

**Satzungsnachtrag Nr.28  
zur Satzung vom 14.05.2002**

**A.**

**§ 13a (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten) Absatz II Satz 2 wird geändert; er erhält folgende Fassung:**

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

**B.**

**§ 13a (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten) wird um einen Absatz V ergänzt. Dieser erhält folgende Fassung:**

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

**C.**

**Es wird ein neuer § 13 b (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten Variante II) eingefügt. In der Fortfolge verschieben sich die bisherigen § 13 b bis § 13 i entsprechend. § 13 b erhält folgende neue Fassung:**

- I. Mitglieder haben einen Anspruch auf einen Bonus, wenn sie und alle mitversicherten Angehörigen sich gesundheitsbewusst verhalten, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Voraussetzungen im Aktionszeitraum vollständig nachweisen:**
- 1. Die Versicherten nehmen ab den 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.**
  - 2. Die Versicherten nehmen jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.**
  - 3. Mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres vollständig in Anspruch.**
  - 4. Die Versicherten weisen einen von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlenen Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus und Polio nach.**
  - 5. Die Versicherten, ab der Vollendung des 18. Lebensjahres, nehmen einmal jährlich die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.  
Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung einmal je Kalenderhalbjahr in Anspruch zu nehmen.**

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

- II. Der Bonus wird dem Mitglied nach Erfüllen der Voraussetzungen nach Abs. I ausbezahlt, wenn bis zum 30.06. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen erfüllt und durch Vorlage der BKK-Bonus-Karte vollständig nachgewiesen wurden.**

Das Mitglied hat die Wahl zwischen zwei Bonusvarianten. Eine Kumulation beider Varianten in einem Kalenderjahr ist nicht möglich

Bonusvariante 1:

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

Bonusvariante 2:

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

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

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

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

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

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

**D.**

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

**Der bisherige § 13b (Modellvorhaben nach §§ 63ff SGB V für strukturierte Behandlungsprogramme) wird zu § 13c**

E.

### § 13c (Wahltarif Selbstbehalt)

Der bisherige § 13c (Wahltarif Selbstbehalt) wird zu § 13d und erhält folgende neue Fassung:

### § 13d Wahltarif Selbstbehalt

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

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

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

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

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

Für alle anderen Versicherten beträgt:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Für freiwillig Versicherte die Ihren Beitrag komplett selbst tragen beträgt

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

Für alle anderen Versicherten beträgt:

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

der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge.

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

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

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

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

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

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

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

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

**F.  
§ 13d (Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme)**

**Der bisherige § 13d (Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme) wird zu § 13e**

**G.  
§ 13e (Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung)**

**Der bisherige § 13e (Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung) wird zu § 13f**

**H.  
§ 13f (Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung)**

**Der bisherige § 13f (Wahltarif ambulante ärztliche Versorgung ) wird zu § 13g**

**I.  
§ 13g (Wahltarif integrierte Versorgung)**

**Der bisherige § 13g (Wahltarif integrierte Versorgung ) wird zu § 13h**

**J.  
§ 13h (Wahltarif Prämienzahlung für freiwillig Versicherte)**

**Der bisherige § 13h (Wahltarif Prämienzahlung für freiwillig Versicherte) wird zu § 13i**

**K.  
§ 13i (Wahltarif Krankengeld)**

**Der bisherige § 13i (Wahltarif Krankengeld) wird zu § 13j**

**Inkrafttreten:**

Die Regelung E. tritt rückwirkend zum 01.01.2012 in Kraft. Alle anderen Regelungen treten entsprechend § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB IV am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft.

Der vorstehende Satzungsnachtrag Nummer 28 wurde vom Verwaltungsrat der Salus BKK am 03.07.2012 beschlossen und vom Bundesversicherungsamt am 22.08.2012 genehmigt

Albrecht Ehlers  
Alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates