

Satzungen der KKH und der Pflegekasse bei der KKH

Stand: Januar 2016

Satzung der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH

in der Fassung vom 1. Juli 2009

zuletzt geändert durch den 41. Nachtrag vom
12. Dezember 2015

Nachträge zur Satzung und deren aktuell gültige Fassung
können unter www.kkh.de/bekanntmachungen eingesehen
werden.

STAND: JANUAR 2016

Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis der Satzung der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH

Seite

Abschnitt I – Verfassung

§ 1 – Name und Rechtsstellung	4
§ 2 – Sitz, Geschäftsgebiet	4
§ 3 – Organe	4
§ 4 – Verwaltungsrat	4–6
§ 5 – Vorstand	6–7
§ 6 – Vertretung der Kasse	7
§ 7 – Satzungs-, Haushalts- und Rechnungsprüfungsausschuss	7
§ 8 – Widerspruchsausschüsse	7–8
§ 9 – Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen	8
§ 10 – Gliederung	8
§ 11 – Änderungen der Satzung	8–9
§ 12 – Bekanntmachungen	9

Abschnitt II – Mitgliedschaft

§ 13 – Mitgliederkreis	9–10
§ 14 – Erwerb der Mitgliedschaft	10
§ 15 – Ende der Mitgliedschaft	11
§ 16 – Familienversicherung	11

Abschnitt III – Beiträge

§ 17 – Aufbringung der Mittel	12
§ 18 – Beiträge zur Krankenversicherung	12
§ 19 – Mahngebühr	12
§ 20 – Versicherung der freiwillig versicherten Mitglieder	12
§ 21 – Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung	12

Abschnitt IV – Leistungen

§ 22 – Leistungsgrundlagen	13
§ 22a – Leistungsausschluss	13–14
§ 23 – Kostenerstattung	14–15
§ 24 – Prävention, Gesundheitsförderung, Selbsthilfe, Schutzimpfungen	15–16
§ 24a – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	16–22
§ 24b – Sonderbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	22–23
§ 24c – Bonus bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	23
§ 25 – Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen	23
§ 25a – Hausarztzentrierte Versorgung	23–24
§ 26 – Häusliche Krankenpflege	24–25
§ 27 – Haushaltshilfe	25
§ 28 – Krankengeld für besondere Personenkreise	25–26
§ 28a – Wahltarife Krankengeld – Leistungsvoraussetzungen und Sozialversicherungsbeiträge sowie Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit	26
§ 28b – Wahltarif Krankengeld 1	27
§ 28c – Wahltarif Krankengeld 2	27
§ 28d – Tarifwahl, -beginn und -ende	27–29
§ 28e – Mitwirkungspflichten	29
§ 28f – Prämienzahlung	29
§ 29 – Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern	29
§ 29a – Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen	29

§ 29b – Zweitmeinung bei kardiologischen oder kardiochirurgischen Operationen bzw. Eingriffen und bei onkologischen Behandlungen	29–31
§ 29c – Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit	31–34
§ 29d – Tarif strukturierte Behandlungsprogramme	34
§ 29e – Prämienzahlung für die Teilnahme an einer integrierten Versorgung nach § 140a SGB V oder an einem Modellvorhaben nach § 63 SGB V	34–35
§ 29f – Selbstbeteiligung	35–38
§ 29g – unbesetzt	38
§ 29h – Selbstbeteiligung für stationäre Krankenhausbehandlungen	38–40
§ 29i – Begrenzung der Prämienzahlungen	40
§ 29j – Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte	40
§ 29k – Physiocheck	40
§ 29l – Stationäre Behandlung durch nicht nach § 108 SGB V zugelassene Leistungserbringer	41
§ 29m – Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern im ambulanten Bereich	41–42
§ 29n – Zweitmeinungsverfahren	42
§ 29o – Professionelle Zahnreinigung	43
§ 29p – Retainer	43–44
§ 29q – Künstliche Befruchtung	44
§ 29r – Hautkrebsscreening	44
§ 29s – Rufbereitschaft Hebammen	45
§ 29t – Streptokokken-Test	45
§ 30 – Modellvorhaben	45–47

