



Satzung

der

Salus BKK

Siemensstraße 5a

63263 Neu-Isenburg

vom 14.05.2002 i. d. F. des 15. Nachtrages

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
- § 8a Bemessung der Beiträge für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige bei sozialen Härten
- § 8b Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge
- § 9 Beitragssätze
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 10a Beitragsvorschuss
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a Primärprävention
- § 12b Schutzimpfungen
- § 12c Leistungsausschluss
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 13a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 13b Modellvorhaben nach §§ 63ff SGB V für strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13c Wahltarif Selbstbehalt
- § 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 13e Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 13f Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 13g Wahltarif integrierte Versorgung
- § 13h Wahltarif Prämienzahlung für freiwillig Versicherte
- § 13i Wahltarif BKK Arzt privat
- § 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 zu § 2 der Satzung:

Bemessung der Entschädigung für Organmitglieder

§ 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 63263 Neu-Isenburg.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf

- die Zentrale der Philipp Holzmann AG in Frankfurt a. M.

die Hauptniederlassungen

- Frankfurt
- Hannover
- Berlin
- Halle
- Düsseldorf

Stuttgart

München sowie

- die diesen Hauptniederlassungen unterstehenden Niederlassungen, Zweigstellen, Baubüros und Baustellen im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland

- die Niederlassung Mitte der Franki-Grundbau GmbH Neuss sowie die dieser unterstehenden Zweigstellen

- die Frankfurter Immobiliengesellschaft mbH mit Sitz in Frankfurt

- die Josef Möbius Bau-Gesellschaft (GmbH & Co.)

- Zweigniederlassung Münster,

- die IBTB Ingenieurgesellschaft für Bautechnik mbH mit Sitz in Berlin

- die Mitarbeiter der Firma Eiring Catering in der Zentrale der Philipp Holzmann AG

- die HSG-HOLZMANN Technischer Service GmbH,

- die GfP Gesellschaft für Projektentwicklung mbH mit Sitz in Frankfurt a. M.

- die Holzmann Bau-Projekt AG mit Sitz in Frankfurt a. M. sowie dieser unterstehenden Zweigstellen,

- die Holzmann Anlagen GmbH mit Sitz in Frankfurt und

- die PH Grundbesitz Verwaltungs-GmbH mit Sitz in Köln sowie die dieser unterstehenden Zweigstellen.

- 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 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. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
 6. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 8. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen.
 9. 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.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI. Zur Erfüllung seiner Aufgabe bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VII. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 GSB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VIII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- IX. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

- X. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint; es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über Änderungen der Beitragssätze (§ 9) sowie die vorstehend in Absatz III genannten Aufgaben ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

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

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die Jahresrechnung nach § 31 SVHV prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Vorstand 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.

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 dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Neu-Isenburg.
- II.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. 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.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. 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.
 6. Der Vorstand oder ein von ihm Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die vom Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i. V. mit § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 12. Halbsatz OwiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
 - 1a. als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 Vorruhestandsgesetz gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des 2. Monats bis zur 12. Woche einer Sperrzeit (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des 2. Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,

5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenzeitlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der 2. Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 01.01.1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraumes zwischen dem 01.01.1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 03.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 01.01.1985 der 01.01.1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdenrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II. Freiwillige Mitglieder

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

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt.
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
5. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

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

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

IV. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhöht die Betriebskrankenkasse ihren Beitragssatz, kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten des der Beitragssatzerhöhung folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
- III. Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV. Absatz I Satz 1, Absatz II und Absatz III gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 13c, § 13h oder § 13i gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen des § 13c Absatz VI, § 13h Absatz V oder § 13i Absatz V gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

- I. Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen - §§ 223, 226, 228 bis 240 SGB V und § 23a SGB IV - der Mitglieder bemessen. Für die Berechnung ist die Woche zu 7, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen.
- II. Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der nach § 6 Abs. 7 SGB V maßgebenden Jahresarbeitsentgeltgrenze zu berücksichtigen. Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit das SGB V nichts abweichendes bestimmt.
- III. Für folgende Gruppen gelten die nachstehenden Sonderregelungen:
 1. Freiwillige Mitglieder
 - a) Die Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder richtet sich nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wird bestimmt durch alle Einnahmen und Geldmittel, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Es sind mindestens die Einnahmen zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Beitragspflichtige Einnahmen sind Arbeitsentgelt (laufendes und einmalig gezahltes), Vorruhestandsgeld, Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen sowie alle übrigen Einnahmen.
Die voraussichtlichen Jahreseinnahmen sind zu zwölfteln.
 - b) Für freiwillige Mitglieder, die neben dem Arbeitsentgelt eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist für die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen der Zahlbetrag der Rente getrennt von den übrigen Einnahmen (vgl. Buchst. a) bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Soweit dies insgesamt zu einer den Höchstbeitrag übersteigenden Beitragsbelastung führen würde, ist statt des entsprechenden Beitrags aus der Rente nur der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers einzuzahlen.

