

# Satzung

(in der Fassung des 85. Nachtrages)

**Stand 01.01.2018**

---

## Inhaltsverzeichnis

---

Seite

### A Verfassung

§ 1	Name, Rechtsstellung, Sitz und Geschäftsgebiet .....	3
§ 2	Organe .....	3
§ 3	Verwaltungsrat .....	3 - 4
§ 4	Vorstand .....	4 - 5
§ 5	Ehrenamtliche Berater .....	5
§ 6	Vertretung der Kasse .....	5
§ 7	Widerspruchsausschuss .....	5
§ 8	Entschädigung der Organmitglieder .....	5
§ 9	Gliederung .....	5
§ 10	Änderung der Satzung .....	6

### B Mitgliedschaft

§ 11	Mitgliederkreis .....	6
§ 12	Beginn der Mitgliedschaft .....	6
§ 13	Ende der Mitgliedschaft .....	6

### C Beiträge

§ 14	Aufbringung der Mittel .....	7
§ 15	Beitragssätze .....	7
§ 15a	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz .....	7
§ 16	Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder .....	7 - 8
§ 17	Fälligkeit und Zahlung der Beiträge .....	8

### D Leistungen

§ 18	Anspruchsgrundlagen .....	9 - 10
§ 19	Prävention .....	10
§ 20	Vorsorge- und Rehabilitationskuren .....	11
§ 21	Wahltarife für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 des Fünften Buches Gesetzbuch (SGB V) .....	11 - 13
§ 22	Haushaltshilfe .....	14
§ 23	Häusliche Krankenpflege .....	14
§ 24	Zusätzliche Leistungen .....	14 - 17
§ 25 a	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten .....	17 - 20
§ 25 b	Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung .....	20
§ 25 c	Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen .....	21
§ 26	Prämienzahlung nach § 53 Abs. 1 (SGB V) bei Kostenbeteiligung (Selbstbehalt) .....	21
§ 27	Prämienzahlung nach § 53 Abs. 2 (SGB V) bei Leistungsfreiheit .....	22
§ 27 a	Prämienauszahlung nach § 53 Abs. 2 (SGB V) bei Leistungsfreiheit .....	22 - 23
§ 28	Wahltarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen .....	23 - 25

---

## Inhaltsverzeichnis

---

**Seite**

**E Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage**

§ 29	Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung .....	25
§ 30	Rücklage.....	25

**F Übergangsvorschriften, Bekanntmachungen, Inkrafttreten**

§ 31	Bekanntmachungen .....	25
§ 32	Inkrafttreten.....	25

**G Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber**

§ 33	Ausgleichsverfahren.....	26
------	--------------------------	----

### § 1

#### **Name, Rechtsstellung, Sitz und Geschäftsgebiet**

1 - Die im Jahre 1826 gegründete Kasse führt den Namen HEK - Hanseatische Krankenkasse. Die HEK ist Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (Ersatzkasse). Sie ist eine rechtsfähige, bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

2 - Sitz der HEK ist Hamburg.

3 - Das Geschäftsgebiet der HEK umfasst das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

### § 2

#### **Organe**

1 - Selbstverwaltungsorgan der HEK ist der Verwaltungsrat.

2 - Verwaltungsorgan ist der hauptamtliche Vorstand.

3 - Wahl, Amtsdauer, Mitgliedschaft, Vorsitz, Geschäftsordnung, Haftung, Stellvertretung, Ergänzung sowie Rechte und Pflichten richten sich nach den Vorschriften des Vierten (SGB IV) und Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

### § 3

#### **Verwaltungsrat**

1 - Der Verwaltungsrat besteht aus 15 Mitgliedern.

2 - Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der HEK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die HEK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

3 - Der Verwaltungsrat trifft alle Entscheidungen, die für die HEK von grundsätzlicher Bedeutung sind. Zu seinen Vorstellungen über die Führung und Verwaltung der Kasse kann der Verwaltungsrat für den Vorstand Leitlinien erlassen. Zur Erledigung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Ihm obliegt insbesondere:

- a) die Wahl seines/seiner Vorsitzenden und seines/seiner stellvertretenden Vorsitzenden,
- b) die Beschlussfassung über seine Geschäftsordnung und die der Ausschüsse nach § 3 Abs. 3 Buchstabe I der Satzung,
- c) die Wahl des Vorstandes und Beauftragung eines leitenden Beschäftigten der HEK mit seiner Stellvertretung,
- d) die Überwachung des Vorstandes,
- e) die Feststellung des Haushaltsplanes,
- f) die Beauftragung eines sachverständigen Prüfers gemäß § 31 SVHV, die Entgegennahme der Jahresrechnung sowie die Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung,
- g) die Beschlussfassung über die Einrichtung und Zusammensetzung des Widerspruchsausschusses nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches und des Sozialgerichtsgesetzes,
- h) die Bestimmung der Einspruchsstelle nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches und des Ordnungswidrigkeitengesetzes,

- i) die Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,
- j) die Beschlussfassung über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen,
- k) die Beschlussfassung über die Amtsentbindung oder Amtsenthebung von Mitgliedern des Verwaltungsrates und deren Stellvertreter/innen und des Vorstandes sowie über die Ergänzung des Verwaltungsrates,
- l) die Bildung von Ausschüssen zur Erfüllung seiner Aufgaben,
- m) die Bestimmung der Vertreter/innen der HEK in der Mitgliederversammlung und im Gesamtvorstand des Verbandes Ersatzkassen e.V. (VdeK).

4 - Einladung, Beratung und Beschlussfassung richten sich nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches und der Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

5 - Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen bei

- a) Angleichung von Bestimmungen der Satzung an geänderte Gesetze oder höchstrichterliche Rechtsprechung,
- b) Änderung von Bestimmungen der Satzung aufgrund von Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,
- c) Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund seines Beschlusses im schriftlichen Umlaufverfahren abschließend erledigt werden sollen,
- d) Angelegenheiten, in denen in einer seiner Sitzungen bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist.

Widersprechen mindestens 5 Mitglieder einer schriftlichen Abstimmung, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

## § 4

### **Vorstand**

1 - Der Vorstand besteht aus einer Person. Er wird vom Verwaltungsrat gewählt. Der Vorstand wird im Falle der Verhinderung durch einen vom Verwaltungsrat beauftragten leitenden Beschäftigten der Kasse vertreten.

2 - Der Vorstand verwaltet die HEK und vertritt diese gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Dem Vorstand obliegt insbesondere:

- a) die Aufstellung des Haushaltsplanes und Vorlage im Verwaltungsrat,
- b) die Aufstellung der Jahresrechnung nach vorheriger Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung durch einen sachverständigen Prüfer und Vorlage in den Verwaltungsrat,
- c) die Feststellung und der Einzug der Beiträge,
- d) die Entscheidung über Leistungen,
- e) die Anlegung und Verwaltung von Vermögen, soweit nicht der Verwaltungsrat nach § 3 Abs. 3 Buchstabe i) zuständig ist,
- f) die Anstellung, Einstufung und Kündigung von Angestellten sowie den Abschluss von Tarifverträgen,
- g) die Entscheidung über die Mitgliedschaft in anderen Organisationen,
- h) der Abschluss von Verträgen.

3 - Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat insbesondere über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung sowie finanzielle Situation und deren voraussichtlicher Entwicklung zu berichten.

Außerdem ist dem/der Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

## **§ 5**

### **Ehrenamtliche Berater**

Zur Herstellung einer möglichst engen Verbindung zwischen den Versicherten und der HEK können ehrenamtliche Berater für die Kasse tätig werden, die sich durch Vereinbarung für die Aufgabe zur Verfügung stellen.

## **§ 6**

### **Vertretung der Kasse**

1 - Der Verwaltungsrat vertritt die HEK gegenüber dem Vorstand. Das Vertretungsrecht wird gemeinsam durch den/die Vorsitzende(n) und den/die stellvertretende(n) Vorsitzende(n) des Verwaltungsrates ausgeübt.

2 - Der Vorstand vertritt die HEK gerichtlich und außergerichtlich soweit Gesetz oder sonstiges für die HEK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Im Verhinderungsfall tritt an die Stelle des Vorstandes der vom Verwaltungsrat mit der Stellvertretung des Vorstandes beauftragte leitende Beschäftigte der Kasse.

## **§ 7**

### **Widerspruchsausschuss**

1 - Der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen.

2 - Der Widerspruchsausschuss besteht aus vier Mitgliedern. Der Verwaltungsrat bestellt für die Mitglieder des Widerspruchsausschusses in ausreichender Zahl stellvertretende Mitglieder. Bedienstete der HEK können unter den Voraussetzungen des § 36 a Abs. 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) zu Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern des Widerspruchsausschusses bestellt werden. Die Bestellung der Mitglieder, ihrer Stellvertreter sowie die Wahl des/der Vorsitzenden und des/der stellvertretenden Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses sowie die Beschlussfassung über die Geschäftsordnung erfolgt durch den Verwaltungsrat.

3 - Für Amtsdauer und Amtsentbindung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses sind die §§ 58 und 59 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) entsprechend anzuwenden.

4 - Sitz des Widerspruchsausschusses ist Hamburg.

## **§ 8**

### **Entschädigung der Organmitglieder**

1 - Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine Entschädigung nach Maßgabe des § 41 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV).

2 - Der Verwaltungsrat beschließt die festen Sätze für die Erstattung barer Auslagen und die Pauschbeträge für Zeitaufwand nach § 41 Abs. 1 und 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV).

