

Satzung

vom 01.07.2002 i. d. F. des 61. 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
- § 13b Vorsorgebonus
- § 13c Zusätzliche Satzungsleistungen
- § 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13e Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung
- § 13f Wahltarif besondere Versorgung
- § 13g Wahltarif Prämienzahlung
- § 13h Wahltarif Krankengeld
- § 13i Wahltarif Selbstbehalt
- § 13j Wahltarif Selbstbehalt für Auszubildende und Studierende
- § 13K Wahltarif Selbstbehalt Krankenhausbehandlung
- § 13l Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 13m Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 13n Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz
- § 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

Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates der SALUS BKK

Anlage II

zu § 13h Wahltarif Krankengeld

Anlage III

zu § 13b Vorsorgebonus

§ 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 schriftlich ohne Sitzung abstimmen, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widersprechend der schriftlichen Abstimmung. Das nähere bestimmt die Geschäftsordnung.
- XI. Sitzungen des Verwaltungsrats können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Bei öffentlichen, hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen.
- XII. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrats digital (digitale Sitzung) stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrats stellt den Ausnahmefall fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der Salus BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrats und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. Bei öffentlichen, digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.
- XIII. In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der Salus BKK liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

§ 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 auszuzahlen.
- 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 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird an vom Vorstand beauftragte Mitarbeiter und einen Widerspruchsausschuss im Sinne eines besonderen Ausschusses nach § 36 a SGB IV übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Neu-Isenburg.

Die vom Vorstand Beauftragten entscheiden über:

- Widersprüche, deren Streitwert unter 1.000,00 EUR liegt, wenn dieser eindeutig bezifferbar ist,
- Widersprüche betreffend die Krankengeldansprüche,
- Widersprüche betreffend die Versicherungs- und Beitragsansprüche,
- Widersprüche betreffend die Genehmigung von Anträgen auf Übernahme/Erstattung von Fahrtkosten
- Widersprüche betreffend die Genehmigung von Anträgen auf Übernahme/Erstattung von Präventionskosten/Kosten von Patientenschulungen,
- Widersprüche betreffend die Genehmigung von Anträgen auf Übernahme/Erstattung von Rehabilitationskosten,
- Widersprüche betreffend die Ansprüche auf ambulante Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Individuelle Gesundheitsleistungen,

und erlassen die entsprechenden Widerspruchsbescheide. In den verbleibenden Fällen und allen Fällen, die Mitarbeiter der Salus BKK betreffen, wird die Entscheidung und der Erlass des Widerspruchsbescheides dem Widerspruchsausschuss übertragen

- II. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.

Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern, die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates, gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

Der Vorsitz im Widerspruchsausschuss 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 Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

Der Vorstand oder ein von ihm Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

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

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 Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i. V. mit § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 12. Halbsatz OwiG wahr.
- V. Sitzungen des Widerspruchsausschusses können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzung). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen des Widerspruchsausschusses. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Widerspruchsausschusses digital stattfinden (digitale Sitzung). Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses stellt den Ausnahmefall nach Satz 4 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der Salus BKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht.
- VI. In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der Salus BKK liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I. Zum Kreis der bei der Salus BKK versicherten Personen gehören
 - 1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 - 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

- II.** Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen, der Salus BKK nur dann beitreten, wenn sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III.** Die in Abs. I und II genannten Personen können die Salus BKK 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 oder der Lebenspartner bei der Salus BKK versichert ist,
 4. sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der Salus BKK versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Salus BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

IV. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I.** Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Salus BKK mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts die Kündigungserklärung des Mitglieds. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

- II.** Erhebt die Salus BKK nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals 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; Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. 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.
- Die Hinweispflicht der Salus BKK nach Satz 2 besteht nicht für eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes, die im Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis zum 30. Juni 2023 wirksam wird. Die Salus BKK hat stattdessen spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf andere geeignete Weise auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V, die Möglichkeit, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Satz 4 gilt entsprechend.
- III.** Abweichend von Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Es gelten Absatz 1 Satz 5 und Satz 6. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Eingang der Austrittserklärung bei der Salus BKK.
- IV.** Wenn ein Wahltarif nach §§ 13g, 13h, §13i, 13j oder 13k gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Salus BKK frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 13g Absatz V., Anlage II zu § 13h der Satzung: Wahltarif Krankengeld Laufzeit/Bindungsfrist, § 13i Absatz V., 13j Absatz IV. oder 13k Absatz IV., aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abweichend von Satz 1 gilt bei erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitragssatzes oder bei dessen Erhöhung nach § 242 Absatz 1 SGB V das Kündigungsrecht nach Absatz 2 ungeachtet der Bindungsfrist an den Wahltarif, jedoch nicht für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 13h gewählt haben.

