Höhe von bis zu 59,90 Euro und die Kosten für Sensoren in Höhe von bis zu 59,90 Euro je Sensor alle zwei Wochen, jedoch maximal die Höhe der tatsächlichen Kosten. Den Versicherten entsteht eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V.

IX. Sportmedizinische Untersuchung

- I. Die Versicherten der Salus BKK können eine Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen. Die Salus BKK beteiligt sich auf der Basis von § 23 SGB V, vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung, an den Kosten für eine Sportmedizinische Untersuchung und Beratung, wenn diese im Einzelfall nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden und spezifische Risikofaktoren wie erhöhtes Körpergewicht, erhöhter Blutdruck, Rauchen und Diabetes vorliegen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Untersuchung von Ärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.
- II. Die Salus BKK erstattet alle zwei Jahre die Kosten für eine Sportmedizinische Untersuchung bei einem Sportmediziner in Höhe von 80 % der entstandenen Kosten, maximal 125,00 EUR.
- III. Zur Erstattung ist die Rechnung vorzulegen.

X. Hautkrebsscreening

- I. Die Versicherten der Salus BKK können auf der Grundlage des § 23 SGB V ein zusätzliches Hautkrebsscreening durchführen lassen. Voraussetzung ist, dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (z. B. positive Familienanamnese) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Hinsichtlich der zur Leistungserbringung berechtigten Ärzte, einschließlich der nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärzte, sowie deren Qualifikation gelten die §§ 31 und 32 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL) entsprechend.

- II. Die Salus BKK erstattet über die im Gesetz geregelten Leistungen hinaus alle zwei Jahre die Kosten des Hautkrebsscreenings für Versicherte unter 35 Jahren in Höhe von 25,00 EUR.
- III. Zur Erstattung ist die Rechnung vorzulegen.

XI. Schwangerschaftsleistungen

- I. Die Versicherten der Salus BKK können Vorsorge- und zusätzliche Leistungen während der Schwangerschaft in Anspruch nehmen. Bezuschusst werden bei schwangeren Frauen mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation nach ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt, über die gesetzlich geregelten Vorsorgeleistungen und Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien folgende Untersuchungen:
 - 1. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen und oder 3-D- oder Farbdoppler Ultraschall bei Schwangeren mit möglichen Risikofaktoren oder einer möglichen Gefährdung des ungeborenen Kindes,
 - 2. Toxoplasmose-Screening bei Schwangeren mit einem erhöhtem Ansteckungsrisiko,
 - 3. Triple-Test bei Schwangeren mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation,
 - 4. Nackentransparenzmessung bei Schwangeren mit möglichem Risikofaktor wie auffälligem Nackentransparenzwert oder Alter der Mutter,
 - 5. Antikörperbestimmungen bei Schwangeren ohne entsprechende Nachweise einer bestehenden Immunität (Ungeimpfte oder einmalig Geimpfte oder Impfanamnese unbekannt),
 - 6. Ringelröteln und oder Windpocken bei Schwangeren ungeimpften Frauen oder Schwangeren mit unklarem Impfstatus.
- II. Der Anspruch besteht, um eine Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken oder eine Schwächung der Gesundheit der Schwangeren, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen.
- III. Insgesamt ist ein Zuschuss in Höhe von maximal 150,00 EUR je Schwangerschaft möglich.
- IV. Der Anspruch setzt voraus, dass die Vorsorgeleistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist.
- V. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

§ 13d 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.

§ 13e Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Salus BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über:
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13f Wahltarif besondere Versorgung

- I. Die Salus BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über:
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13g 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:
 - Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V)
 - Primäre Prävention durch Schutzimpfungen (§ 20i 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.

§ 13h Wahltarif Krankengeld

Die Salus BKK bietet

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

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

und

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

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.

§ 13i Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines strukturierten betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen nach dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§84 SGB IX) sind. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für diese Maßnahmen sowie den Krankenversicherungsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag in Höhe eines halben Monatsbeitrags maximal jedoch 2.500,00 EUR nicht überschreiten. Voraussetzung für die Bonusgewährung ist, dass mindestens ein bei der Salus BKK versicherter Arbeitnehmer an Maßnahmen der Verhaltensprävention der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu mindestens 80% teilgenommen hat.
- II. Die Salus BKK schließt dazu mit dem Arbeitgeber für die betreffenden Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten der Nachweiserbringung sowie die Höhe und Auszahlung des Bonus.

§13j Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Versicherte der Salus BKK haben Anspruch auf einen Bonus, wenn Sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß §20 Absatz 5 SGB V zertifizierten Angebot der Verhaltensprävention im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ihres Arbeitgebers zu mindestens 80 % teilgenommen haben.
- II. Bonusfähige Maßnahmen sind:
 - Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
 - Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
 - Suchtprävention im Betrieb
 - Prävention zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung.
- III. Der Anspruch besteht nur, sofern der Arbeitgeber mit der Salus BKK hierzu mit dem Arbeitgeber einen Bonusvertrag nach §13i Absatz II. abschließt.
- IV. Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 20,00 EUR je Maßnahme maximal jedoch für drei Maßnahmen, zu Beginn des Jahres ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage einer geeigneten Bescheinigung über die Teilnahme von mindestens 80 % an einer Maßnahme nach Absatz I. nachgewiesen wurden.

§ 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 Satzungshoheit 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 Salus BKK erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.salus-bkk.de sowie nachrichtlich durch Aushang in den Räumen der Salus BKK und in der Mitgliederzeitschrift.

Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

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

Auf dem Aushang ist 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 Röhl

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

Der 35. Satzungsnachtrag wurde am 05.10.2015 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 36. Satzungsnachtrag wurde am 16.12.2015 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 37. Satzungsnachtrag wurde am 21.12.2015 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 38. Satzungsnachtrag wurde am 13.07.2016 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 39. Satzungsnachtrag wurde am 20.12.2016 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 40. Satzungsnachtrag wurde am 23.12.2016 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 41. Satzungsnachtrag wurde am 10.07.2017 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 42. Satzungsnachtrag wurde am 18.12.2017 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 43. Satzungsnachtrag wurde am 27.12.2017 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 44. Satzungsnachtrag wurde am 08.08.2018 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 45. Satzungsnachtrag wurde am 18.12.2018 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 46. Satzungsnachtrag wurde am 21.12.2018 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 Verdienstaufall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstaufall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstaufall 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 64,00 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 § 13h Wahltarif Krankengeld

Teilnahme

1. Die Salus BKK bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (*Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt*). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
 - a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens 24 Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 - b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche 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.

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der Salus BKK.
5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche 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 zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. 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 geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Salus BKK nachzuweisen und die Salus BKK über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.

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

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

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

Wahltarifkrankengeld

kalendertäglich	10 EUR	20 EUR	30 EUR	40 EUR	50 EUR
Prämie monatlich	10 EUR	20 EUR	30 EUR	40 EUR	50 EUR

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

Wahltarifkrankengeld

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

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

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

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

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

Anspruch

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

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

16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes

festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:

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

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

17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der 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.
19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet
 - mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif,
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird,
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z. B. durch Angestellte) erzielt wird,
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre,
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden,
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Salus BKK.
20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13. dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21. keine Anwendung.
22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
24. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die 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 Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

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

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können
1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 EUR - Schritten bis zu 50 EUR kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70 % des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der 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 EUR - Schritten bis zu 90 EUR kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70 % des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. 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.
27. Die Salus BKK kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.
28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der Salus BKK sein Arbeitsentgelt bzw. 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 bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der Salus BKK unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht.

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

31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Salus BKK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.