3 - Die Entschädigung legt der Verwaltungsrat in einer Entschädigungsregelung fest, die als Anlage Bestandteil dieser Satzung ist.

## **§ 9**

### **Gliederung**

Die HEK ist bundesweit organisiert. Sie gliedert sich unterhalb des Vorstandes in Abteilungen am Sitz der Kasse sowie Kundenzentren und Servicestellen.

## **§ 10**

### **Änderung der Satzung**

- 1 - Änderungen der Satzung - ausgenommen Teil A - werden vom Verwaltungsrat mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen beschlossen.
- 2 - Änderungen, die den Teil A - Verfassung - betreffen, bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder des Verwaltungsrates.
- 3 - Änderungen der Satzung haben Wirkung auch für bestehende Versicherungsverhältnisse. Das gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle, soweit damit keine Leistungsminderung verbunden ist.

---

## **B Mitgliedschaft**

---

## **§ 11**

### **Mitgliederkreis**

- 1 - Mitglied der HEK können Pflichtversicherte (§ 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V), Beitrittsberechtigte und freiwillige Mitglieder (§ 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V) der gesetzlichen Krankenversicherung werden, die ihr Wahlrecht nach §§ 173 ff des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gegenüber der HEK ausüben.
- 2 - Mitglieder der HEK sind sonstige Versicherungspflichtige nach Maßgabe der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.
- 3 - Beitrittsberechtigte schwerbehinderte Menschen (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V) können ihr Beitrittsrecht zur HEK nur bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres ausüben.

## **§ 12**

### **Beginn der Mitgliedschaft**

- 1 - Der Beginn der Mitgliedschaft richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften (§§ 186 – 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V).
- 2 - Im Falle eines Kassenwechsels freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung beginnt die Mitgliedschaft bei der HEK mit der Rechtswirksamkeit der Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse.
- 3 - Die HEK erhebt und erfasst die zur Durchführung der Versicherung erforderlichen Daten entsprechend den gesetzlichen Vorschriften (§ 28 o des Vierten Buches Sozialgesetzbuches - SGB IV, § 206 des Fünften Buches Sozialgesetzbuches - SGB V).

## **§ 13**

### **Ende der Mitgliedschaft**

- 1 - Das Ende der Mitgliedschaft richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften (§§ 190 – 191 des Fünften Buches Sozialgesetzbuches - SGB V).
- 2 - Erklärt ein freiwilliges Mitglied seinen Austritt, weil die Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind, wird auf die Einhaltung der gesetzlichen Kündigungsfrist (§ 175 Abs. 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V) verzichtet.

---

## C Beiträge

---

### § 14

#### **Aufbringung der Mittel**

1 - Die Mittel zur Erfüllung der Aufgaben der HEK werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht (§ 220 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V -).

### § 15

#### **Beitragssätze**

1 – Die Beiträge werden nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches und den Rechtsverordnungen erhoben (§ 241 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V-).

2 - Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, oder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erklärt haben, dass ihre Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll, gilt der nach § 241 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) durch Rechtsverordnung festgesetzte Beitragssatz.

3 - a) Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben,

3 - b) für Schwangere, deren versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst oder die unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden sind,

3 - c) für Rentenantragsteller und solche 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,

gilt der durch Rechtsverordnung festgesetzte ermäßigte Beitragssatz nach § 243 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

4 - Das Nähere zur Beitragsbemessung regeln die durch den Spitzenverband Bund herausgegebenen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder.

### § 15a

#### **Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz**

1 – Die HEK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,0 v. H. monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes.

### § 16

#### **Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder**

##### *I. Abschnitt: Beitragspflichtige Einnahmen*

1 - Für freiwillige Mitglieder gelten für die Beitragsbemessung und Beitragsberechnung die Vorschriften des Sozialgesetzbuches und die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund zur Bemessung der Beiträge freiwillig Versicherter ab 01.01.2009.

##### *II. Abschnitt: Tarife*

2 - Die freiwilligen Mitglieder werden folgenden Tarifen zugeordnet:

- Tarif 602: Mitglieder, soweit sie nicht einem anderen Tarif zuzuordnen sind.



- Tarif 606: Versicherungsfreie Beschäftigte nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).
- Tarif 609: „Anwartschaftsversicherte“ gemäß § 240 Abs. 4a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).
- Tarif 614: Nicht schulpflichtige Kinder und Schüler allgemeinbildender Schulen.
- Tarif 620: Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule, an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschriebene Studenten sowie Wandergesellen nach § 240 Abs. 4 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).
- Tarif 660: Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ohne Anspruch auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).
- Tarif 661: Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige ohne Anspruch auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die Anspruch auf einen Zuschuss nach §§ 57 und 421 I des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III) haben.
- Tarif 706: Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erklärt haben, dass ihre Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll.
- Tarif 707: Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erklärt haben, dass ihre Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll und die einen Anspruch auf einen Zuschuss nach §§ 57 und 421 I des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III) haben.
- Tarif 740: Bezieher von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen.

## **§ 17**

### **Fälligkeit und Zahlung der Beiträge**

1 - Für die Zahlung der Beiträge gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches.

2 - Der Beitrag ist monatlich zu zahlen. Er ist spätestens am 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den der Beitrag gilt. Abweichend hiervon bestimmt sich die Fälligkeit für Beiträge aus Arbeitsentgelt nach § 23 Absatz 1 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV).

3 - Versicherungspflichtige Studenten haben vor der Einschreibung oder Rückmeldung an der Hochschule die Beiträge für das Semester im Voraus zu zahlen. Abweichend davon können die Beiträge auf Antrag des Mitgliedes auch monatlich gezahlt werden, wenn der Beitragseingang sichergestellt ist.

4 - Zahlungspflichtige, die ihre Beiträge nicht bis zum Fälligkeitstag entrichtet haben, sind im Verzug und werden gemahnt. Eine Mahngebühr kann nach dem Verwaltungsvollstreckungsgesetz erhoben werden.

---

## D Leistungen

---

### § 18

#### Anspruchsgrundlagen

1 - Die Versicherten haben nach den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieser Satzung Anspruch auf Leistungen.

1. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung,
2. zur Früherkennung von Krankheiten,
3. zur Behandlung einer Krankheit,
4. bei Schwangerschaft und Mutterschaft
5. sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch,
6. zur medizinischen Rehabilitation
7. sowie zur Ausführung eines Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 – 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX).

2 - Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die HEK vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Die Wahl kann durch den Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden. Nicht im Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Kasse 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. Die Wahl der Kostenerstattung gilt ab dem Zeitpunkt der Kenntnisnahme der HEK für mindestens 3 Kalendermonate. Erstattet wird höchstens die Vergütung, die die HEK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Der Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 vom Hundert, höchstens 25 Euro sowie um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und gesetzlich festgelegte sowie vertraglich vereinbarte Rabatte von Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen gekürzt. Die Erstattung erfolgt regelhaft nach einem vereinfachenden Verfahren in Höhe von 25 vom Hundert der ausgewiesenen privatärztlichen Rechnungslegung; auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages. Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen bzw. Verordnungen einzureichen, aus denen die Diagnose und/oder der Befund bzw. der Behandlungsanlass hervorgeht.

3 – Versicherte können anstelle der Sach- und Dienstleistung auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen. 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. Krankenhausleistungen nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) können nur nach vorheriger Zustimmung der Kasse 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 der Kasse im Inland erlangt werden kann. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn Behandlungen für den Personenkreis im anderen Staat auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten sind oder aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung unterliegen. Der Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 6,5 vom Hundert, mindestens jedoch 3 EUR und höchstens 30 EUR sowie um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und gesetzlich festgelegte sowie vertraglich vereinbarte Rabatte von Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen gekürzt. Absatz 2 Satz 7 und 10 gilt entsprechend.

4 - Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die HEK sie an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern.

5 – Auf Leistungen besteht nach § 52a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Zwecks Prüfung des eventuell wirksam werdenden Leistungsausschlusses kann die Kasse eine Untersuchung des Versicherten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung verlangen.

6 – Wählt ein Versicherter abweichend vom Abgabevorrang für Arzneimittel, für die die HEK eine Rabattvereinbarung nach § 130a Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat, ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel, das mit dem verordneten Arzneimittel in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, hat er die entstehenden Mehrkosten zu tragen. Die Mehrkosten werden bei der Erstattung pauschaliert berücksichtigt. Neben der gesetzlichen Zuzahlung werden vom Erstattungsbetrag 20 v.H. als Abschlag für entgangene Vertragsrabatte sowie 15 v.H. als Abschlag für höhere Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels abgezogen.

## **§ 19 Prävention**

1 - Die Kasse übernimmt ausgewählte Leistungen zur primären Prävention auf der Basis des vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfadens „Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 21. Juni 2000“ in der jeweils gültigen Fassung. Ziel von Maßnahmen der primären Prävention ist es, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten.

2 - Leistungen mit folgenden Präventionsprinzipien werden hiervon erfasst:

- a) Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- b) Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
- c) Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- d) Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- e) Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (Multimodales Stressmanagement)
- f) Förderung von Entspannung (Palliativ-regeneratives Stressmanagement)
- g) Förderung des Nichtrauchens
- h) Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums.

3 - Die Kasse gewährt die Leistungen nach Absatz 2 grundsätzlich als Sachleistung. Sofern ein Angebot als Sachleistung nicht zur Verfügung gestellt werden kann oder Grund besteht, davon abzusehen, können den Versicherten die Kosten für Maßnahmen nach Absatz 2 anderer Leistungserbringer erstattet werden.