§ 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 1,59 % 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 25 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 § 29 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 gemäß § 37 Abs. 2 Satz 5 SGB V

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 Verschwägte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 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 5 v. H. je Kostenerstattungsfall, maximal 50,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können 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 gemäß § 13 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 130 Absatz 1 SGB V¹

1. Gemäß § 13 Absatz 2 Satz 11 i.V.m. § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
 - als dasjenige, für das die Salus BKK eine Vereinbarung nach 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
 - das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Salus BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, sind von den Versicherten selbst zu tragen.

2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V ist um einen Abschlag in Höhe von 45 v.H. für die der Salus BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag in Höhe von 10 v.H. für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
3. Die gesetzliche Zuzahlung in Höhe der Zuzahlung des Rabattvertragsarzneimittels ist, sofern eine Zuzahlungsbefreiung vorliegt, vom Erstattungsbetrag in Abzug zu bringen. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 40,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen.

1 Im Rahmen der Berechnung des Erstattungsbetrages ist im Zeitraum vom 1. Februar 2023 bis 31. Januar 2025 zu berücksichtigen, dass die Salus BKK abweichend von § 130 Absatz 1 nach § 130 Absatz 1a SGB V für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sowie für Zubereitungen nach § 5 Absatz 3 der Arzneimittelpreisverordnung, die nicht § 5 Absatz 6 der Arzneimittelpreisverordnung unterfallen, von den Apotheken einen Abschlag von 2 EUR je Arzneimittel erhält.

§ 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, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem

Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V),
Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V),
individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V) mit folgenden Handlungsfeldern:

1. Bewegungsgewohnheiten:
 - a) Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - b) Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
2. Ernährung:
 - a) Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung:
 - b) Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
3. Stressmanagement:
 - a) Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
 - b) Förderung von Entspannung
4. Suchtmittelkonsum:
 - a) Förderung des Nichtrauchens
 - b) Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Die Förderung durch die Salus BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versicherten und Kalenderjahr begrenzt. Die Versicherten haben einen Eigenanteil für die Kosten für Unterkunft und Freizeitaktivitäten zu tragen.

- II. Leistungen, die von der Salus BKK 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 EUR 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 EUR je Maßnahme je Kalenderjahr.

Für die Teilnahme an wohnortfernen Maßnahmen gewährt die Salus BKK einen Zuschuss von 200 EUR je Kalenderjahr für einen einwöchigen Aufenthalt. Bei einem Aufenthalt von weniger als einer Woche gewährt die Salus BKK einen Zuschuss je Kalenderjahr von:

- 200 EUR sofern der Versicherte an zwei Präventionskursen á acht Einheiten teilnimmt
- 125 EUR 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 v. H. 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 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, mit Ausnahme der Impfungen für Meningokokken der Gruppe B, 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 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs.2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 EUR.

§ 13a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- I. Versicherte erhalten einen Bonus nach § 65a Abs. 1 SGB V, wenn Sie im Kalenderjahr Leistungen nach den folgenden Paragraphen in Anspruch genommen haben:
- § 25 SGB V (Vorsorge-, Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsmaßnahmen)
 - § 25a SGB V (Krebsfrüherkennungsmaßnahmen)
 - § 26 SGB V (Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche)
 - § 20i SGB V (Schutzimpfungen)
 - § 12b der Satzung der Salus BKK in Verbindung mit § 20i SGB V (Schutzimpfungen)
 - §§ 22 und 55 SGB V (Zahnvorsorge)

Eine Bonifizierung der Maßnahmen nach § 20i SGB V erfolgt erst mit dem Abschluss der Immunisierung. Dabei gelten Kombinationsimpfungen nur als eine bonifizierbare Maßnahme.

Maßnahmen nach § 26 SGB V (mehrstufige Vorsorgeuntersuchungen für Kinder) werden nur bonifiziert, wenn die im Kalenderjahr vorgesehenen Stufen vollständig durchgeführt wurden.

Versicherte vor Vollendung des 18. Lebensjahres erhalten einen Bonus für Untersuchungen nach § 22 SGB V nur dann, wenn die Vorsorgeuntersuchung halbjährlich stattgefunden hat.