Abschnitt V – Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 31 – Jahresrechnung	48
§ 32 – Rücklage	48

Abschnitt VI – Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen

§ 33 – Anwendbare Vorschriften, Organe, Zusammensetzung	48–49
§ 34 – Beteiligte am U1-Verfahren	49
§ 35 – Beteiligte am U2-Verfahren	49
§ 36 – Teilnahme von Ausbildungsbetrieben	50
§ 37 – Erstattung bei U1-Verfahren	50
§ 38 – Erstattung bei U2-Verfahren	51
§ 39 – Aufbringung der Mittel	51
§ 40 – Umlagesätze	51
§ 41 – Fälligkeit der Umlagen	51
§ 42 – Betriebsmittel	52–52
§ 43 – Haushaltsplan und Rechnungsabschluss	52

Anlage 1 zur Satzung der KKH (§ 9 Abs. 2 der Satzung)

Regelung der Entschädigungen an Mitglieder des Verwaltungsrates	53–54
---	-------

Anlage 2 zur Satzung der KKH (§ 24a Absatz 4 Satz 2 der Satzung)

	55
--	----

Anlage 3 zur Satzung der KKH (§ 24b Absatz 4 Satz 1 der Satzung)

	56
--	----

Anlage 4 zur Satzung der KKH (§ 29b Absatz 2 Buchstabe a der Satzung)

	57
--	----

Anlage 5 zur Satzung der KKH (§ 29b Absatz 2 Buchstabe b der Satzung)

	58
--	----

Anlage 6 zur Satzung der KKH (§ 29k Abs. 2 Satz 1 der Satzung)

	59–61
--	-------

Ein **Abkürzungsverzeichnis** finden Sie im Anschluss an die Satzung der Pflegekasse.

Satzung der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH

in der Fassung vom 1. Juli 2009

Abschnitt I Verfassung

§ 1 – Name und Rechtsstellung

- (1) Die am 1. Juli 2009 aus der Vereinigung der KKH-Allianz (Ersatzkasse) und der METRO AG Kaufhof BKK hervorgegangene Kasse führt den Namen „Kaufmännische Krankenkasse – KKH“ sowie die Kurzbezeichnung „KKH“.
- (2) Die Kaufmännische Krankenkasse – KKH – im Folgenden auch mit der Kurzform „KKH“ bezeichnet oder „Kasse“ genannt – ist eine Ersatzkasse und Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Sie ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und erfüllt ihre Aufgaben im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts in eigener Verantwortung.

§ 2 – Sitz, Geschäftsgebiet

- (1) Sitz der KKH ist Hannover.
- (2) Das Geschäftsgebiet der Kasse umfasst die Bundesrepublik Deutschland.

§ 3 – Organe

Organe der Kasse sind der Verwaltungsrat (Selbstverwaltungsorgan) sowie der Vorstand.

§ 4 – Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat besteht aus 30 Mitgliedern. Ein Mitglied, das verhindert ist, wird durch einen Stellvertreter vertreten.
- (2) Dem Verwaltungsrat gehören 15 Versicherten- und 15 Arbeitgebervertreter mit je einer Stimme an.
- (3) Der Verwaltungsrat vertritt die Kasse gegenüber dem Vorstand. Das Vertretungsrecht wird gemeinsam durch den Vorsitzenden/die Vorsitzende und den stellvertretenden Vorsitzenden/die stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates ausgeübt.
- (4) Der Verwaltungsrat nimmt seine Aufgaben im Rahmen seiner Zuständigkeit wahr. Er überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die Kasse von grundsätzlicher Bedeutung sind. Zu seinen Aufgaben gehört insbesondere:
 1. Wahl eines Vorsitzenden und eines stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus seiner Mitte,