4 - Der Zuschuss wird höchstens für zwei Angebote beziehungsweise Kurse pro Kalenderjahr gezahlt. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die wegen besonderer beruflicher oder familiärer Belastung wohnortfern erbracht werden, wird zusätzlich ein täglicher Zuschuss entsprechend § 20 Satz 3 gezahlt.

5 – Versicherte haben zur Verhütung von Krankheiten Anspruch auf Zuschüsse zu den Kosten für Schutzimpfungen, soweit eine Leistungspflicht nicht bereits nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht und kein anderer Kostenträger zuständig ist. Die Kosten für Impfstoffe werden in voller Höhe übernommen, Kosten für die ärztliche Behandlung bis zu der Höhe, die die HEK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Gleiches gilt für Schutzimpfungen zur Verhütung von übertragbaren Krankheiten während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlen werden, sowie für die Impfung gegen die Japanische Enzephalitis.

## § 20

### Vorsorge- und Rehabilitationskuren

Erbringt die HEK aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, werden die Kosten dieser Leistungen übernommen. Die HEK zahlt zu den übrigen Kosten dieser Vorsorgeleistung einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 100 EUR, sofern die Maßnahme mindestens 14 Tage umfasst. Erfüllt die Maßnahme die Voraussetzungen einer „Kompaktkur“, beträgt der Zuschuss 16 EUR täglich. Der Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt 25 EUR täglich.

## § 21

### Wahltarife für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Es gelten die maßgeblichen Vorschriften der Sozialgesetzbücher (SGB), soweit nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

#### I. Grundanspruch und Beginn des Krankengeldes

1 – Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige sowie Beschäftigte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts haben (u. a. sog. unständig Beschäftigte), können einen Tarif mit Anspruch auf Krankengeld wählen. Der Anspruch auf Krankengeld beginnt ab dem 22. Tag nach vertragsärztlicher Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ist begrenzt bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Tarif kann nur zusätzlich zum gesetzlichen Krankengeld nach § 21 gewählt werden.

2 – Mitglieder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) können einen Tarif mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 15. Tag nach vertragsärztlicher Feststellung der Arbeitsunfähigkeit wählen. Der Krankengeldanspruch nach den Regelungen dieses Tarifs ist begrenzt bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

3 - Mitgliedern, die einen Tarif wählen, wird ein Krankengeld nur für Erkrankungen gezahlt, die nach dreimonatiger Versicherung in dem Tarif eintreten.

4 – Der Anspruch auf Krankengeld ist wählbar, soweit das Mitglied beim erstmaligen Beitritt zu einem Tarif das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

5 - Der Anspruch auf Krankengeld ruht, sofern das Mitglied mit einem Betrag in Höhe von zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch mit Wirkung für die Zukunft erst bei vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten verbleibt es beim Ruhen.

6 – Die Feststellung und der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich gegenüber der Krankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen unter den Voraussetzungen des über- bzw. zwischenstaatlichen oder innerstaatlichen Rechts.

7 - Ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht nicht.

8 - Ein Anspruch auf Krankengeld im Rahmen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht nicht.

9 – Es besteht kein Anspruch auf Krankengeld im Rahmen dieses Wahltarifs bei einer Maßnahme zur medizinischen Teilhabe im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) durch einen anderen Rehabilitationsträger.

## II. Bemessungsgrundlage der Prämie

1 - Für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige werden zur Prämienberechnung die der Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugrunde gelegten Einnahmen herangezogen; mindestens jedoch 75 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV). Für Mitglieder, die Anspruch auf einen Existenzgründerzuschuss oder einen Gründungszuschuss (§ 57 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III)) haben oder Mitglieder deren Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4 Satz 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erfolgt, wird mindestens ein Betrag in Höhe von 50 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße zugrunde gelegt.

2 – Für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) wird zur Prämienberechnung das der Beitragsbemessung durch die Künstlersozialkasse zugrunde gelegte Arbeitseinkommen herangezogen.

3 – Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts haben (z. B. unständig Beschäftigte), wird zur Prämienberechnung die monatliche Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugrunde gelegt. Sofern niedrigere Einnahmen nach § 226 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) nachgewiesen werden, sind auf Antrag überzahlte Prämien für das vergangene Jahr zu erstatten.

## III. Tarife und Prämienhöhe

Die Mitglieder werden folgenden Tarifen zugeordnet:

### HEK plus K 22:

Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige sowie Beschäftigte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts haben, nach Rdz. I., Abs. 1. Die Prämie beträgt 1 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach Rdz. II. Abs. 1 Satz 1.

### HEK plus K 22 E:

Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige nach Rdz. I., Abs. 1, die Anspruch auf einen Zuschuss nach §§ 57 und 421 I des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III) haben und hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige nach § 240 Abs. 4 Satz 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Prämie beträgt 1 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach Rdz. II. Abs. 1 Satz 2.

### HEK plus K 15:

Künstler und Publizisten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) – Rdz. I. Abs. 2. Die Prämie beträgt 1,2 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach Rdz. II. Abs. 2.

## IV. Fälligkeit und Zahlung der Prämie

1 - Die Prämie ist vom Mitglied monatlich zu zahlen. Sie ist spätestens am 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den die Prämie gilt.

2 - Zahlungspflichtige, die ihre Prämie nicht bis zum Fälligkeitstag entrichtet haben, sind im Verzug und werden gemahnt. Für Prämien, die der Zahlungspflichtige nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, sind für jeden angefangenen Monat des Zahlungsverzuges Verzugszinsen in Höhe von 1 v.H. des rückständigen Betrages zu zahlen. Für Prämien mit denen sie länger als einen Monat in Verzug sind, haben Zahlungspflichtige für jeden weiteren angefangenen Monat des Zahlungsverzuges Verzugszinsen in Höhe von 5 v.H. des rückständigen Betrages zu zahlen.

3 – Die Prämie ist für jeden Tag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit die Satzung nichts Abweichendes bestimmt. Für die Berechnung ist die Woche zu 7, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen.

4 - Während des Bezuges von Krankengeld ist die Prämie nicht zu entrichten.

## V. Berechnung und Höhe des Krankengeldes

- 1 – Das Krankengeld für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige beträgt 70 vom Hundert des durch Arbeitsunfähigkeit entgangenen, maximal des der Beitragsbemessung zugrunde liegenden, Arbeitseinkommens. Zur Berechnung des Krankengeldes ist das monatliche Arbeitseinkommen durch 30 zu teilen.
- 2 – Für Beschäftigte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts (u. a. sog. unständig Beschäftigte) oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, berechnet sich das Krankengeld nach den Regelungen des § 47 Abs. 1 und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).
- 3 – Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) versicherten Mitglieder berechnet sich das Krankengeld nach den Regelungen des § 47 Abs. 4 Satz 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).
- 4 – Das Krankengeld beträgt max. 70 vom Hundert der jeweils geltenden kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze gemäß § 223 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).
- 5 – Erhöht sich aufgrund nachgewiesener Einkommensänderung das der Prämieinstufung zu Grunde liegende Arbeitseinkommen/-entgelt, wird ein über den bisherigen Anspruch hinausgehendes Krankengeld nur für Erkrankungen gezahlt, die nach dreimonatiger Versicherung nach der neuen Prämieinstufung eintreten.

## VI. Ende des Krankengeldes

- 1 – Das Krankengeld endet mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Leistung.
- 2 – Der Anspruch auf Krankengeld für hauptberuflich selbstständige Erwerbstätige endet mit Ablauf des Monats, in dem die selbstständige Tätigkeit aufgegeben wird. Die Einstellung der selbstständigen Tätigkeit ist durch das Mitglied nachzuweisen.
- 3 - Für hauptberuflich selbstständig erwerbstätige Mitglieder, die keinen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung haben und bei denen nach ärztlicher Feststellung die Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung vorliegen, entfällt der Krankengeldanspruch mit Ablauf des Monats, in dem die ärztliche Feststellung getroffen wird.

## VII. Mindestbindung

- 1 – Die Mindestbindung an einen Tarif beträgt drei Jahre.
- 2 - Sie beginnt mit dem Tag des Eingangs der schriftlichen Wahlerklärung und verlängert sich nach Ablauf der Frist um weitere drei Jahre, wenn keine Kündigung erfolgt. Die Verlängerung des Wahltarifs nach Ablauf von drei Jahren gilt als Neuwahl im Sinne des § 53 Abs. 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).
- 3 - Die dreijährige Mindestbindungsfrist kann vom Mitglied bei Eintritt eines besonderen Härtefalls zum Ende des laufenden Monats gekündigt werden.
- 4 – Bei wesentlichen Änderungen der Tarifbedingungen steht dem Versicherten das Recht zur Kündigung der Teilnahme zu. Die Kündigung kann zum Ende des laufenden Monats erfolgen, nachdem der Versicherte schriftlich über die beabsichtigten Änderungen der Teilnahmebedingungen in Kenntnis gesetzt wurde. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

## § 22

### Haushaltshilfe

1 - Versicherte erhalten Haushaltshilfe nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

2 - Haushaltshilfe nach § 38 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird auch geleistet, wenn ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das vierzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

3 - Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird über den gesetzlichen Anspruch hinaus für maximal 2 weitere Wochen je Kalenderjahr geleistet, wenn hierdurch eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nach den Maßgaben der Krankenhauseinweisungs-Richtlinien (KE-RL) vermieden wird.