Der Bonus beträgt bei Inanspruchnahme von:

- | | |
|---|-----------|
| ▪ 1 Maßnahme | 10,00 EUR |
| ▪ 2 Maßnahmen | 20,00 EUR |
| ▪ 3 Maßnahmen | 30,00 EUR |
| ▪ 4 Maßnahmen | 37,50 EUR |
| ▪ 5 Maßnahmen | 45,00 EUR |
| ▪ 6 Maßnahmen | 52,50 EUR |
| ▪ 7 Maßnahmen | 57,50 EUR |
| ▪ 8 Maßnahmen | 62,50 EUR |
| ▪ 9 Maßnahmen | 67,50 EUR |
| ▪ 10 Maßnahmen | 72,50 EUR |
| ▪ Ab 11 Maßnahmen für jede weitere Maßnahme | 5,00 EUR |

Der Anspruch auf einen Bonus ist mit dem Bonusantrag der Salus BKK nachzuweisen. Die durchgeführten Maßnahmen sind vom Arzt bzw. Anbieter/Leistungserbringer zu bestätigen. Der Bonusantrag kann postalisch eingereicht oder digital in der Service App hochgeladen werden.

Der Bonus ist bis spätestens 31.03. des Folgejahres zu beantragen.

- II. Versicherte erhalten einen Bonus nach § 65a Abs. 1a SGB V, wenn sie im Kalenderjahr regelmäßig an Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 SGB V oder vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen.

Versicherten ab Vollendung des 15. Lebensjahres können mit folgenden Maßnahmen einen Bonus erlangen:

- a)
- Aktive Mitgliedschaft in einem qualifizierten Sportverein
 - Aktive Mitgliedschaft in einem qualifizierten Fitnessstudio / Gesundheitsstudio
 - Regelmäßige Teilnahme am Training einer Betriebssport- bzw. Hochschulsportgruppe (Betriebssport, sofern er nicht im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 65a Abs. 2 SGB V und außerhalb der Arbeitszeit durchgeführt wird)
 - Erfolgreiche Durchführung eines Präventionskurses nach § 20 Abs. 5 SGB V
 - Regelmäßige Nutzung von Apps mit gesundheitsfördernden Inhalten vergleichbar mit den Themenfeldern aus § 20 Abs. 5 SGB V
 - Regelmäßige Nutzung von webbasierten Schulungen mit gesundheitsfördernden Inhalten vergleichbar mit den Themenfeldern aus § 20 Abs. 5 SGB V
 - Regelmäßiges Online Coaching vergleichbar mit den Themenfeldern aus § 20 Abs. 5 SGB V
 - Erfolgreiche Teilnahme an einem wohnortentfernten Präventionsprogramm oder Kompaktkurs, der den qualitätsgesicherten Leistungen zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V entspricht
 - Teilnahme am Baby-Schwimmkurs
 - Teilnahme am Eltern-Kind-Turnen
 - Teilnahme an einem Rückbildungskurs
 - Teilnahme an einer Sportveranstaltung (Voraussetzung ist, dass die Veranstaltung unter qualifizierter Leitung durchgeführt wird. Als Nachweis gilt der Stempel des autorisierten Sport- oder Wandervereins. Bei aktiver Teilnahme an Veranstaltungen des Volks- und Breitensports, z. B. Firmen-, Volks- und Stadtläufen, organisierte Mountainbike oder Radtouren, Hindernisläufen zählt ihre Finisher Urkunde vom Veranstalter. Bitte beachten sie: Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis können wir leider nicht anerkennen

- b)
- BMI im Normalgewicht
 - Mindestens seit 6 Monaten Nichtraucher
 - Erwerb eines Sportabzeichens
 - Erwerb eines Schwimmbabzeichens
 - Erwerb eines Wanderabzeichens
 - Erwerb eines Tanzsportabzeichens
 - Erwerb des Deutschen Feuerwehr-Fitness-Abzeichens oder des Deutschen Jugendfeuerwehr-Fitness-Abzeichens

Der Bonus beträgt 100,00 EUR, wenn 2 Maßnahmen (darunter mindestens 1 Maßnahme nach Buchstabe a) nachgewiesen wurden.

Der Bonus beträgt 130,00 EUR, wenn mindestens 3 Maßnahmen (darunter mindestens 1 Maßnahme nach Buchstabe a) nachgewiesen wurde.