- c) Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Dies gilt nicht für freiwillige Mitglieder, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruches mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder familienversichert waren. Bis zum 31. Dezember 1988 steht die Zeit der Ehe mit einem Mitglied der Mitgliedszeit gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war.
- d) Bei freiwillig versicherten Ehegatten/Lebenspartner ohne eigene Einnahmen ist für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen von den Bruttoeinnahmen des anderen Ehegatten/Lebenspartners auszugehen. Soweit keine Kinder im Sinne von Satz 5 vorhanden sind, gelten als beitragspflichtige Einnahmen der kalendertägliche Teil der Hälfte der Bruttoeinnahmen des Ehegatten/Lebenspartners im Sinne des Satzes 1. Verfügt der freiwillig versicherte Ehegatte/Lebenspartner über eigene Einnahmen, werden diese, mindestens aber die Hälfte der Bruttoeinnahmen des Ehegatten/Lebenspartners im Sinne des Satzes 1 als beitragspflichtige Einnahmen festgesetzt. Ist der Ehegatte/Lebenspartner des freiwilligen Mitgliedes bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert, bleiben dessen Einnahmen unberücksichtigt.

Bei gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kindern ohne eigene Einnahmen, ist von den monatlichen Bruttoeinnahmen des Ehegatten/Lebenspartners für jedes Kind ein Betrag in Höhe von 1/3 der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen.

- e) Sofern dem freiwillig Versicherten Unterhalt von seinem getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Lebenspartner geleistet wird, gelten die Unterhaltsleistungen in tatsächlicher Höhe als beitragspflichtige Einnahmen.
- f) Für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger werden die Beiträge nach der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V) erhoben. Höhere Einnahmen sind von dem Versicherten nachzuweisen und bei der Beitragserhebung zu berücksichtigen.

Für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger können die beitragspflichtigen Einnahmen auch durch Vereinbarung mit dem zuständigen Sozialhilfeträger festgesetzt werden.

Für in Heimen lebende Sozialhilfeempfänger können die beitragspflichtigen Einnahmen durch eine Vereinbarung mit den zuständigen Sozialhilfeträgern festgesetzt werden.

- g) Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V), bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der 40., für freiwillige Mitglieder, die Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder Existenzgründungszuschuss nach § 421 I SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II haben, mindestens der 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Der Existenzgründungszuschuss nach § 421 I SGB III sowie der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses nach § 57 SGB III werden bei der Festsetzung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht berücksichtigt. Veränderungen der Beitragsbemessung auf Grund eines vom Versicherten geführten Nachweises nach Satz 1 können nur zum 1. Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam werden.
- h) Für freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule oder als Studenten an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind oder regelmäßig als Arbeitnehmer ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen), gelten die für versicherungspflichtige Studenten maßgebenden Beitragsbemessungsgrundlagen und der sich daraus ergebende Beitrag entsprechend.

