

Satzungsnachtrag Nr.12
zur Satzung vom 14.05.2002

A. § 5 Kreis der versicherten Personen

Abs. I und Abs. II erhalten folgende neue Fassung

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 Beziehher 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 zwischenstaatlichen 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 1.1.1983 auf genommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1.1.1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozial versicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1.1.1985 der 1.1.1992 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 Fremdrentengesetzes 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.

B. § 6 Kündigung der Mitgliedschaft

erhält folgende neue Fassung

- 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 § 13 c gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen des § 13 c Absatz VII gekündigt werden.

C. § 8 Bemessung der Beiträge

a) Absatz. III Nr. 1 Buchstaben g, h und i erhalten folgende neue Fassung

- 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.

b) In Absatz. III wird eine neue Nummer 3 eingefügt

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.

D. § 8a Beitragsrückzahlung

Die bisherige Regelung entfällt ersatzlos und erhält folgende neue Fassung

§ 8 a 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 § 421I 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 Buchst. 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.

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

wird in der nachfolgenden Fassung neu eingefügt

- 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 Absatz 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, dass 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.

F. § 10 Fälligkeit der Beiträge
Erhält folgende neue Fassung

- 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.

**G. § 11 Höhe der Rücklage; Entschuldung
Wird um einen Absatz II ergänzt**

- II. Auf die Entschuldung der Kasse entfällt ein Beitragssatzanteil in Höhe von 0,0 v. H. Der Beitrags
satzanteil für die Finanzhilfen im Rahmen der Entschuldung von anderen Betriebskrankenkassen nach § 265a SGB V beträgt 0,037 v. H.

**H. § 12 Leistungen
Absatz VII Kostenerstattung erhält folgende neue Fassung**

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.

I. § 12 Leistungen Absatz VIII Selbstbehalt

Die Regelung wird ersatzlos gestrichen

**J. § 12 a Primärprävention
Erhält folgende neue Fassung**

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 76,00 € je Maßnahme, insgesamt maximal aber 152,00 € 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 76,00 € je Maßnahme, insgesamt maximal aber 152,00 € je Kalenderjahr, gewährt.

K. § 12 b Schutzimpfungen
Erhält folgende neue Fassung

- I. Die Kosten für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder gemäß § 20 Absatz 3 Infektionsschutzgesetz empfohlen werden, übernimmt die Betriebskrankenkasse, sofern die Schutzimpfungen nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden oder nicht in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.
- II. Die Betriebskrankenkasse übernimmt 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 nach Absatz I und II werden von der Betriebskrankenkasse 100 v.H. der Kosten erstattet, höchstens in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre.
- IV. Die Kosten der Gripeschutzimpfung werden übernommen. Für selbst bezahlte Gripeschutzimpfungen werden von der Salus BKK 100 v. H. der Kosten erstattet, höchstens jedoch in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre.
- V. Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die Regelung gilt dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20d SGB V besteht.

L. § 12 c Leistungsausschluss

wird in der nachfolgenden Fassung neu eingefügt

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

M. § 13 a Absatz IV Bonus für Versicherte bei Teilnahme an einem strukturierten

Die Regelung wird ersatzlos gestrichen

N. Der bisherige § 13 a Absatz V Bonus für Versicherte nach Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres wird § 13 a Absatz IV

**O. § 13c Wahltarif Selbstbehalt
wird in der nachfolgenden Fassung neu eingefügt**

- 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)

Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, 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.

**P. 13d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
wird in der nachfolgenden Fassung neu eingefügt**

- 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.

Q. 13e Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung wird in der nachfolgenden Fassung neu eingefügt

- I. 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. 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.
- IV. Versicherten, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach Absatz I teilnehmen ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Absatz 4 SGB V vorgesehene Zuzahlung bis zu einer Höhe von insgesamt höchstens 30 EUR im Jahr. In jedem Kalenderjahr ist eine Zuzahlung von 10 EUR zu leisten. Voraussetzung ist, dass die Zuzahlungen aufgrund der Inanspruchnahme des nach Absatz I gewählten Hausarztes geleistet worden sind.

R. 13f Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung wird in der nachfolgenden Fassung neu eingefügt

- 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.

**S. § 13g Wahltarif integrierte Versorgung
wird in der nachfolgenden Fassung neu eingefügt**

- 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.

Inkrafttreten:

Die vorstehenden Änderungen treten wie folgt in Kraft:

Die Regelungen unter A., F.,G.,J., K., entsprechend § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB IV am Tage nach ihrer Bekanntmachung,
die Regelungen unter B., C.,D.,E., H.,I., L.,M.,N.,O.,P.,Q.,R. und S. zum 01.04.2007

Der vorstehende Satzungsnachtrag Nr. 12 wurde vom Verwaltungsrat der Salus BKK am 10.07.2007 beschlossen und vom BVA am 04.12.2007 genehmigt.

Willi Röhl
Alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates