

Satzungsnachtrag Nr.13
zur Satzung vom 14.05.2002

A.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

Absatz IV erhält folgende neue Fassung

- 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.

B.

§ 11 Höhe der Rücklage; Entschuldung

Absatz II erhält folgende neue Fassung:

- 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.

C.

§ 12 Leistungen

Absatz VI erhält folgende neue Fassung

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.

D.

§ 12 b Schutzimpfungen

Erhält folgende neue Fassung

- I. unbesetzt
- II. Für selbst bezahlte ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden von der Betriebskrankenkasse 100 v. H. der Kosten erstattet, höchstens in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre.
- III. 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 Abs.1 SGB V besteht.

E.

§ 13c Wahltarif Selbstbehalt

Absatz II erhält folgende neue Fassung

- 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)
 - 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.

F.

§ 13e Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

Erhält folgende neue Fassung

- 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, den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. 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 darf 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.

G.

§ 13h Wahltarif Prämienzahlung für freiwillig Versicherte wird in der nachfolgenden Fassung neu eingeführt

- 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.

H.

§ 13i Wahltarif BKK Arzt Privat

wird in der nachfolgenden Fassung neu eingeführt

- 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,- €.
- 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.

Inkrafttreten:

Die vorstehenden Änderungen treten wie folgt in Kraft:

Die Regelungen unter A.,C.,D.,E.,F.,H. entsprechend § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB IV am Tage nach ihrer Bekanntmachung,

die Regelungen unter B.und G. zum 01.01.2008

Der vorstehende Satzungsnachtrag Nr. 13 wurde vom Verwaltungsrat der Salus BKK am 11.12.2007 beschlossen und am 29.01.2008 vom BVA genehmigt.