4 - Der Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verlängert sich bei Vorliegen einer schweren Krankheit im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt um maximal 2 Wochen je Kalenderjahr, wenn ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das vierzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

## § 23

### Häusliche Krankenpflege

1 – Versicherte erhalten neben der Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch -SGB V-) auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, soweit und solange diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung notwendig sind und eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und/oder versorgen kann.

2 – Der Anspruch nach Abs. 1 entfällt ab dem Zeitpunkt, ab dem Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) eintritt.

## § 24

### Zusätzliche Leistungen

Die HEK stellt auf der Grundlage des § 11 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) folgende zusätzliche Leistungen zur Verfügung:

#### 1. Medizinische Vorsorge und Rehabilitation

##### a) Vorsorgeleistungen

1 - Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die HEK **im Einzelfall** die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführte oder veranlasste Vorsorgeleistungen in Höhe von jeweils 70 vom Hundert, maximal 100 Euro jährlich:

- *Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung* (Mammografie, Ultraschalluntersuchung – „Sono-Check“) bei vorliegenden Risikofaktoren (z.B. positive Familienanamnese),
- Gesundheitsuntersuchung („Check-Up“) bei Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Bewegungsmangel).
- Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs (immunologischer Stuhltest, Darmspiegelung) bei Risikofaktoren (z.B. familiär oder erblich erhöhtes Erkrankungsrisiko).

##### 2 - Für die

- Kinderuntersuchungen „U10“ und „U11“ sowie
- die Jugendgesundheitsuntersuchung „J2“ erfolgt eine Erstattung in Höhe der Vertragsätze.

3 - Voraussetzung ist insgesamt, dass eine Erkrankung, bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

4 - Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen. Die HEK erstattet die Kosten in Höhe von 70 vom Hundert, maximal 60 Euro pro Behandlung nach Satz 1 beziehungsweise maximal 120 Euro pro Behandlung nach Satz 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind spezifizierte Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

b) Schwanger-/Mutterschaftsleistungen

1 - Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die HEK die Kosten für von Hebammen durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse für den Vater, sofern HEK-versichert, in Höhe von 70 vom Hundert, insgesamt maximal 100 Euro jährlich.

2 – Darüber hinaus erstattet die HEK die Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme, die in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen und die Hebamme gemäß §§ 134a Absatz 2 oder 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Erstattung erfolgt maximal in Höhe von 250 Euro. Voraussetzung ist, dass die Frau bei der HEK versichert ist.

3 – Für folgende ärztliche Schwangerschaftsleistungen erstattet die HEK die Kosten in Höhe von jeweils 70 vom Hundert, maximal 100 Euro jährlich, wenn die Leistungen mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken und ein konkreter individueller Untersuchungsanlass besteht:

- Nackenfaltenmessung,
- Toxoplasmosetest (z. B. bei Kontakt der Schwangeren mit Tieren, insbesondere Katzen), sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien,
- Triple-Test (z. B. bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung),
- Amblyopie-Untersuchung bei einem Facharzt für Kinder- oder Augenheilkunde bei Risikofaktoren (z.B. positive Familienanamnese, funktionelle Sehschwäche),
- Ultraschalluntersuchungen (z.B. bei festgestellten Auffälligkeiten),
- Antikörperbestimmung auf Ringelröteln und Windpocken sowie Streptokokken-Test, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien. Der Anspruch besteht bei schwangeren Frauen mit möglichen Risikofaktoren oder einer möglichen Gefährdung des ungeborenen Kindes im Einzelfall zur Vermeidung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten oder um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken oder eine Schwächung der Gesundheit der Schwangeren, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen. Es setzt voraus, dass die Vorsorgeleistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des 4. Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) teilnimmt oder der nach § 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigt ist. Zur Kostenerstattung sind der HEK spezifizierte Rechnungen im Original vorzulegen.

c) Osteopathie

Für ärztlich verordnete osteopathische Leistungen werden die Kosten für bis zu 3 Sitzungen jährlich in Höhe von 80 vom Hundert, maximal 40 Euro je Sitzung, erstattet, sofern der Leistungserbringer Mitglied in einem Berufsverband der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung abgeschlossen hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.



#### d) Anthroposophische Heilmittel

Für ärztlich verordnete anthroposophische Heilmittel (Heileurythmie, Kunsttherapie, Rhythmische Massage) werden die Kosten in Höhe von 70 vom Hundert, maximal 100 Euro jährlich, erstattet, sofern der Leistungserbringer Mitglied eines Berufsverbandes der anthroposophischen Therapierichtungen ist oder eine entsprechende Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einem Verband der anthroposophischen Therapierichtungen berechtigt. Voraussetzung ist ferner, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

#### 2. Künstliche Befruchtung

Über die in § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) definierte Kostenbeteiligung hinaus besteht für das Ehepaar bei Durchführung einer

- In-vitro-Fertilisation (IVF) oder einer
- intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI)

Anspruch auf einen weitergehenden Zuschuss von 200 Euro je Versuch, maximal für 3 Versuche. Voraussetzung ist, dass beide Ehepartner bei der HEK versichert sind.

#### 3. Zahnärztliche Behandlung

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die HEK die Kosten für folgende zahnärztliche und bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene kieferorthopädische Leistungen in Höhe von jeweils 70 vom Hundert, insgesamt maximal 100 Euro jährlich:

- Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung,
- Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren (Zähne 15, 14, 24, 25, 34, 35, 44, 45) im bleibenden Gebiss,
- Einsatz einer festsitzenden Retentionsspanne (sog. „festsitzender Retainer“) nach Abschluss einer vertragskieferorthopädischen Behandlung.

#### 4. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Über die in §§ 31 und 34 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Ansprüche zur Arzneimittelversorgung hinaus erstattet die HEK die Kosten für apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie in Höhe von 70 vom Hundert, insgesamt maximal 100 Euro jährlich, wenn diese durch einen Arzt verordnet wurden. Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der Versorgung ausgeschlossen wurden, werden nicht erfasst.

#### 5. Hilfsmittel

Über die in § 33 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Ansprüche auf Hilfsmittel hinaus besteht für Kinder bis zum 10. Geburtstag maximal zweimal jährlich Anspruch auf eine Versorgung mit einem Neurodermitis-Overall. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung.

#### 6. Häusliche Krankenpflege

1 – Versicherte, deren häusliche Pflege nach einem stationären Krankenhausaufenthalt nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann, erhalten Leistungen der vollstationären Pflege in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§§ 71 Abs. 2, 72 SGB XI).

2 - Der Anspruch nach Absatz 1 besteht bis zu 4 Wochen pro Kalenderjahr. Die HEK übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.550 Euro. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind vom Versicherten selbst zu tragen.

3 - Der Anspruch nach Absatz 1 entfällt ab dem Zeitpunkt, ab dem Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) eintritt.

## 7. Nicht zugelassene Leistungserbringer

1- Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Chefärzten/ Leitenden Ärzten wählen. Voraussetzung ist, dass die ambulante Behandlung im Nachgang einer stationären Behandlung durch denselben Chefarzt/Leitenden Arzt erfolgt. § 18 Absatz 2 Satz 7 bis 10 gilt.

2 - Versicherte können darüber hinaus ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die HEK mit dem Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Absatz 3 geschlossen hat, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet.

3 - Die HEK schließt Vereinbarungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen, wobei sie sich am Bedarf ihrer Versicherten orientiert und das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu beachten hat. Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, können nicht Gegenstand der Vereinbarung sein. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Weitere Voraussetzung für den Abschluss einer Vereinbarung ist, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

4 - Die Kasse führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Absatz 3 geschlossen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistung und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch können Inhalte des Verzeichnisses den Versicherten in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.

5 - Die Höhe der Kostenerstattung richtet sich nach den vertraglichen Vereinbarungen.

6 – Für veranlasste Leistungen gilt § 18 Absatz 2 Satz 7,8 und 10.

7 - Wählen Versicherte eine stationäre Behandlung in einem nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus, werden die Kosten für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit bis zur Höhe vergleichbarer Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung nach § 39 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erstattet. Voraussetzung ist, dass eine ärztlich bescheinigte Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit vorliegt, der Leistungserbringer eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus gewährleistet, die Behandlungsmethode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist und die Kasse nach Vorlage eines Kostenvoranschlages der Behandlung zuvor zugestimmt hat. Bestandteil der Zustimmung ist eine Information über die Voraussetzung der Leistung, deren Umfang und Dauer sowie der Höhe des voraussichtlichen Eigenanteils.

## **§ 25a**

### **Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

#### **1. Gesund-Leben-Bonus**

1- Mitglieder erhalten einen Gesund-Leben-Bonus, wenn sie sich gesundheitsbewusst verhalten, indem sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten bzw. Maßnahmen zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens durch Vorlage entsprechender Unterlagen vollständig nachweisen:

- a) ab dem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre Durchführung einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),

- b) ab dem Alter von 20 Jahren (Frauen) bzw. ab dem Alter von 45 Jahren (Männer) jährliche Durchführung einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
- c) ab dem Alter von 18 Jahren einmal jährlich Durchführung einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung; bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung einmal je Kalenderhalbjahr durchzuführen,
- d) Nachweis eines ausreichenden altersentsprechenden Impfstatus und
- e) die Durchführung qualitätsgesicherter Bewegungsangebote in Form einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein, bzw. einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio, Nachweis der Teilnahme an einem Präventionskurs oder Bestätigung eines altersgerechten Body-Mass-Index. Buchstabe e) gilt nicht für Frauen ab 20 Jahre bzw. Männer ab 35 Jahre.

2- Der Bonus wird dem Mitglied nach Erfüllen der Voraussetzungen nach Absatz 1 in Höhe von 30 Euro für das Kalenderjahr ausgezahlt. Der Bonus erhöht sich, sofern das Mitglied die Inanspruchnahme folgender Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten bzw. Maßnahmen zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens nachweist:

- a) seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher (ärztlich bestätigt)
- b) Untersuchung zur Hautkrebsvorsorge auf der Grundlage eines von der HEK geschlossenen Strukturvertrages gemäß § 73 c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) a.F. bzw. des § 25 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)
- c) die Durchführung qualitätsgesicherter Bewegungsangebote in Form einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein bzw. einem Fitnessstudio
- d) Durchführung eines Präventionskurses gemäß § 19.

Werden 3 Voraussetzungen nach Satz 2 erfüllt, erhöht sich der Bonus um 20 Euro, werden alle erfüllt, erhöht er sich um 70 Euro. Der Bonus erhöht sich um 30 Euro, sofern ein bei der HEK mitversicherter Familienangehöriger, soweit dieser zur Inanspruchnahme berechtigt ist, die unter Absatz 1 Buchstabe a) bis d) genannten Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten bzw. Maßnahmen zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachweist.

3- Der Bonus wird dem Mitglied nach Erfüllen der Voraussetzungen nach Absatz 1 in Höhe von 135 Euro für das Kalenderjahr ausgezahlt. Der Bonus erhöht sich um 25 Euro, sofern das Mitglied seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher ist und dies vom Arzt bestätigt wird. Der Bonus erhöht sich um jeweils 50 Euro, sofern ein bei der HEK mitversicherter Familienangehöriger, soweit dieser zur Inanspruchnahme berechtigt ist, die unter Absatz 1 a) bis d) genannten Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten bzw. Maßnahmen zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachweist. Das Mitglied erhält den Bonus als Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten für die Inanspruchnahme der im Katalog der Anlage Ia zu § 25a der Satzung genannten Leistungen. Liegen die Kosten unterhalb der Bonushöhe, erfolgt die Erstattung maximal in Höhe der nachgewiesenen Kosten.

4- Der Bonus wird dem Versicherten nach Erfüllen der Voraussetzungen nach Absatz 1 in Höhe von 50 Euro für das Kalenderjahr gezahlt. Der Bonus erhöht sich, sofern der Versicherte die Inanspruchnahme folgender weiterer Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten bzw. Maßnahmen zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens nachweist:

- a) seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher (ärztlich bestätigt)
- b) Untersuchung zur Hautkrebsvorsorge auf der Grundlage eines von der HEK geschlossenen Strukturvertrages gemäß § 73 c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) a. F. bzw. des § 25 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

- c) die Durchführung qualitätsgesicherter Bewegungsangebote in Form einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein bzw. einem Fitnessstudio
- d) Durchführung eines Präventionskurses gemäß § 19.

Werden 3 Voraussetzungen nach Satz 2 erfüllt, erhöht sich der Bonus um 50 Euro, werden alle erfüllt, erhöht er sich um 200 Euro. Der Bonus wird ausschließlich als Zuschuss zu den Kosten für durch den Versicherten in Anspruch genommene Leistungen gemäß Katalog der Anlage I b) zu § 25a der Satzung gezahlt. Liegen die Kosten unterhalb der Bonushöhe, erfolgt die Erstattung maximal in Höhe der nachgewiesenen Kosten.

5- Die Übertragung eines nicht ausgeschöpften Bonus in das Folgejahr ist nicht möglich. Der Bonus gilt für das Kalenderjahr, in dem der Antrag gestellt wird. Die Auszahlung des Gesund-Leben-Bonus ist nur im Falle einer ungekündigten Mitgliedschaft möglich. Der Gesund-Leben-Bonus nach Absatz 2 kann insgesamt höchstens 3 Kalenderjahre in Folge beansprucht werden. Neben einem Bonus nach Nummer 2 kann der Gesund-Leben-Bonus nicht gezahlt werden. Eine gleichzeitige Bonifizierung des Gesund-Leben-Bonus nach Absatz 2 und Absatz 3 sowie nach Absatz 2 und Absatz 4 im selben Kalenderjahr ist ebenfalls ausgeschlossen.

6- Nach Absatz 1 nachgewiesene Vorsorgeleistungen dürfen nur einmal bonifiziert werden. Absatz 5 Satz 6 bleibt hiervon unberührt. Sofern der Bonus für die folgenden Kalenderjahre beantragt wird, sind die unter Absatz 1 genannten möglichen Vorsorgeleistungen neu durchzuführen und nachzuweisen.

## **2. Vorsorge-Bonus (Gesund-Leben-Prämie -GLP-)**

Mitglieder, die gesundheitsbewusst leben, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie

1. regelmäßig Sport treiben (es werden ausschließlich qualitätsgesicherte Sportaktivitäten zur Bonifizierung anerkannt),
2. in den letzten fünf Kalenderjahren regelmäßige Zahnvorsorgeuntersuchungen gemäß § 55 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
3. einen altersgerechten Body-Mass-Index,
4. einen ausreichenden altersentsprechenden Impfstatus oder eine Gripeschutzimpfung in den letzten zwölf Monaten

durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachweisen. Der Bonus beträgt je Mitglied ein schließlich des familienversicherten Ehegatten bei Erfüllung der Voraussetzungen zu Punkt 1 25,- Euro, zu Punkt 1 und 2 Euro 50, zu Punkt 1 bis 3 75 Euro und zu Punkt 1 bis 4 100 Euro. Der Bonus von 100 Euro erhöht sich für das erste familienversicherte Kind um 50 Euro, soweit dieses ebenfalls alle Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt.

## **3. Bonus für Neugeborene (Babygeld)**

Versicherte erhalten einen Bonus in Höhe von 60 Euro, wenn sie die gesetzlich vorgesehenen Untersuchungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien ausweislich des Mutterpasses nachweisen. Für den Nachweis der Teilnahme an einem Kurs für Schwangerschaftsgymnastik, die Nachweise der beim neugeborenen und bei der HEK versicherten Kind durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen U1, U2 und U3, wird ein Bonus in Höhe von jeweils 10 Euro gewährt. Der Bonus wird für Neugeborene gewährt, die zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als ein Jahr sind. Der Bonus wird maximal einmal pro Entbindung gewährt.

## **4. HEK-Juniorsparbuch**

1- Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erhalten einen Bonus für alle Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 22 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Bonifiziert werden darüber hinaus private selbstfinanzierte Gesundheits- und Vorsorgeleistungen, sowie der Nachweis des altersentsprechenden Impfschutzes.

2- Der Bonus wird dem Versicherten nach Erfüllen der Voraussetzungen nach Ablauf von drei Zeitjahren („Bonusjahren“) nach dem Beginn der Teilnahme, spätestens mit Vollendung des 18. Lebensjahres ausgezahlt.

3- Jede im Bonusheft nachgewiesene Leistung wird mit 5 Euro bonifiziert. Die maximale Prämienhöhe beträgt 25 Euro (= fünf nachgewiesene Leistungen) pro Zeitjahr („Bonusjahr“). Zusätzlich erhält der Versicherte einen Treuebonus von 1 Euro pro nachgewiesener Leistung. Der maximale Treuebonus beträgt 5 Euro (= fünf nachgewiesene Leistungen) pro Zeitjahr („Bonusjahr“).

4- Eine Teilnahme am Bonus ist immer mit Beginn des Folgemonats nach Antragsstellung möglich. Die Übertragung eines nicht ausgeschöpften Bonus in das Folgejahr ist nicht möglich. Die Auszahlung des Bonus ist nur im Falle einer ungekündigten Mitgliedschaft möglich. Nachgewiesene Vorsorgeleistungen, die über den Gesund-Leben-Bonus bonifiziert werden, dürfen nicht zusätzlich über den Bonus nach Nummer 4 vergütet werden.

## **5. Bonus Gesundheitsvorsorge (Premiubonus)**

Mitglieder erhalten eine Bonuszahlung in Höhe von 450 Euro, wenn sie alle in der Anlage II zu § 25a dieser Satzung aufgeführten Vorsorgeleistungen selbst finanziert in Anspruch genommen haben und Mitglied in einem Sportverein oder qualitätsgesicherten Fitnessstudio sind. Der Bonus wird dem Mitglied nach Erfüllen der Voraussetzungen und Vorlage entsprechender Nachweise für das Kalenderjahr ausgezahlt. Die Auszahlung ist nur im Falle einer ungekündigten Mitgliedschaft möglich. Der Bonus kann nicht im gleichen Kalenderjahr neben einer Bonuszahlung nach Nummer 1 gezahlt werden.

## **6. Sachprämien**

Alternativ zu den in den in Nummer 1 Absatz 2 und 3 genannten Geldbeträgen kann der jeweils Anspruchsberechtigte auch eine Sachprämie wählen.