2. Festlegung der Unternehmenspolitik,
 3. Beschluss der Satzung und sonstigen autonomen Rechts der Kasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen,
 4. Wahl der Mitglieder des Vorstandes einschließlich der Festlegung ihrer Amtszeit sowie Wahl des Vorstandsvorsitzenden und seines Stellvertreters aus der Mitte des Vorstandes,
 5. organisatorische Grundentscheidung über die Abgrenzung der Geschäftsbereiche der Vorstandsmitglieder,
 6. Beschluss der festen Sätze und Pauschbeträge nach § 41 Abs. 1 und 3 SGB IV,
 7. Beschluss einer Geschäftsordnung des Verwaltungsrates,
 8. Wahl der Mitglieder und der stellvertretenden Mitglieder der Ausschüsse des Verwaltungsrates,
 9. Feststellung des Haushaltsplanes,
 10. Abnahme der Jahresrechnung und Beschluss über die Entlastung des Vorstandes,
 11. Beschluss über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,
 12. Wahl der ehrenamtlichen Vertreter der Kasse in die Gremien des vdek und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen,
 13. Beschluss über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen.
- (5) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Ist der Verwaltungsrat nicht beschlussfähig, kann der Vorsitzende anordnen, dass in der nächsten Sitzung über den Gegenstand der Abstimmung auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 bestimmte Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Einladung zur nächsten Sitzung hinzuweisen. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (6) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Der Verwaltungsrat kann insbesondere schriftlich abstimmen
1. bei Angleichung von Bestimmungen an geänderte Gesetze oder höchstgerichtliche Rechtsprechung,
 2. bei Änderung von Bestimmungen der Kasse aufgrund von Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,

3. in Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
4. in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
5. in eiligen Fällen.

Wenn mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen.

§ 5 – Vorstand

- (1) Der Vorstand der Kasse besteht aus zwei Personen. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig.
- (2) Der Vorstand verwaltet die KKH hauptamtlich und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.
- (3) Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:
 1. Mitgestaltung der Unternehmenspolitik im Zusammenwirken mit dem Verwaltungsrat,
 2. Unternehmensführung einschließlich Führung der laufenden Verwaltungsgeschäfte,
 3. Aufstellung des Haushaltsplanes,
 4. Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über
 - a) die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung,
 - b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
 5. Bericht gegenüber dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen,
 6. Erarbeitung von Vorlagen für Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung und Vorbereitung von Beschlüssen des Verwaltungsrates,
 7. Verfügung über die Betriebsmittel und Anlage und Bewirtschaftung der Betriebsmittel und der Rücklage der Kasse,
 8. Abschluss von Tarifverträgen,
 9. Einstellung, Kündigung und Gestaltung der Vertragsverhältnisse der Mitarbeiter, bei nicht unter den geltenden Tarifvertrag fallenden Mitarbeitern im Benehmen mit dem Verwaltungsrat,
 10. Abschluss von Verträgen über die Leistungserbringung an die Versicherten,
 11. Aufstellung einer Kassenordnung,
 12. Prüfung der Kassen- und Vermögensbestände sowie der Buchhaltung.

- (4) Der Vorstand stellt auf der Grundlage der Abgrenzung der Geschäftsbereiche Richtlinien auf. Innerhalb dieser Richtlinien verwaltet jedes Vorstandsmitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorsitzende des Vorstandes.

§ 6 – Vertretung der Kasse

- (1) Der Verwaltungsrat vertritt nach Maßgabe des § 4 Absatz 3 die Kasse gegenüber dem Vorstand.
- (2) Der Vorstand vertritt die Kasse gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Der Vorstand kann bestimmen, dass die Kasse durch einzelne Mitglieder des Vorstandes vertreten wird.
- (3) Bei Rechtshandlungen im Zusammenhang mit dem Erwerb, der Veräußerung oder der Belastung von Grundstücken wird die Kasse durch den Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam mit dem Vorsitzenden des Vorstandes – im Verhinderungsfall jeweils durch deren Stellvertreter – vertreten.
- (4) Bedarf der Vorstand eines Ausweises, genügt eine vom Vorsitzenden und vom stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam unterzeichnete Bescheinigung über die Zusammensetzung und den Umfang der Vertretungsbefugnis des Vorstandes.