Versicherte vor Vollendung des 15. Lebensjahres können mit folgenden Maßnahmen einen Bonus erlangen:

- a)
- Aktive Mitgliedschaft in einem qualifizierten Sportverein
 - Erfolgreiche Durchführung eines Präventionskurses nach § 20 Abs. 5 SGB V
 - Erfolgreiche Teilnahme an einem wohnortentfernten Präventionsprogramm oder Kompaktkurs, der den qualitätsgesicherten Leistungen zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V entspricht
 - Teilnahme am Baby-Schwimmkurs
 - Teilnahme am Eltern-Kind-Turnen
 - Teilnahme an einer Sportveranstaltung (Voraussetzung ist, dass die Veranstaltung unter qualifizierter Leitung durchgeführt wird. Als Nachweis gilt der Stempel des autorisierten Sport- oder Wandervereins. Bei aktiver Teilnahme an Veranstaltungen des Volks- und Breitensports, z. B. Firmen-, Volks- und Stadtläufen, organisierte Mountainbike oder Radtouren, Hindernisläufen zählt ihre Finisher Urkunde vom Veranstalter. Bitte beachten sie: Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis können wir leider nicht anerkennen.
- b)
- BMI im Normalgewicht
 - Erwerb eines Sportabzeichens
 - Erwerb eines Schwimmbabzeichens
 - Erwerb des Wanderabzeichens
 - Erwerb eines Tanzsportabzeichens
 - Erwerb des Deutschen Jugendfeuerwehr-Fitness-Abzeichens

Der Bonus beträgt 30,00 EUR, wenn mindestens 2 Maßnahmen (darunter mindestens 1 Maßnahme nach Buchstabe a) nachgewiesen wurden.

Der Anspruch auf einen Bonus ist mit dem Bonusantrag der Salus BKK nachzuweisen. Die durchgeführten Maßnahmen sind vom Arzt bzw. Anbieter / Leistungserbringer zu bestätigen.

Der Bonusantrag kann postalisch eingereicht oder digital in der Service App hochgeladen werden.

Der Bonus ist bis spätestens 31.03. des Folgejahres zu beantragen.

§ 13b Vorsorgebonus

Versicherte, welche die Voraussetzungen auf einen Geldbonus nach § 13a erfüllen, erhalten als Alternative zum Geldbonus den Bonus als Zuschuss für die Inanspruchnahme der im Katalog der Salus BKK genannten Leistungen und Produkte bis zu einem Höchstbetrag von 200 EUR pro Kalenderjahr. In dem Katalog, der als Anlage zur Satzung deren Bestandteil ist, sind die Leistungen und Produkte aufgezählt, für die der Zuschuss gewährt wird.

§ 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 sechs 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 sechs 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 Vertragsätze 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. Sensomotorische Einlagen

- I. Die Salus BKK erstattet Versicherten, bei einer durch einen zugelassenen Vertragsarzt oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erfolgten Verordnung, die Kosten für sensomotorische Einlagen – sofern deren Anwendung medizinisch notwendig ist und z.B. folgende Indikationen vorliegen:

- Knick-Senk-Spreizfuß, kontrakt
- Ballen-Hohlfuß
- rheumatischer Spreizfuß
- angio-neuropathische Fußveränderungen in Kombination mit anderen Fußdeformitäten.

II. Die Salus BKK erstattet die Kosten für sensomotorische Einlagen nach Absatz I. in Höhe von 78,00 EUR pro Kalenderjahr, maximal jedoch die tatsächlich entstandenen Kosten. Neben der Erstattung zu den sensomotorischen Einlagen werden keine weiteren Kosten in diesem Zusammenhang, z.B. ärztliche Kosten in Verbindung mit der Verordnung, Kosten nach GOÄ oder ähnliches übernommen.

III. Zur Erstattung ist die Rechnung und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

V. Derzeit nicht besetzt

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. Zur Erstattung ist der Salus BKK die spezifizierte Rechnung vorzulegen.

VIII. Derzeit nicht besetzt

IX. Sportmedizinische Untersuchung

I. 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 vorliegen.

Derartige Risikofaktoren sind:

- erhöhtes Körpergewicht
- erhöhter Blutdruck
- kardiovaskuläre Vorerkrankungen
- Atemwegserkrankungen
- Skelettvorerkrankungen, z.B. Skoliose
- Diabetes
- Rauchen
- Alkoholmissbrauch

II. Sofern ärztlich bescheinigt besondere, weitere Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung unter anderem zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.

- III. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern mit der Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ erbracht wird. Entsprechend qualifizierte Ärzte können über die Arztsuche der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung gefunden werden.
- IV. Die Salus BKK erstattet alle zwei Jahre entweder die Kosten für eine Sportmedizinische Untersuchung nach Absatz I. oder Absatz II. in Höhe von 80 % der entstandenen Kosten, maximal 125,00 EUR.
- V. Zur Erstattung ist die Rechnung und die ärztliche Verordnung 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

Die Salus BKK beteiligt sich über die gesetzlichen Leistungen hinaus mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den folgenden Absätzen. Der Zuschuss für diese Leistungen ist insgesamt auf 250 Euro pro Schwangerschaft begrenzt. Zu den einzelnen Leistungen beträgt der jeweilige Zuschuss dabei nicht mehr als die nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind der Salus BKK eine spezifische Rechnung sowie ein Nachweis über die Schwangerschaft einzureichen.