### **§ 25 b**

#### **Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

1 - Arbeitgeber, die ein mit der HEK vereinbartes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen, erhalten einen Bonus, wenn sie qualitätsgesicherte Umsetzung der Maßnahmen anhand geeigneter Unterlagen nachweisen. Die Ausgestaltung der Programme orientiert sich an den Handlungsfeldern und Kriterien gemäß des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des § 20 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Der Bonus beträgt 300 Euro pro durchgeführter Maßnahme und 150 Euro pro Gesundheitstag. Der Arbeitgeber erhält einen Zusatzbonus in Höhe von 50 Euro je Beschäftigten für die erfolgreiche Teilnahme an einer mit der HEK vereinbarten Maßnahme. Ein Bonus kann dem Arbeitgeber nicht für solche Maßnahmen gewährt werden, die bereits Gegenstand seiner gesetzlichen Verpflichtungen, wie dem Arbeitsschutzgesetz, sind.

2 - Versicherte der HEK, deren Arbeitgeber eine Vereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung geschlossen haben, erhalten bei erfolgreicher Teilnahme an zertifizierten Maßnahmen ebenfalls einen Bonus. Die Höhe des zu zahlenden Bonus richtet sich nach der Anzahl der erfolgreich absolvierten Maßnahmen zur individuellen verhaltensbedingten Prävention unterschiedlichen Inhalts. Für die Dauer der jeweiligen Vertragslaufzeit erhalten HEK-versicherte Beschäftigte für maximal drei erfolgreich absolvierte Maßnahmen einen Bonus. Der Bonus beträgt 100 Euro für jede erfolgreiche Teilnahme an einer verhaltensbezogenen Maßnahme. Eine Teilnahme ist erfolgreich, wenn mindestens 80 Prozent der jeweiligen Maßnahme durch den Teilnehmer absolviert wurde. Maßnahmen nach § 25b können nicht nach § 25 a bonifiziert werden.

3 - Die Bonuszahlung nach Absatz 1 erfolgt, nachdem die qualitätsgesicherten Maßnahmen umgesetzt und durch vom Kursleiter geführte Teilnehmerlisten nachgewiesen wurden, die Zahlung nach Absatz 2 nach erfolgreicher Beendigung einer jeweiligen Maßnahme unter Beifügung einer Teilnahmebestätigung; jeweils auf Antrag.

## § 25 c

### Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen

Die Kasse kann den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln. Gegenstand dieser Verträge können insbesondere die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, der Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandskrankenversicherung sein.

## § 26

### Prämienzahlung nach § 53 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bei Kostenbeteiligung (Selbstbehalt)

1 - Mitglieder, die an der Aufbringung der Beiträge beteiligt sind, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie einen Anteil der von der HEK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Der Selbstbehalt gilt für die Leistungsaufwendungen des Mitglieds.

2 - Die im Dritten und Vierten Abschnitt des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Leistungen mit Ausnahme der nach §§ 23 Abs. 2 sowie 24 bis 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), bleiben unberücksichtigt. Dies gilt auch für die in § 55 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (Zahnprophylaxe), in deren Rahmen keine weiteren zahnärztlichen Leistungen erbracht werden. Auch die Inanspruchnahme von vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Verordnungsfolgen bleibt unberücksichtigt.

3 - Die erbrachten Leistungen werden in tatsächlicher Höhe auf den Selbstbehalt angerechnet. Die Prämienabrechnung erfolgt im Folgejahr; § 53 Absatz 8 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt. Soweit der Beginn oder das Ende der Tarifzugehörigkeit im laufenden Jahr liegt, ist die Leistungsanspruchnahme für diesen Zeitraum zu bewerten und die Prämie anteilig zu kürzen.

4 - Die Prämienzahlung nach Absatz 1 kann bei Erfüllen der sonstigen Voraussetzungen nur in Anspruch genommen werden, wenn sich das Mitglied in den Tarif eingeschrieben hat. Die Einschreibung ist auch unterjährig zum 1. des Folgemonats möglich. Die dreijährige Mindestbindungsfrist an den Tarif beginnt mit diesem Tag. Eine zusätzliche Einschreibung in den Tarif nach §§ 26a, 27 oder 27a der Kassensatzung ist nicht möglich. Die dreijährige Mindestbindungsfrist kann vom Mitglied bei Eintritt eines besonderen Härtefalles zum Ende des laufenden Monats gekündigt werden.

5 - Die Einschreibung ist in einen der nachstehenden Selbstbehalt-Tarife möglich:

- Individualtarif „HEK plus 75“

Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen bis 10.000,- Euro: Jährlicher Selbstbehalt von 125,- Euro; Prämie von 75,- Euro jährlich.

- Individualtarif „HEK plus 125“

Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen bis 21.500,- Euro: Jährlicher Selbstbehalt von 200,- Euro; Prämie von 125,- Euro jährlich. Die Wahl eines Tarifs unterhalb der vorgenannten Einkommensgrenze ist möglich.

- Individualtarif „HEK plus 250“

Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen bis 42.500,- Euro: Jährlicher Selbstbehalt von 400,- Euro; Prämie von 250,- Euro jährlich. Die Wahl eines Tarifs unterhalb der vorgenannten Einkommensgrenze ist möglich.

- Individualtarif „HEK plus 500“

Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen ab 42.500,- Euro: Jährlicher Selbstbehalt von 850,- Euro; Prämie von 500,- Euro jährlich. Die Wahl eines Tarifs unterhalb der vorgenannten Einkommensgrenze ist möglich.

## § 27

### **Prämienzahlung nach § 53 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bei Leistungsfreiheit**

1 – Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren und an der Aufbringung der Beiträge beteiligt sind, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen der HEK nicht in Anspruch genommen haben. Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie die im Dritten und Vierten Abschnitt des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Leistungen mit Ausnahme der nach §§ 23 Absatz 2 sowie 24 bis 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), bleiben unberücksichtigt. Dies gilt auch für die in § 55 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (Zahnprophylaxe), in deren Rahmen keine weiteren zahnärztlichen Leistungen erbracht werden.

2 – Die Prämienzahlung nach Absatz 1 kann bei Erfüllen der sonstigen Voraussetzungen nur in Anspruch genommen werden, wenn sich das Mitglied in den Individualtarif „HEK *plus* Prämie“ eingeschrieben hat. Die Einschreibung ist auch unterjährig zum 1. des Folgemonats möglich. Die einjährige Mindestbindungsfrist an den Tarif beginnt mit diesem Tag. Wird die Entscheidung für den Tarif nicht mit einer Frist von einem Monat vor dem Ende der Bindungsfrist schriftlich gekündigt, verlängert sich die Tarifteilnahme um ein weiteres Jahr. Eine zusätzliche Einschreibung in einen Tarif nach §§ 26 oder 27a der Kassensatzung ist nicht möglich.

3 – Die Prämie beträgt ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr für das Mitglied gezahlten Beiträge. Die Prämie umfasst auch den nicht vom Mitglied getragenen Beitragsanteil (§§ 257 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch -SGB V- und § 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch -SGB VI-) und wird im Folgejahr ausgezahlt. Soweit der Beginn oder das Ende der Tarifzugehörigkeit im laufenden Kalenderjahr liegt, ist die Leistungsinanspruchnahme für diesen Zeitraum zu bewerten und die Prämie anteilig zu kürzen. § 53 Absatz 8 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt.

4 – Die einjährige Mindestbindungsfrist kann vom Mitglied bei Eintritt eines besonderen Härtefalles zum Ende des laufenden Monats gekündigt werden.

## § 27a

### **Prämienauszahlung nach § 53 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bei Leistungsfreiheit**

1 – Mitglieder, die an der Aufbringung der Beiträge beteiligt sind, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen der HEK nicht in Anspruch genommen haben (§ 53 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch -SGB V-). § 27 Absatz 3 Satz 1 der Satzung der HEK gilt. Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie die im Dritten und Vierten Abschnitt des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Leistungen mit Ausnahme der nach §§ 23 Absatz 2 sowie 24 bis 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), bleiben unberücksichtigt. Dies gilt auch für die in § 55 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (Zahnprophylaxe), in deren Rahmen keine weiteren zahnärztlichen Leistungen erbracht werden.

2 – Die Prämienzahlung nach Absatz 1 kann bei Erfüllen der sonstigen Voraussetzungen nur in Anspruch genommen werden, wenn sich das Mitglied in einen der nachstehenden Prämienauszahlungstarife eingeschrieben hat:

- Prämienauszahlungstarif „HEK*prämie60*“  
Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen bis 10.000,- Euro  
Prämienhöhe = maximal 60,- Euro jährlich.
- Prämienauszahlungstarif „HEK*prämie90*“  
Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen bis 21.500,- Euro,  
Prämienhöhe = maximal 90,- Euro jährlich.  
Die Wahl eines Tarifs unterhalb der vorgenannten Einkommensgrenze ist möglich.
- Prämienauszahlungstarif „HEK*prämie120*“

Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen bis 42.500,- Euro,  
Prämienhöhe = maximal 120,- Euro jährlich.  
Die Wahl eines Tarifs unterhalb der vorgenannten Einkommensgrenze ist möglich.

- Prämienauszahlungstarif „HEK*prämie150*“  
Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen ab 42.500,- Euro,  
Prämienhöhe = maximal 150,- Euro jährlich.  
Die Wahl eines Tarifs unterhalb der vorgenannten Einkommensgrenze ist möglich.