§ 7 – Satzungs-, Haushalts- und Rechnungsprüfungsausschuss

- (1) Der Verwaltungsrat bildet einen Satzungs-, Haushalts- und Rechnungsprüfungsausschuss. Das Nähere über die Zahl der Mitglieder und die Wahl regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.
- (2) Dem Ausschuss wird die Befugnis, die Bücher und Akten der KKH einzusehen und die Vermögensbestände zu prüfen (§ 197 Abs. 2 SGB V), als Erledigungsausschuss übertragen. Er kann einzelne Mitglieder des Ausschusses hiermit beauftragen.

§ 8 – Widerspruchsausschüsse

- (1) Der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird besonderen Ausschüssen (Widerspruchsausschüsse) übertragen. Die erforderliche Zahl der Widerspruchsausschüsse bestimmt der Verwaltungsrat. Sitz der Widerspruchsstelle ist Hannover.
- (2) Jeder Widerspruchsausschuss besteht aus vier ehrenamtlichen Mitgliedern (zwei Versicherten- und zwei Arbeitgebervertreter) und einem Bediensteten der Kasse. Jedes Mitglied hat zwei Stellvertreter, die das Mitglied bei Verhinderung in der Reihenfolge ihrer Benennung vertreten. Jeder Widerspruchsausschuss wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden. Die Widerspruchsausschüsse sind beschlussfähig, wenn sämtliche Ausschussmitglieder ordnungsgemäß geladen und mindestens drei Ausschussmitglieder oder im Verhinderungsfall ihre Stellvertreterinnen/Stell-

vertreter anwesend und stimmberechtigt sind. Das gilt auch in Angelegenheiten, die den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) betreffen.

- (3) Die ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat für die Dauer der Amtsperiode des Verwaltungsrates gewählt. § 52 SGB IV gilt entsprechend. Wählbar sind Mitglieder und stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates. Die Bediensteten der Kasse werden vom Vorstand benannt.
- (4) Das nähere Verfahren regelt die vom Verwaltungsrat zu beschließende Geschäftsordnung für die Widerspruchsausschüsse.
- (5) Die Widerspruchsausschüsse sind bei einem Einspruch gegen einen Bußgeldbescheid die nach § 112 Abs. 2 SGB IV zuständige Stelle. Die Widerspruchsausschüsse erlassen auch die Widerspruchsbescheide in Angelegenheiten, die den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG betreffen, und entscheiden über Widersprüche nach § 9 Abs. 4 des Informationsfreiheitsgesetzes sowie über Widersprüche im Rahmen des Gesetzes zur Weiterverwendung von Informationen öffentlicher Stellen.

§ 9 – Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine Entschädigung nach Maßgabe des § 41 SGB IV.
- (2) Der Verwaltungsrat beschließt die festen Sätze und die Pauschbeträge nach § 41 Abs. 1 und 3 SGB IV. Art und Höhe ergeben sich aus der Anlage 1 zur Satzung, die Bestandteil der Satzung ist.

§ 10 – Gliederung

- (1) Die Kasse gliedert sich in die Hauptverwaltung und weitere Verwaltungs- und Servicestellen. Die Hauptverwaltung hat ihren Sitz in Hannover.
- (2) Bezeichnung, Aufgaben, Zuständigkeitsbereich und Befugnisse dieser Stellen einschließlich der Hauptverwaltung legt der Vorstand fest.

§ 11 – Änderungen der Satzung

- (1) Beschlüsse zur Änderung der Satzung werden mit Ausnahme der in Absatz 2 genannten Fälle mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.
- (2) Beschlüsse zur Änderung des § 4 Abs. 1, § 5 Abs. 1, § 10 und § 11 Abs. 1 und 2 bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen. Ein Beschluss nach § 4 Abs. 3 Satz 3 Nr. 13 bedarf einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates.
- (3) Änderungen der Satzung haben für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse Wirkung. Das gilt auch für bereits eingetretene, jedoch noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle, soweit damit keine Leistungsminderung verbunden ist.