- i) Für freiwillige Mitglieder werden als beitragspflichtige Einnahmen 1/10 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zugrunde gelegt, solange für sie und ihre nach § 5 Absatz IV versicherten Familienangehörigen der Anspruch auf Leistungen während eines Auslandsaufenthalts, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist, oder nach § 16 Absatz 1 Nr. 3 SGB V ruht.
Dies gilt entsprechend, wenn nach § 16 Absatz 1 SGB V der Anspruch auf Leistungen aus einem anderen Grund für länger als drei Kalendermonate ruht, sowie für Versicherte während einer Tätigkeit für eine internationale Organisation im Geltungsbereich des SGB V. Satz 1 gilt auch für freiwillig versicherte entsandte Arbeitnehmer, wenn deren Krankenversicherungsschutz und der ihrer Familienangehörigen während des beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes und vorübergehender Aufenthalte im Inland vom inländischen Arbeitgeber in vollem Umfang über eine private Krankenversicherung sichergestellt ist. Für die Dauer der Beitragseinstufung nach den Sätzen 1 bis 3 bestehen keine Ansprüche auf Leistungen. Die Sätze 3 und 4 gelten auch bei Entsendung in einen EWR- oder Abkommensstaat. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn sich im Inland nach § 5 Absatz IV versicherte Familienangehörige befinden.
- j) Für die Bemessung der Beiträge freiwilliger Mitglieder gelten als beitragspflichtige Einnahmen auch Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 SGB V sowie entsprechende Leistungen von Versicherungsgesellschaften. Als Einnahmen in diesem Sinne gelten sowohl laufende Geldleistungen (Renten) als auch nicht regelmäßig wiederkehrende Leistungen (Kapitalauszahlungen). Für die Beitragsbemessung bei nicht regelmäßig wiederkehrenden Leistungen ist der zu berücksichtigende Einmalbetrag auf die Monate umzulegen/ aufzuteilen, für die dieser gezahlt wird. Für Einmalbeträge, die keinem abgrenzbaren Zeitraum zuzuordnen sind, gilt ein Hundert-zwanzigstel der zu berücksichtigenden Leistung als monatliche beitragspflichtige Einnahme, längstens für die Dauer von 120 Monaten, beginnend mit dem 1. des auf die Auszahlung folgenden Kalendermonats.
- k) Einmalige Leistungen, die im Laufe eines Jahres voraussichtlich bezogen werden und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds bestimmen, werden ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt des Zuflusses monatlich mit einem Zwölftel berücksichtigt.

2. Rentenantragsteller, Schwangere

Für Rentenantragsteller sowie für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 SGB V erhalten bleibt, richtet sich die Bemessung der Beiträge nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Dies gilt auch für Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist.

3. Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V

Für die Bemessung der Beiträge der nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V pflichtversicherten Mitglieder gelten die Absätze I bis III entsprechend. Bei schwankendem Arbeitsentgelt sind die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (einschließlich beitragspflichtiger Einmalzahlungen) zu ermitteln und zu zwölften.

§ 8a Bemessung der Beiträge für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige bei sozialen Härten

- I. Für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, die keinen Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder einen monatlichen Existenzgründungszuschuss nach § 4211 SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II haben und deren beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag den 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße unterschreiten, werden auf Antrag die Beiträge nach den tatsächlichen Einnahmen, mindestens jedoch nach dem 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße, bemessen. Die Beitragsbemessung nach Satz 1 ist ausgeschlossen, wenn
1. die Hälfte der auf den Kalendertag entfallenden beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des § 240 SGB V der Bedarfsgemeinschaft dem 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße entspricht oder diesen übersteigt oder
 2. die Bedarfsgemeinschaft steuerpflichtige Einkünfte aus Kapitalvermögen erzielt oder
 3. die Bedarfsgemeinschaft positive oder negative Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung erzielt oder
 4. das Vermögen des Mitglieds oder seines Partners das Vierfache der monatlichen Bezugsgröße übersteigt oder
 5. das Mitglied im Zusammenhang mit seiner selbständigen Tätigkeit regelmäßig mindestens eine mehr als geringfügig Beschäftigten oder mehrere nur geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer beschäftigt, deren Arbeitsentgelte aus diesen Beschäftigungsverhältnissen zusammen regelmäßig 400 EUR im Monat übersteigen. Soweit das Mitglied Gesellschafter einer Personen- oder Kapitalgesellschaft ist, gelten als Arbeitnehmer auch die Arbeitnehmer dieser Gesellschaft. Als Arbeitnehmer in diesem Sinne gelten auch Personen, die berufliche Kenntnisse, Fertigkeiten oder Erfahrungen im Rahmen beruflicher Bildung erwerben.
- II. Zur Bedarfsgemeinschaft im Sinne des Absatzes I gehören das hauptberuflich selbständig Tätige Mitglied sowie als dessen Partner
1. der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte,
 2. der nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner,
 3. die Person, die mit dem Mitglied in eheähnlicher Gemeinschaft im Sinne des § 7 Absatzes 3 Nr. 3 Buchstabe c und Absatzes 3a SGB II lebt.
- III. Bei der Berücksichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz I Satz 2 Nr. 1 wird für jedes in der Bedarfsgemeinschaft lebende Kind des Mitglieds oder des Partners ein Freibetrag von 484 EUR abgesetzt. Ein Absetzungsbetrag nach Satz 1 ist zu berücksichtigen, wenn für das Kind eine Familienversicherung aus der Versicherung des Mitglieds oder des Partners besteht oder aus der Versicherung des Mitglieds oder des Partners geltend gemacht werden könnte.
- IV. Als Vermögen nach Absatz I Satz 2 Nr. 4 sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände mit ihrem Verkehrswert zu berücksichtigen. Nicht berücksichtigt werden die in § 12 Absatz 3 Satz 1 SGB II genannten Vermögensgegenstände, soweit sie angemessen sind; § 12 Absatz 3 Satz 2 SGB II gilt entsprechend.
- V. Für die Beurteilung der Tatbestände nach Absatz I Satz 2 sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Antragstellung nach Absatz I Satz 1 maßgebend.