3 - Die Einschreibung ist auch unterjährig zum 1. des Folgemonats möglich. Die einjährige Mindestbindungsfrist an den Tarif beginnt mit diesem Tag. Wird die Entscheidung für den Tarif nicht mit einer Frist von einem Monat vor dem Ende der Bindungsfrist schriftlich gekündigt, verlängert sich die Tarifteilnahme um ein weiteres Jahr. Eine zusätzliche Einschreibung in einen Tarif nach §§ 26, 26a oder 27 der Kassensatzung ist nicht möglich.

4 – Die Prämie umfasst auch den nicht vom Mitglied getragenen Beitragsanteil (§§ 257 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch -SGB V- sowie 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch -SGB VI-) und wird im Folgejahr ausgezahlt. Die Berechnung der Prämie erfolgt wie unter § 27 Absatz 3 Satz 1 der Kassensatzung beschrieben. Soweit der Beginn oder das Ende der Tarifzugehörigkeit im laufenden Kalenderjahr liegt, ist die Leistungsanspruchnahme für diesen Zeitraum zu bewerten und die Prämie anteilig zu kürzen. § 53 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 8 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gelten.

5 – Die einjährige Mindestbindungsfrist kann vom Mitglied bei Eintritt eines besonderen Härtefalles zum Ende des laufenden Monats gekündigt werden.

## § 28

### **Wahltarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen**

Versicherte haben die Möglichkeit, einen Tarif zur Inanspruchnahme von Leistungen der besonderen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 137f und 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu nutzen. Versicherte haben einen Anspruch auf eine mit dem Tarif verbundene Mehrleistung (Qualität), Prämie oder **Zuzahlungsermäßigung**, wenn die in dem jeweiligen Tarif genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

#### I. Wahltarif Besondere Versorgung

1 - Versicherte, die an einer besonderen Versorgung nach § 140 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) teilnehmen und bei der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Zuzahlungen zu entrichten haben, werden diese ermäßigt, soweit in dem Verzeichnis nach Absatz 3 eine Zuzahlungsermäßigung vorgesehen ist und die Zuzahlung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Leistung nach § 140a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) steht.

2 - Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist vom Versicherten schriftlich zu erklären. Der Versicherte erhält hierzu Informationen über die Leistungen des Vertrages, die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben sowie Informationen zur Form des Widerrufs, die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme und die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten.

Die Versicherten können ihre Teilnahme an den besonderen Versorgungsformen innerhalb von zwei Wochen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der HEK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die HEK.

Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die HEK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Die Belehrung wird in der Teilnahmeerklärung textlich hervorgehoben dargestellt. Davon abweichend kann eine gesonderte Belehrung in Textform erfolgen. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufserklärung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichkeit der Widerrufserklärung richtet sich nach § 10 Absatz 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der



Bundesverwaltung. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

3 - Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die HEK führt ein Verzeichnis über die besondere Versorgung nach § 140 SGB V, welchem der Versicherte die Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, den Beginn der Teilnahme, die zeitliche Bindung an die Teilnahmeerklärung sowie ggf. weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot entnehmen kann. Die HEK stellt den Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses zur Verfügung.

4 - Die Erstattung der Zuzahlungen erfolgt auf Antrag und ist auf 150 EUR je Kalenderjahr begrenzt.

## II. Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

1 - Die HEK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V unter den in dieser Vorschrift genannten Voraussetzungen auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen an.

2 - Versicherte können sich freiwillig für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung entscheiden und wählen damit den Tarif „hausarztzentrierte Versorgung“. Voraussetzung für die Teilnahme ist, dass sich die Versicherten schriftlich gegenüber der HEK verpflichten, bei gesundheitlichen Problemen und Fragen zuerst ihren gewählten Hausarzt zu konsultieren sowie ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Ausgenommen hiervon sind Fachärzte für Gynäkologie und Augenheilkunde sowie Kinder- und Jugendärzte. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der HEK genannt ist. Der Versicherte ist an diese Verpflichtungen und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Verpflichtungen kann frühestens mit einer Frist von acht Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von acht Wochen zum Quartalsende möglich. In besonderen Fällen kann der Versicherte unabhängig von Satz 5 die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung schriftlich kündigen, insbesondere bei Wegzug aus der bisherigen Versorgungsregion oder wenn die Auswahl eines neuen geeigneten Hausarztes unzumutbar erscheint. Die Kündigung ist gegenüber der HEK schriftlich zu erklären. Die HEK soll die Teilnahme des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung zum Ende des Quartals beenden, wenn der Versicherte wiederholt gegen die Verpflichtungen nach Satz 2 verstößt. Der Versicherte soll für Mehrkosten, die durch sein nicht vertragskonformes Verhalten entstehen, haftbar gemacht werden. Die Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen der HEK ist nicht möglich.

### 3 - Versicherte

- deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht,
- die sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der HEK in Verzug befinden,
- mit Wohnort im Ausland,
- die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben,

können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in welches das Ereignis fällt.

4 - § 28 I Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.

5 – Eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung ist für diesen Tarif nicht vorgesehen.

### III. Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme

1 - Die HEK bietet ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137 f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) an. Die Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen ist für die Versicherten freiwillig. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung richten sich nach den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

---

## E Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

---

### § 29

#### **Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung**

1 - Die Betriebs- und Rechnungsführung wird jährlich durch einen vom Verwaltungsrat in Abstimmung mit dem Vorstand bestellten sachverständigen Prüfer geprüft.

2 - Der Vorstand legt den schriftlichen Prüfbericht und eine Stellungnahme zu den Feststellungen des Prüfberichtes zusammen mit der geprüften Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Beschlussfassung über die Entlastung vor.

### § 30

#### **Rücklage**

Die HEK bildet zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage in Höhe von 50 vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

---

## F Übergangsvorschriften, Bekanntmachungen, Inkrafttreten

---

### § 31

#### **Bekanntmachungen**

1 - Die Satzung, ihre Änderung und sonstiges autonomes Recht werden im Bundesanzeiger öffentlich bekanntgemacht.

2 – Die wesentlichen Ergebnisse der Jahresrechnung sind im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der HEK-eigenen Internetpräsenz spätestens zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres in einer für die Versicherten verständlichen Weise zu veröffentlichen (§ 305b SGB V). Zudem liegt die Veröffentlichung in der HEK-Zentrale sowie in den HEK-Kundenzentren für die Mitglieder zur Einsicht aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

### § 32

#### **Inkrafttreten**

1 - Die Satzung tritt am 1. Januar 1989 in Kraft.

### **§ 33**

#### **Ausgleichsverfahren**

Der Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz - AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage dieser Satzung.

**Anlage zu § 8 der Satzung**  
**Regelung der Entschädigung nach § 41 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV)**  
**für die ehrenamtlich tätigen Mitglieder des Verwaltungsrates**  
**der HEK - Hanseatische Krankenkasse**

---

### **Vorbemerkung**

Soweit die Entschädigungsregelung keine abweichenden Regelungen enthält, richten sich die Ansprüche auf den Ersatz barer Auslagen bei Reisen im Ehrenamt nach dem Bundesreisekostengesetz.

Die enthaltenen personen-/funktionsbezogenen Begriffe sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Die Mitglieder des Verwaltungsrates haben bei Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit folgende Ansprüche:

## **1. Erstattung barer Auslagen § 41 Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV)**

### **1.1. Tagegeld**

Das Tagegeld bemisst sich nach § 4 Absatz 5 Satz 1 Nr. 5 Satz 2 in Verbindung mit § 9 Absatz 4a des Einkommenssteuergesetzes und beträgt

- a) bei einer Abwesenheit von weniger als 24, aber mehr als 8 Stunden = 12 Euro
- b) bei einer Abwesenheit von 24 Stunden = 24 Euro.

Das Tagegeld wird auch gezahlt, wenn die Sitzung am Wohnort des Organmitgliedes stattfindet.

### **1.2. Übernachtungsgeld**

1 - Übernachtungsgeld für eine notwendige Übernachtung ohne belegmäßigen Nachweis beträgt 20,00 EUR. Es wird nur gezahlt, wenn außerhalb des Wohnortes übernachtet wird.

2 - Sind die nachgewiesenen Übernachtungskosten höher, so wird der Mehrbetrag bis zu 50 vom Hundert des Übernachtungsgeldes erstattet. Darüber hinausgehende Mehrkosten werden erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind vorab um 4,80 EUR zu kürzen.

3 - Übernachtungsgeld wird nicht gezahlt, wenn die Hinreise nach 03.00 Uhr angetreten wird oder wenn die Rückreise vor 02.00 Uhr beendet wird.

### **1.3. Fahrkosten**

Es werden erstattet

- a) bei Benutzung der Eisenbahn oder eines Schiffes der Fahrpreis der I. Klasse einschließlich der Zuschläge und der Auslagen für eine Platzkarte, gegebenenfalls der Schlafwagenkarte,
- b) bei Benutzung des Flugzeuges die Kosten für die Benutzung der Economy- (Touristen-)klasse. Flugkosten sind in der Regel nur erstattungsfähig, wenn die Umstände des Falles die Benutzung des Flugzeuges notwendig machen oder die Gesamterstattung einschließlich Tage- und Übernachtungsgeld bei Benutzung eines anderen Beförderungsmittels höher wäre,
- c) die Fahrkosten für den Zu- und Abgang vom Bahnhof oder Flugplatz bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, einer Taxe oder eines Zubringers gegen Nachweis,

- d) bei Benutzung privater Kraftwagen die Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 2 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes.
- e) Nebenkosten im Zusammenhang mit der Reise gegen Nachweis, z.B. Gepäckbeförderung und -aufbewahrung, Post-, Telegramm- oder Fernspreckgebühren, Park- und Garagengebühren.