- (4) Ausfertigungen von Satzungsänderungen werden vom Vorsitzenden des Vorstandes, im Verhinderungsfall von seinem Stellvertreter, unterzeichnet.

§ 12 – Bekanntmachungen

Bekanntmachungen der Kasse erfolgen im Internet unter www.kkh.de.

Abschnitt II

Mitgliedschaft

§ 13 – Mitgliederkreis

- (1) Als versicherungspflichtige Mitglieder sind bei der KKH versichert
1. Angestellte und Arbeiter und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
 2. Personen, die Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
 3. Personen, die nicht nur darlehensweise Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V),
 4. Künstler und Publizisten (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),
 5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
 6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
 7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V),
 8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V),
 9. Studenten (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V),
 10. Praktikanten ohne Arbeitsentgelt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V),
 11. Auszubildende ohne Arbeitsentgelt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V),
 12. Rentner, Rentenantragsteller (§ 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a und 12, § 189 SGB V),

13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder

b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V), wenn sie nicht nach §§ 6 bis 8 SGB V versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind und von ihrem Wahlrecht zur KKH nach § 173 SGB V Gebrauch gemacht haben oder sich die Zuständigkeit der Kasse aus § 175 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB V ergibt.

(2) Als freiwillig Versicherte können bei der KKH Mitglied sein

1. Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),

2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen (§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),

3. schwerbehinderte Menschen (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),

4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),

5. Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 SGB V),

6. Personen, die in der Vergangenheit laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz bezogen haben und davor zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert waren (§ 9 Abs. 1 Nr. 8 SGB V),

wenn sie die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllen, sowie Personen, die freiwillig versichertes Mitglied einer Krankenkasse sind.

§ 14 – Erwerb der Mitgliedschaft

(1) Wer Mitglied werden will, hat seinen Beitritt unter Angabe der erforderlichen Daten innerhalb der gesetzlich festgelegten Fristen zu erklären, es sei denn, die Mitgliedschaft kommt gemäß § 175 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB V zustande.

(2) Schwerbehinderte Menschen können der Kasse nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V als freiwilliges Mitglied nur beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 15 – Ende der Mitgliedschaft

Die Kasse gibt dem Austritt freiwillig versicherter Mitglieder abweichend von § 191 Nr. 3 SGB V zu dem Zeitpunkt statt, ab dem ohne die freiwillige Mitgliedschaft Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V bestünde.

§ 16 – Familienversicherung

Der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder eines Mitgliedes sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind nach Maßgabe des § 10 SGB V bei der Kasse versichert. Lebenspartnerschaften im Sinne dieser Satzung sind Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.

Abschnitt III

Beiträge

§ 17 – Aufbringung der Mittel

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

§ 18 – Beiträge zur Krankenversicherung

Die Kasse erhebt entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und der auf ihrer Grundlage erlassenen Bestimmungen Beiträge zur Krankenversicherung, die an den Gesundheitsfonds weitergeleitet werden. Maßgeblich sind die in den genannten Regelungen getroffenen Festlegungen insbesondere zu den Beitragssätzen, den beitragspflichtigen Einnahmen und der Fälligkeit der Beiträge.

§ 19 – Mahngebühr

Die Erhebung einer Mahngebühr richtet sich nach § 19 Absatz 2 Verwaltungs-Vollstreckungsgesetz.