§ 8b Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

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

§ 9 Beitragssätze

Der Beitrag wird in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen festgesetzt.

- I. Er beträgt, unter Berücksichtigung der Verminderung gemäß § 241a SGB V, allgemein 13,9 v. H.
- II.
 1. für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, unter Berücksichtigung der Verminderung gemäß § 241a SGB V, auf 15,6 v. H.
 2. für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben, soweit gesetzlich nichts Abweichendes geregelt ist, unter Berücksichtigung der Verminderung gemäß § 241a SGB V, auf 13,3 v. H.
 3. für freiwillige Mitglieder, deren Anspruch auf Krankengeld nach § 14 ausgeschlossen ist, unter Berücksichtigung der Verminderung gemäß § 241a SGB V, auf 13,3 v. H.
- III. Für Mitglieder gilt gemäß § 241 a Abs. 1 SGB V ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9 v. H. Satz 1 gilt nicht für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen (§ 241a Abs. 2 SGB V).

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I. 1. 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.
2. Werden bei Anwendung der Übergangsregelung nach § 119 Absatz 2 SGB IV Beiträge für Januar 2006, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, nicht bis zum Zeitpunkt der Fälligkeit nach § 23 Absatz 1 Satz 2 SGB IV gezahlt, sind sie jeweils in Höhe von einem Sechstel der Beitragsschuld mit den Beiträgen für die Monate Februar bis Juli 2006 fällig.
- II. Sonstige laufende Beiträge werden am 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.
- III. Beiträge zur Krankenversicherung der Studenten sind für das Semester im Voraus zu zahlen. Die Beiträge können abweichend von Satz 1 monatlich gezahlt werden, wenn die Beitragszahlung gesichert ist.
- IV. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).
- V. Die Arbeitgeber haben den Beitragsnachweis für den jeweiligen Abrechnungszeitraum bis zum Fälligkeitstag, bei Teilnahme am Kontenabbuchungsverfahren bis spätestens zwei Arbeitstage vor der Fälligkeit einzureichen.

§ 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

- I. Die Rücklage beträgt 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.
- II. Auf die Entschuldung der Kasse entfällt ein Beitragssatzanteil in Höhe von 0,0 v. H. Der Beitragssatzanteil für die Finanzhilfen im Rahmen der Entschuldung von anderen Betriebskrankenkassen nach § 265a SGB V beträgt 0,0 v. H.

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

II. Häusliche Krankenpflege

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

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

III. Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen und solange Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) nicht vorliegt, auch dann Haushaltshilfe,
 - wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von drei Monaten gewährt.
 - wenn durch ambulante ärztliche Behandlung und Haushaltshilfe Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt wird und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, für die Dauer der sonst notwendigen Krankenhausbehandlung. Maßgebend ist die Feststellung des Medizinischen Dienstes.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den 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. Krankengeld für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz

Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten entsteht der Anspruch auf Krankengeld mit Beginn der 3. Woche der Arbeitsunfähigkeit, wenn die Versicherten gegenüber der Künstlersozialkasse eine entsprechende Erklärung abgegeben und nicht widerrufen haben. Hat der Versicherte Anspruch auf Krankengeld von einem Zeitpunkt an, der vor Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit liegt, hat er an die Künstlersozialkasse zusätzlich den sich auf Grund des § 242 SBB V ergebenden Erhöhungsbetrag zu zahlen.