**2. Pauschale Auslagererstattung für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates § 41 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV)**

Die dem Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden entstehenden notwendigen baren Auslagen (Post-, Telegramm- oder Fernspreckgebühren, auch von und nach Hamburg, örtliche Fahrgelder am Sitz der Kasse und an anderen Orten im Rahmen der Tätigkeit, Arbeitszimmer in der eigenen Wohnung), werden durch einen Pauschbetrag abgegolten

- a) für den Vorsitzenden des Verwaltungsrates monatlich 64 EUR,
- b) für den stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates monatlich 39 EUR,

**3. Pauschbeträge für Zeitaufwand § 41 Abs. 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV)**

1 - Für jeden Kalendertag, an dem Sitzungen stattfinden, wird ein Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 70,00 EUR gezahlt. Finden an einem Tag mehrere Sitzungen statt, wird der Pauschbetrag nur einmal gezahlt.

2 - Daneben erhalten für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen monatlich

- a) der Vorsitzende des Verwaltungsrates das 8-fache,
- b) der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates das 6-fache.

des in Absatz 1 Satz 1 genannten Betrages.

3 - Bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme kann anderen Organmitgliedern ein Pauschbetrag für Zeitaufwand für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen nach Maßgabe der Empfehlungsvereinbarung \*) (Abschnitt B II 2) in Höhe von 62 EUR gewährt werden.

\*) *Empfehlungsvereinbarung der im Arbeitskreis „Selbstverwaltung“ vertretenen Gewerkschaften Deutscher Gewerkschaftsbund und Deutsche Angestellten-Gewerkschaft sowie der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände in der jeweils geltenden Fassung.*

## **Anlage 1a zu § 25a der Satzung der HEK:**

Katalog der im Rahmen des Gesund-Leben-Bonus bezuschussungsfähigen Leistungen

### **Versicherungen**

Im Bereich der privaten Versicherungen sind Zuschüsse zu Beiträgen folgender Versicherungsarten möglich.

- Betriebliche Altersvorsorge (Finanzierungsanteil des Arbeitnehmers)
- Private Altersvorsorge
- Berufsunfähigkeitsversicherung
- Krankenzusatzversicherung ambulant und stationär
- Pflegezusatzversicherung
- Unfallversicherung
- Zahnezusatzversicherung

Bei den Versicherungen muss es sich um neu abgeschlossene Verträge handeln.

Bei Kombinationsversicherungen oder Versicherungspaketen ist es ausreichend, dass einer der oben genannten Bausteine enthalten ist. Eine Gewichtung der einzelnen Bestandteile ist hierbei nicht zu prüfen, es wird das komplette Paket bis zur anspruchsberechtigten Bonushöhe bezuschusst.

Diese Aufzählung ist abschließend. Alle anderen privaten Versicherungen (insbesondere Risiko-Lebensversicherungen, Haftpflichtversicherungen etc.) sind nicht zuschussfähig durch den Gesund-Leben-Bonus.

## **Anlage 1b zu § 25a der Satzung der HEK:**

Versicherte, die bezuschussungsfähige Leistungen im Rahmen des Gesund-Leben-Bonus wählen, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der nachfolgend aufgeführten Leistungen. Dies gilt nur, sofern die HEK nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist:

- Chelattherapie
- Erweiterte zahnmedizinische Leistungen (z.B. Professionelle Zahnreinigung ab dem Alter von 16 Jahren alle 2 Jahre, Glatflächenversiegelung im Rahmen der Kfo-Behandlung)
- Familienleistungen: Z.B. Baby-/Kleinkindschwimmen/-turnen, Eltern-Baby-Kurse (z.B. PEKIP)
- Leistungen nach dem Hufelandverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen
- Osteopathische Behandlungen nach Ausschöpfung des Anspruchs nach § 24 entsprechend der dortigen Regelungen
- Sehhilfen: Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke
- Gesundheitskurse und Patientenschulungen; auch online
- Zusatzdiagnostik zur Vorsorge während der Schwangerschaft, soweit nicht bereits Anspruch gemäß § 24 SGB V besteht.

**Anlage II zu § 25a Absatz 15 der Satzung der HEK**

<b>Vorsorgeleistung</b>	<b>GOÄ-Position</b>
<b>Herz-Kreislauf-Lunge</b>	
Ruhe- und Belastungs-EKG	652
3-D-Herzecho	424,405,406
Lungenfunktionsprüfung	605
Spiroergometrie	606
Flussvolumenkurve bei spirogr. Untersuchung	605a
Gasanalyse	617
<b>Innere Organe</b>	
Farbulterschalluntersuchung:	
Sämtliche Oberbauchorgane: Leber	410
Nieren, Galle, Milz, Bauchspeicheldrüse, Prostata / Uterus	5 x 420
Schilddrüse/Panoramadiagnostik	417
Farbdoppler Schilddrüse	401
Carotis bds.	645
Aorta	410
Femorales Arterien- und Venensystem	4 x 420
Farbdoppler Arterien- und Venensystem	401
<b>Augen und Ohren</b>	
Augenärztliche Untersuchung:	
Messung des Augeninnendrucks	1256
Orientierende Sehschärfenprüfung	1201
Spiegelung des Augenhintergrundes	1242
Perimetrie (Gesichtsfeldmessung)	1227
Gehörprüfung	1403
<b>Haut</b>	
Hautkrebsvorsorgeuntersuchung mit Berücksichtigung Risikoprofil	34
Auflichtdermatoskopie der Haut	750
Vollständige Inspektion der Haut	7
Hauttypbestimmung	831

---

## Anlage zu § 33 Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber

---

### 1 - Anwendbare Vorschriften

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

### 2 - Erstattungsansprüche aus dem Umlageverfahren U1

(1) Die HEK erstattet den nach § 1 Abs.1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 70 vom Hundert des für den in § 3 Abs.1 und 2 und den in § 9 Abs.1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt. Einmalzahlungen (u.a. Urlaubsgeld) sind nicht erstattungsfähig.

(2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Absatz 1 auf 80 vom Hundert erhöht (erhöhter Erstattungssatz), oder auf 50 vom Hundert ermäßigt (ermäßigter Erstattungssatz). Regelungen nach Nr. 2 Abs.1 Satz 2 und 3 gelten. Mit den in Nr. 2 Abs. 1 und 2 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die erstattungsfähigen Aufwendungen entfallenden Beitragsanteile des Arbeitgebers zur gesetzlichen Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung sowie die Beitragszuschüsse nach § 257 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und § 61 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) abgegolten.

(3) Die Wahl eines abweichenden Erstattungssatzes nach Absatz 2 ist der HEK bis zum 31. Januar des Kalenderjahres bekannt zu geben. Der gewählte Erstattungssatz gilt ab Beginn dieses Kalenderjahres. Der Arbeitgeber ist mindestens für ein Kalenderjahr an die Wahl gebunden.

(4) Bei der erstmaligen Teilnahme am Ausgleichsverfahren ist der HEK die Wahl eines abweichenden Erstattungssatzes nach Abs. 2 spätestens im Folgemonat bekannt zu geben. Der gewählte Erstattungssatz gilt ab Beginn der Teilnahme am Ausgleichsverfahren mindestens für das Kalenderjahr.

(5) Bei Änderung der Erstattungs- oder Umlagesätze haben die Arbeitgeber die Möglichkeit, ihren Erstattungssatz neu zu wählen. Das Wahlrecht ist innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Änderung auszuüben und gilt rückwirkend vom Beginn dieses Monats mindestens für das Kalenderjahr.

### 3 - Erstattungsansprüche aus dem Umlageverfahren U2

Die HEK erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 14 Abs.1 des Mutterschutzgesetzes (MuschG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 11 des MuschG bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt. Die vom Arbeitgeber getragenen Sozialversicherungsbeiträge nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG werden pauschal in Höhe von 20 vom Hundert erstattet.

### 4 - Aufbringung der Mittel

Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.

Die HEK verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG).



## 5 – Umlagebeitragssätze

(1) Die Umlagesätze U1 betragen

- im Basis-Tarif: mit einem Erstattungssatz von 50 v.H.: 1,6 v.H.;
- beim allgemeinen Erstattungssatz von 70 v.H.: 2,4 v.H. und
- beim erhöhten Erstattungssatz von 80 v.H.: 3,4 v.H.

(2) Der Umlagesatz U2 beträgt 0,65 v.H.

## 6 -Haushaltsplan und Rechnungsabschluss

Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf, die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt dem Verwaltungsrat. Er nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung.

## 7 - Widerspruchsausschuss

Der Widerspruchsausschuss der HEK nimmt in Angelegenheiten der Umlageverfahren die Aufgaben des Widerspruchsausschusses als Widerspruchsstelle nach § 85 Sozialgerichtsgesetz wahr. Sitz des Widerspruchsausschusses ist Hamburg.

### **Artikel II**

Der 85. Nachtrag zur Satzung der HEK tritt am 01.01.2018 in Kraft.

### **Genehmigung**

Der vom Verwaltungsrat im schriftlichen Verfahren beschlossene 85. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Viertes Buch (SGB IV) genehmigt.

Bonn, den 19.12.2017  
213 – 59014.0 – 1943/1998

**Bundesversicherungsamt**  
**Im Auftrag**  
**Beckschäfer**