- I. Die Salus BKK erstattet die Kosten der Begleitperson für die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs. Voraussetzung ist, dass die Geburtsvorbereitung durch eine/n gemäß § 134a Abs. 2 SGB V zugelassene/n oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnigte/n Hebamme / Entbindungspfleger durchgeführt wird.
- II. Die Salus BKK erstattet Versicherten die während der Schwangerschaft (37. - 42. Schwangerschaftswoche) und bei der Geburt in Anspruch genommenen Kosten der Rufbereitschaft einer freiberuflich tätigen Hebamme. Voraussetzung ist die Zulassung bzw. Berechnigung der Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 bzw. § 13 Abs. 4 SGB V. Die Rufbereitschaft setzt die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe voraus.
- III. Die Salus BKK erstattet ihren Versicherten über die gesetzlichen und vertraglichen Leistungen hinaus im Einzelfall die Kosten für folgende ärztliche oder ärztlich veranlasste Leistungen zur medizinischen Vorsorge (inklusive ggf. anfallender Laborleistungen), sofern damit einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegengewirkt werden kann und Risikofaktoren bestehen:
 - **Toxoplasmosetest** (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen)
 - **Zytomegalie-Test** (CMV-Antikörper-Test) (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind)
 - **B-Streptokokken-Test** (um eine bakterielle Besiedelung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern)

- **Antikörperbestimmungen** bei Schwangeren ohne entsprechende Nachweise einer bestehenden Immunität (Ungeimpfte oder einmalig Geimpfte oder Impfanamnese unbekannt)
- Feststellung von Antikörpern gegen **Windpocken** (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind)
- Feststellung von Antikörpern gegen **Ringelröteln** (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind).

Voraussetzung ist, dass die Leistungen durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Ärzte erbracht bzw. veranlasst werden.

- IV.** Die Salus BKK erstattet schwangeren Versicherten 100 % der entstandenen Kosten für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Folsäure und Jod als Monopräparate und Kombinationspräparate aus diesen Wirkstoffen zur Vermeidung eines Mangels während der Schwangerschaft. Voraussetzung ist die Verordnung dieser Mittel durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder einen nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt.

Für die Erstattung der Kosten sind Nachweise (Rechnung der Apotheke oder eines nach deutschem Recht zugelassenen Arzneimittelversandhändlers) und die Verordnung eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes oder eines nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arztes einzureichen.

Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss bleibt unberührt.

§ 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

- I. Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren und an der Aufbringung der Beiträge beteiligt sind, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

Die Teilnahme ist vom Mitglied zu erklären. Sie beginnt mit dem Ersten des auf den Eingang der Teilnahmeerklärung folgenden Kalendermonats.
- II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
 - die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen, mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b 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 und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen § 22a SGB V).

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III. Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für sich und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif nach den §§ 13i, 13j oder §13k wählt oder gewählt hat.
- IV. Die Prämie beträgt ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr für das Mitglied gezahlten Beiträge, maximal 600 EUR. Die Prämie umfasst auch den nicht vom Mitglied getragenen Beitragsanteil (§§ 257 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch -SGB V- und § 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch -SGB VI-). Dies Auszahlung erfolgt im dritten Quartal des Folgejahres.

- V. Sofern das Mitglied die Teilnahme nicht zum Ablauf der Mindestbindungsfrist kündigt, verlängert sich die Teilnahme am Wahltarif um weitere 12 Monate, dies gilt entsprechend für jede weitere Verlängerung der Teilnahme.

Der Wahltarif kann jeweils mit einer Frist von 1 Monat zum Ablauf der Mindestbindungsfrist bzw. des Verlängerungszeitraumes gekündigt werden.

Die Mitgliedschaft bei der Salus BKK kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden, dies gilt auch für die jeweiligen Verlängerungszeiträume. Endet die Mitgliedschaft kraft Gesetz und wird daraufhin die Mitgliedschaft bei der Salus BKK nicht nahtlos fortgesetzt, endet der Wahltarif mit dem Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetz.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII.

In diesem Fall kann der Wahltarif innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

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 Salus BKK. Unabhängig von der Mindestbindungsfrist endet die Teilnahme bei Beitragsfreiheit wegen Erziehungs- oder Elterngeldbezug (§ 224 Abs. 1 SGB V) mit dem Tag vor Beginn der Beitragsfreiheit.