VI. Hospizbetreuung

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten stationärer und teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht erbracht werden kann.

Der Zuschuss beträgt kalendertäglich 7 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und darf zusammen mit den Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten.

VII. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme (schriftlich) zu informieren. 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 Jahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat schriftlich kündigen.
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 7,5 v.H., mindestens 2,50 EUR und maximal 40,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern anzuwenden ist, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H. je Kostenerstattungsfall, mindestens 3,00 EUR und höchstens 50,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

§ 12a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006“ Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten

Maßnahmen zur Förderung der Herz-Kreislauf-Funktion:

- Präventives Herz-Kreislauf-Training,
- Maßnahmen zur Förderung des Muskel-Skelettsystem,
- Präventives Muskelaufbau-Training,

Ernährung

Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung:

- Kurs zur ausgewogenen Ernährung,
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht,
- Gewichtsreduktions-Kurs,

Stressreduktion/Entspannung

Maßnahmen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten:

- Stressreduktions-Training

Genuss- und Suchtmittelkonsum

Maßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelmissbrauchs:

- Kurs zur Nikotin-Entwöhnung,
- Kurs zur Alkoholreduktion,
- Kurs zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten,
- Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauchs

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebescheinigung ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 80,00 € je Maßnahme, insgesamt maximal aber 160,00 € je Kalenderjahr, gewährt. Für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr wird ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 80,00 € je Maßnahme, insgesamt maximal aber 160,00 € je Kalenderjahr, gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen

- I. Die Salus BKK übernimmt über den Anspruch nach § 20d Abs.1 hinaus für alle Gripeschutzimpfungen die Kosten in Höhe von 100 v. H. .
- II. Die Betriebskrankenkasse übernimmt über den Anspruch nach § 20d Abs.1 hinaus die Kosten für Schutzimpfungen, die im Rahmen von Verträgen zwischen den Landesverbänden der Betriebskrankenkasse und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen wurden, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber).
- III. Für selbst bezahlte ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden von der Betriebskrankenkasse über den Anspruch nach § 20d Abs.1 hinaus 100 v. H. der Kosten erstattet, höchstens in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre.
- IV. unbesetzt.
- V. Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen über den Anspruch nach § 20d Abs.1 hinaus gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.
- VI. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

§ 12c Leistungsausschluss

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- II. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass er von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten der Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs.2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 EUR.

§ 13a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

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

Der Bonus wird in Form von Punkten gutgeschrieben, wenn bis zum 31.03. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen während des Bestehens einer Versicherung bei der Salus BKK erfüllt und durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden.

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

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

Zur Erlangung der Sachprämie oder eines Zuschusses sind:

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

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

Versicherte Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner und mitversicherte Angehörige können erzielte Punkte zusammen legen, um eine höhere Stufe zu erreichen.

III. Bonus für Versicherte vor Vollendung des 15. Lebensjahres

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

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

oder

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

oder

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

Der Nachweis ist durch ärztliche Bestätigung zu erbringen.

Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach 1., 2. oder 3. kann der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter als Bonus eine Sachprämie aus einem definierten Katalog oder eine Geldprämie von 20,00 EUR wählen.

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

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

1. Versicherte nach Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie folgende Voraussetzungen im Kalenderjahr ganz oder teilweise nachweisen:
 - a) Nachweis der Jugenduntersuchung J 1 (für das betreffende Kalenderjahr)
Die Aktivität ist mit 30 Bonuspunkten bewertet
 - b) Nachweis der Krebsvorsorge nach § 25 SGB V
Die Aktivität ist mit 20 Bonuspunkten bewertet
 - c) Gesundheitskurse nach § 20 SGB V
Die Aktivität ist mit jeweils 20 Bonuspunkten bewertet
 - d) Nachweis der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zur Erhaltung des Bonus für Zahnersatz nach § 55 SGB V
Die Aktivität ist mit 20 Bonuspunkten bewertet
 - e) Nachweis des Impfstatus entsprechend den Empfehlungen der STIKO
Die Aktivität ist mit 20 Bonuspunkten bewertet
 - f) Qualitätsgesicherte Sexualberatung zur Vorbeugung von Krankheiten
Die Aktivität ist mit 15 Bonuspunkten bewertet

- g) Nachweis der Normalgewichtigkeit (bei Erwachsenen gilt: BMI 19-24,9 kg/m² - bei Jugendlichen bis 18 Jahren erfolgt die Beurteilung entsprechend der BMI-Perzentilkurven der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter)
Die Aktivität ist mit 15 Bonuspunkten bewertet
- h) Sportabzeichen erworben im betreffenden Kalenderjahr
Die Aktivität ist mit 10 Bonuspunkten bewertet
- i) Schwimmbadabzeichen erworben im betreffenden Kalenderjahr
Die Aktivität ist mit 10 Bonuspunkten bewertet
- j) Aktive Mitgliedschaft im Sportverein
Die Aktivität ist mit 10 Bonuspunkten bewertet
- k) Aktive qualitätsgesicherte Mitgliedschaft im Fitnessstudio
Die Aktivität ist mit 10 Bonuspunkten bewertet

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

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

Die Geldprämie ist wie folgt gestaffelt:

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

Der Bonus ist bis zum 31.03. des Folgejahres zu beantragen. Für danach beantragte Boni besteht kein Rechtsanspruch mehr. Nicht eingelöste Bonuspunkte verfallen.

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

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

§13b Modellvorhaben nach §§ 63 ff SGB V für strukturierte Behandlungsprogramme

Die Salus BKK führt folgende Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen durch:

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs

Inhalt und Ausgestaltung der Modellvorhaben ergeben sich aus dem strukturierten Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in einer Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

Das Modellvorhaben ist bis 30.06.2010 befristet.

§ 13c Wahltarif Selbstbehalt

- I. Mitglieder, die Kostenerstattung für ärztliche und zahnärztliche Behandlung nach § 12 Absatz VII Nr. 1 – 6 gewählt haben, können für sich und ihre familienversicherten Angehörigen abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen. (Selbstbehalt).

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

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

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

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

Für alle anderen Versicherten beträgt :

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

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

bei einem Jahreseinkommen von 32.000 EUR bis zu 40.499 EUR der jährliche Selbstbehalt 475 EUR,

bei einem Jahreseinkommen ab 40.500 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt 600 EUR.

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

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

- Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V und § 20d SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V).

Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

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

Für freiwillig Versicherte die Ihren Beitrag komplett selbst tragen beträgt

die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 250 EUR jährlich 150 EUR

die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 350 EUR jährlich 250 EUR

die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 600 EUR jährlich 500 EUR

Für alle anderen Versicherten beträgt:

die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 175 EUR jährlich 75 EUR

die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 350 EUR jährlich 250 EUR

die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 475 EUR jährlich 375 EUR

die Prämie bei einem jährliche Selbstbehalt von 600 EUR jährlich 500 EUR

der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge.

Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR nicht überschreiten.

Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich im Voraus.

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

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

- V.** Bei der Erstattung der Kosten wird der Selbstbehalt in Abzug gebracht. Im Übrigen gilt das unter § 12 Absatz VII Ziffern 1 bis 6 beschriebene Verfahren.
- VI.** Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nicht wählen. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif anzeigt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 2 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

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

§ 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I.** 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.
- II.** Versicherten, die an den unter I genannten strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V eine Prämienzahlung in Höhe von 40 EUR für jedes teilgenommene Quartal. Der Anspruch besteht für jedes Quartal nur einmal, auch wenn eine Teilnahme an mehreren/verschiedenen Behandlungsprogrammen erfolgt. Die Prämienzahlung erfolgt jeweils nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Teilnahme erfolgt ist.
- III.** Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR nicht überschreiten.

§ 13e Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Medizinischen Versorgungszentren 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 sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung. Die Betriebskrankenkasse stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis zur Verfügung.
- III. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach - Absatz II kann frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

§ 13f Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

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

§ 13g Wahltarif integrierte Versorgung

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

§ 13h Wahltarif Prämienzahlung für freiwillig Versicherte

- I. Freiwillige Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das freiwillige Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erfolgen soll erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.
 - II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
 - Prävention (§§ 20 und 20d SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V).
- Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/12 des im Kalenderjahr an die Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrages der freiwilligen Versicherung, Absatz IV gilt.
 - IV. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das freiwillige Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR nicht überschreiten.
 - V. Freiwillige Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen. Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das freiwillige Mitglied für sich und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif wählt oder gewählt hat.