§ 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 Wahltarif Selbstbehalt

- I. Mitglieder, die Kostenerstattung gewählt haben, können für sich und ihre familienversicherten Angehörigen, abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen), jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Salus BKK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt).

Der Selbstbehalt beträgt:

- bei einem Jahreseinkommen ab 12.000 EUR bis zu 23.999 EUR der jährliche Selbstbehalt 175 EUR,
- bei einem Jahreseinkommen von 24.000 EUR bis zu 31.999 EUR der jährliche Selbstbehalt 350 EUR,
- bei einem Jahreseinkommen von 32.000 EUR bis zu 40.499 EUR der jährliche Selbstbehalt 475 EUR,
- bei einem Jahreseinkommen ab 40.500 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 600 EUR.

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

- II.** Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
- die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen, mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V,
 - zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V.
- III.** Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt, erstattet die Salus BKK dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie.

Die Prämie beträgt:

- bei einem jährlichen Selbstbehalt von 175 EUR jährlich 130 EUR
- bei einem jährlichen Selbstbehalt von 350 EUR jährlich 260 EUR
- bei einem jährlichen Selbstbehalt von 475 EUR jährlich 360 EUR
- bei einem jährlichen Selbstbehalt von 600 EUR jährlich 450 EUR

der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge.

Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich im Voraus.

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

- IV.** Die Wahl des Selbstbehalts wirkt von Beginn des auf die Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Abs. I und die Prämienzahlung nach Abs. III anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht.
- V.** Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif anzeigt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 2 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Abs. 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. In diesem Fall kann der Wahltarif innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

Unabhängig von der Mindestbindungsfrist endet die Teilnahme bei:

- Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes gleichzeitig mit deren Ende,
- Beitragsfreiheit wegen Erziehungs- oder Elterngeldbezug (§ 224 Abs. 1 SGB V) mit dem Tag vor Beginn der Beitragsfreiheit.

§ 13j Wahltarif Selbstbehalt für Auszubildende und Studierende

- I.** Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (Auszubildende) und § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V (selbstversicherte Studierende), die das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können jeweils für ein Jahr einen Teil der von der Salus BKK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt) und einen Selbstbehalttarif vereinbaren.
- II.** Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
- die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen, mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V,
 - zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V.

Unberücksichtigt bleibt ferner die Inanspruchnahme von vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Verordnungsfolgen. Bei Inanspruchnahme von vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Leistungen mit Verordnungsfolge, werden pro Arztbesuch pauschal 40 EUR auf den Selbstbehalt angerechnet.

- III. Der Selbstbehalt beträgt 140 EUR jährlich. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt besteht ein Anspruch auf eine Prämie in Höhe von 115 EUR jährlich. Die Zahlung der Prämien erfolgt jährlich im Voraus.

Die Höhe der Prämienzahlung mindert sich um etwaige Kosten von in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen. Stellt die Salus BKK fest, dass im maßgeblichen Zeitraum Kosten angefallen sind, die den Betrag der Prämie überschreiten, hat der Auszubildende/selbstversicherte Studierende den übersteigenden Betrag, begrenzt bis zur Höhe seines Selbstbehaltes, an die Salus BKK zu zahlen. Der Betrag wird spätestens nach Ablauf des Monats fällig, der auf den Monat des Zugangs der Zahlungsaufforderung der Salus BKK folgt.

- IV. Die Wahl des Wahltarifs für Auszubildende/selbstversicherte Studierende wirkt vom Beginn des auf die Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit der Auszubildende/ selbstversicherte Studierende den Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt und die Prämienzahlung nach Abs. III. anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht.

Der Tarif endet automatisch zum Ende des Quartals, in dem die dreijährige Mindestbindungsfrist erfüllt wird.

Ändert sich der Status des Mitgliedes in der Gestalt, dass es nicht mehr um einen Auszubildenden/selbstversicherte Studierende handelt, endet der Tarif automatisch zum Ende des Quartals, in dem das Ausbildungsverhältnis/Studium endet.

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

Studierende, bei denen Beitragsfreiheit nach § 237 Satz 2 SGB V vorliegt, können den Tarif nicht wählen.

Unabhängig von der Mindestbindungsfrist endet die Teilnahme bei:

- Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes gleichzeitig mit deren Ende,
- Beitragsfreiheit wegen Erziehungs- oder Elterngeldbezug (§ 224 Abs. 1 SGB V) mit dem Tag vor Beginn der Beitragsfreiheit.

§ 13k Wahltarif Selbstbehalt Krankenhausbehandlung

- I. Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können jeweils für ein Jahr einen Teil der von der Salus BKK zu tragenden Kosten für die stationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V übernehmen (Selbstbehalt) und einen Selbstbehalttarif vereinbaren.
- II. Der Selbstbehalt beträgt für die stationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V 180 EUR jährlich.

Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt besteht ein Anspruch auf eine Prämie in Höhe von 130 EUR jährlich in Form einer durch die Salus BKK vermittelten und vom Mitglied abzuschließenden privaten Krankenzusatzversicherung. Anbieter und Risikoträger ist der Kooperationspartner. Inhalt, Umfang und Dauer des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den jeweils geltenden Versicherungsbedingungen des Kooperationspartners. Alternativ kann die Prämie in Form der Auszahlung gewährt werden. Die Zahlung der Prämien erfolgt jährlich im Voraus.

Stellt die Salus BKK fest, dass im maßgeblichen Zeitraum Kosten angefallen sind, die den Betrag der Prämie überschreiten, hat das Mitglied den übersteigenden Betrag, begrenzt bis zur Höhe seines Selbstbehaltes, an die Salus BKK zu zahlen. Der Betrag wird spätestens nach Ablauf des Monats fällig, der auf den Monat des Zugangs der Zahlungsaufforderung der Salus BKK folgt.

- III. Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des auf die Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt und die Prämienzahlung nach Absatz II. anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht.
- IV. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif anzeigt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 2 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Abs.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. In diesem Fall kann der Wahltarif innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

Unabhängig von der Mindestbindungs- bzw. Verlängerungsfrist endet die Teilnahme bei:

- Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes gleichzeitig mit deren Ende,
- Beitragsfreiheit wegen Erziehungs- oder Elterngeldbezug (§ 224 Abs. 1 SGB V) mit dem Tag vor Beginn der Beitragsfreiheit.

§ 13l 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.

§13m 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 §13l 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.

§ 13n Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

Die Salus BKK gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20k Absatz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Salus BKK einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.

Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z.B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.

§ 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 Bundesamt für Soziale Sicherung 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 Röll

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

Anlage II zu § 13h der Satzung: Wahltarif Krankengeld

Anlage III zu § 13b der Satzung

Die vorstehende Satzung wurde am 20.06.2002 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 1. Satzungsantrag wurde am 19.12.2002 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

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

Der 3. Satzungsantrag wurde am 29.12.2003 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 4. Satzungsantrag wurde am 05.03.2004 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 5. Satzungsantrag wurde am 08.04.2004 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

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

Der 7. Satzungsantrag wurde am 08.09.2005 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 8. Satzungsantrag wurde am 06.01.2006 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 9. Satzungsantrag wurde am 13.06.2006 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 10. Satzungsantrag wurde am 21.12.2006 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 11. Satzungsantrag wurde am 08.02.2007 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 12. Satzungsantrag wurde am 04.12.2007 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 13. Satzungsantrag wurde am 29.01.2008 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 14. Satzungsantrag wurde am 09.06.2008 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 15. Satzungsantrag wurde am 09.07.2008 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 16. Satzungsantrag wurde am 28.08.2008 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 17. Satzungsantrag wurde am 29.12.2008 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 18. Satzungsantrag wurde am 14.01.2009 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 19. Satzungsantrag wurde am 22.01.2009 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 20. Satzungsantrag wurde am 22.04.2009 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 21. Satzungsantrag wurde am 07.08.2009 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 22. Satzungsantrag wurde am 12.01.2010 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 23. Satzungsantrag wurde am 08.07.2010 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 24. Satzungsantrag wurde am 29.12.2010 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 25. Satzungsantrag wurde am 14.07.2011 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 26. Satzungsantrag wurde am 27.06.2012 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 27. Satzungsantrag wurde am 12.07.2012 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 28. Satzungsantrag wurde am 22.08.2012 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 29. Satzungsantrag wurde am 23.01.2013 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 30. Satzungsantrag wurde am 19.09.2013 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

Der 31. Satzungsantrag wurde am 19.12.2013 vom Bundesversicherungsamt genehmigt

- Der 32. Satzungsantrag wurde am 19.12.2013 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 33. Satzungsantrag wurde am 06.10.2014 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 34. Satzungsantrag wurde am 18.12.2014 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 35. Satzungsantrag wurde am 05.10.2015 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 36. Satzungsantrag wurde am 16.12.2015 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 37. Satzungsantrag wurde am 21.12.2015 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 38. Satzungsantrag wurde am 13.07.2016 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 39. Satzungsantrag wurde am 20.12.2016 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 40. Satzungsantrag wurde am 23.12.2016 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 41. Satzungsantrag wurde am 10.07.2017 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 42. Satzungsantrag wurde am 18.12.2017 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 43. Satzungsantrag wurde am 27.12.2017 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 44. Satzungsantrag wurde am 08.08.2018 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 45. Satzungsantrag wurde am 18.12.2018 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 46. Satzungsantrag wurde am 21.12.2018 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 47. Satzungsantrag wurde am 22.07.2019 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 48. Satzungsantrag wurde am 23.12.2019 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 49. Satzungsantrag wurde am 13.01.2020 vom Bundesversicherungsamt genehmigt
- Der 50. Satzungsantrag wurde am 22.07.2020 vom Bundesamt für Soziale Sicherung genehmigt
- Der 51. Satzungsantrag wurde am 30.12.2020 vom Bundesamt für Soziale Sicherung genehmigt
- Der 52. Satzungsantrag wurde am 06.07.2021 vom Bundesamt für Soziale Sicherung genehmigt
- Der 53. Satzungsantrag wurde am 30.09.2021 vom Bundesamt für Soziale Sicherung genehmigt
- Der 54. Satzungsantrag wurde am 20.01.2022 vom Bundesamt für Soziale Sicherung genehmigt
- Der 56. Satzungsantrag wurde am 17.01.2022 vom Bundesamt für Soziale Sicherung genehmigt
- Der 55. Satzungsantrag wurde am 03.02.2022 vom Bundesamt für Soziale Sicherung genehmigt
- Der 57. Satzungsantrag wurde am 20.12.2022 vom Bundesamt für Soziale Sicherung genehmigt
- Der 58. Satzungsantrag wurde am 06.01.2023 vom Bundesamt für Soziale Sicherung genehmigt
- Der 59. Satzungsantrag wurde am 31.07.2023 vom Bundesamt für Soziale Sicherung genehmigt
- Der 60. Satzungsantrag wurde am 22.12.2023 vom Bundesamt für Soziale Sicherung genehmigt
- Der 61. Satzungsantrag wurde am 23.07.2024 vom Bundesamt für Soziale Sicherung 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.“

(3) Abweichend von der Regelung des Absatzes (2) können bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten des Sozialversicherungsträgers generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 v. H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a des EStG nicht übersteigen.

1.2 Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten erstattet.

1. Kilometergeld

Die Nutzungskosten eines Kraftwagens werden durch eine Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG abgegolten (z. Z. 0,30 EUR/km).

2. Flugkosten

Hin- und Rückflugkarte.

Bei Flügen sollen grundsätzlich die Kosten für die Benutzung der niedrigsten Flugklasse als erforderliche Aufwendungen angesehen werden.

3. Bahnkarten

- a) Fahrscheine bis zur Höhe der Kosten der 1. Klasse
- b) Aufpreise und Zuschläge für Züge
- c) Reservierungsentgelte
- d) Bettkarten oder Liegeplatzzuschläge.

4. Kosten für Fahrten vom und zum Bahnhof bzw. Flugplatz sowie sonstige Kosten

- a) öffentlicher Nahverkehr
- b) Zubringer zum Flugplatz
- c) Taxi
- d) Gepäckkosten - Gepäckaufbewahrung
- e) Post- und Telekommunikationskosten
- f) Parkplatz- und Garagenkosten
- g) sonstige Kosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind.

2. Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge

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

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

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbereitungen einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 68,00 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 Auftrag 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.

IV. Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane mit Familien- oder Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gem. § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleGG) erstattet werden. Die Voraussetzungen für die Erstattung und die Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils gültigen Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen nach § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 BGleGG.

Hinweis:

Zahlungen an die Betreuungsperson sollen aus steuerrechtlichen Gründen grundsätzlich unbar erfolgen. Beantragte Erstattungsleistungen sind grundsätzlich steuerpflichtig (§ 3 Nr. 34a lit. b und § 32 Abs. 1 EStG).

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 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.

Anlage III zu § 13b der Satzung

Katalog der im Rahmen von § 13b der Satzung bezuschussungsfähigen Leistungen und Produkte

Versicherungen:

Im Bereich der privaten Versicherungen sind folgende Versicherungsarten zuschussfähig:

- Private Altersvorsorge,
- Private Berufsunfähigkeitsversicherung,
- Private Krankenzusatzversicherung ambulant und stationär,
- Private Pflegezusatzversicherung,
- Private Unfallversicherung,
- Private Zahnzusatzversicherung

Leistungen:

- Fitness-Tracker

Der Zuschuss wird für die aufgelisteten Versicherungen und Leistungen gewährt. Der Zuschuss ist beschränkt auf die laufenden Kosten, die dem Versicherten in dem jeweiligen Jahr entstanden sind, in welchem die Bonusvoraussetzungen nach § 13a erfüllt werden.