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

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

§ 13i Wahltarif BKK Arzt privat

- I. Mitglieder, die Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2 SGB V zumindest für den ambulanten Bereich gewählt haben, können für sich und ihre nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung im Rahmen des Tarifs „BKK Arzt privat“ durch schriftliche Erklärung gegenüber der BKK wählen. Sie sind von der BKK vor ihrer Wahl umfassend über die Bedingungen zu beraten.
- II. Die Wahl der Kostenerstattung i. R. des Tarifs „BKK Arzt privat“ ist auf den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung gem. § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V und auf denjenigen Kreis der Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten begrenzt, die ihre Teilnahme am Wahltarif „BKK Arzt privat“ erklärt haben. Eine Liste aller teilnehmenden Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten wird dem Mitglied bei Ausübung seines Wahlrechts ausgehändigt. Die jeweils aktuelle Liste wird auf der Homepage der BKK eingestellt / in den Geschäftsräumen der BKK ausgelegt.
- III. Die BKK übernimmt gegenüber dem Mitglied und dessen mitversicherten Familienangehörigen während der Teilnahme am Tarif „BKK Arzt privat“ die Verpflichtung, die Kosten aus dem Behandlungsvertrag mit den teilnehmenden Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten zu übernehmen. Ausgenommen hiervon sind diejenigen Kosten, die für eine Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb des GKV-Leistungskataloges entstanden sind und wo die im Rahmen des Tarifs vereinbarten GoÄ-Sätze überschritten werden.
Von der Kostenübernahme unberührt bleibt der vom Mitglied und dem Versicherten zu zahlende Eigenanteil sowie die Praxisgebühr.

Der vom Mitglied und dem Versicherten zu zahlende Eigenanteil beläuft sich auf 10 v. H. des Rechnungsbetrages für die Erbringung der ambulanten ärztlichen Behandlung. Er ist der Höhe nach insgesamt (Mitglied inkl. Familienversicherter) begrenzt auf einen jährlichen Betrag von 160,- EUR.

- IV. Soweit das Mitglied bzw. der Versicherte vertragsärztliche Behandlung bei einem Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten in Anspruch nimmt, mit dem keine vertragliche Beziehung gem. Ziffer 2 besteht, verpflichtet sich das Mitglied, diese Leistungen ausschließlich im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V mit seiner BKK abzurechnen. Ziffer 3 Satz 1,3,4 und 5 gelten insoweit nicht.
Hinsichtlich der weiteren Präventions- und Krankenbehandlungsleistungen gilt insoweit das Sachleistungsprinzip uneingeschränkt, es sei denn, das Mitglied bzw. der Versicherte haben auch für diese Leistungsbereiche Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt.
- V. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nicht wählen. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 2 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 2 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats. Für die Dauer der Tarifteilnahme kann die Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V nicht gekündigt werden.

§ 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 Ost 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 Ost weitergeleitet (§ 8 II AAG).
- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i. S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Ost die Satzungshoheit übertragen (§ 9 V AAG). Insbesondere wird der BKK-Landesverband Ost ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

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

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

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

Artikel II

Inkrafttreten

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

Neu-Isenburg, 14.05.2002

Die alternierenden Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

Hammerschmidt

Röll

Die vorstehende Satzung wurde am 20.06.2002 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 1. Satzungsnachtrag wurde am 19.12.2002 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

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

Der 3. Satzungsnachtrag wurde am 29.12.2003 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 4. Satzungsnachtrag wurde am 05.03.2004 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 5. Satzungsnachtrag wurde am 08.04.2004 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

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

Der 7. Satzungsnachtrag wurde am 08.09.2005 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 8. Satzungsnachtrag wurde am 06.01.2006 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 9. Satzungsnachtrag wurde am 13.06.2006 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 10. Satzungsnachtrag wurde am 21.12.2006 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 11. Satzungsnachtrag wurde am 08.02.2007 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 12. Satzungsnachtrag wurde am 04.12.2007 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 13. Satzungsnachtrag wurde am 29.01.2008 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 14. Satzungsnachtrag wurde am 09.06.2008 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.

Der 15. Satzungsnachtrag wurde am 09.07.2008 vom Bundesversicherungsamt genehmigt.