§ 20 – Versicherung der freiwillig versicherten Mitglieder

- (1) Gegen Entgelt beschäftigte Mitglieder, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze aus der Versicherungspflicht ausscheiden oder als freiwillige Mitglieder eine Tätigkeit aufnehmen, in der sie wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht der Versicherungspflicht unterliegen, werden mit Anspruch auf Krankengeld versichert. Das gilt nicht, wenn der Anspruch auf Krankengeld durch gesetzliche Bestimmungen (z. B. § 50 Abs. 1 Satz 1 SGB V) ausgeschlossen ist.
- (2) Mitglieder, die aus der Krankenversicherungspflicht ausscheiden und dann nicht mehr berufstätig oder die selbstständig erwerbstätig sind, werden ohne Anspruch auf Krankengeld versichert. Dasselbe gilt für freiwillig versicherte Beschäftigte bei Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis sowie für mit Anspruch auf Krankengeld nach §§ 28b und 28c freiwillig versicherte hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige bei Aufgabe ihrer selbstständigen Tätigkeit.

§ 21 – Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung

Die Kasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,2 Prozent monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

Abschnitt IV**Leistungen****§ 22 – Leistungsgrundlagen**

Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen und den nachfolgenden Vorschriften dieser Satzung. Dabei handelt es sich um Leistungen

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

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

§ 22a – Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen (§ 52a SGB V).
- (2) Die Kasse kann soweit möglich Informationen und Belege sowie eine Bestätigung der Versicherten darüber einfordern, dass der Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V nicht allein dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Bei den Prüfungen nach dem vorstehenden Satz sind die Versicherten zur Mitwirkung verpflichtet. Kann mangels ausreichender Mitwirkung des Versicherten nicht geklärt werden, ob der Leistungsausschluss wirksam wird, sind die beanspruchten Leistungen zu versagen (§§ 60 ff. SGB I). Die nach diesem Absatz erhobenen Daten und dabei insbesondere die Angaben zum Gesundheitszustand werden ausschließlich nach den Vorgaben des Zweiten Kapitels des SGB X verarbeitet und genutzt.
- (3) Wurden Leistungen bereits erbracht und stellt sich nachträglich heraus, dass es sich um eine missbräuchliche Leistungsanspruchnahme im Sinne von § 52a SGB V gehandelt hat, können die von der Kasse getragenen Kosten

der Leistung unter Beachtung der einschlägigen Verfahrensvorschriften des SGB X vom Versicherten zurückgefordert werden.

§ 23 – Kostenerstattung

- (1) Versicherte können nach Maßgabe des § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung wählen. Die Wahl muss schriftlich gegenüber der Kasse erfolgen. Der Versicherte muss dabei bestimmen, für welchen der in § 13 Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Bereiche, nämlich den Bereich der ärztlichen Versorgung, den Bereich der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder den Bereich der veranlassten Leistungen, er die Kostenerstattung wählt oder ob die Kostenerstattung ohne Beschränkung gelten soll. Die Wahl der Kostenerstattung ist vor Inanspruchnahme der Leistung, für die eine Kostenerstattung geltend gemacht werden soll, zu erklären. Ab Beginn der unbeschränkten Kostenerstattung darf die Krankenversichertenkarte nicht mehr benutzt werden, im Fall der Beschränkung der Wahl gemäß Satz 3 nicht mehr für den Bereich, für den die Kostenerstattung gilt. Bei unbeschränkter Wahl der Kostenerstattung kann die Kasse die Aushändigung der Krankenversichertenkarte verlangen. Die Wahl der Kostenerstattung gilt für ein Kalendervierteljahr. Wird sie nicht gekündigt, verlängert sie sich anschließend jeweils für ein weiteres Kalendervierteljahr. Die Kostenerstattung kann schriftlich unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen zum Ablauf eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.
- (2) Zur Erstattung sind der Kasse die Rechnungen der Leistungserbringer und die Verordnungen vorzulegen. Die Rechnungen müssen nach Art und Zeit der Leistungen aufgegliedert sein. Arzt- und Zahnarztrechnungen müssen die Diagnose oder den Befund enthalten. Auf Verlangen der Kasse hat der Versicherte die Bezahlung der Rechnung nachzuweisen. Erstattet werden die Rechnungsbeträge höchstens in Höhe der Vergütung, die die Kasse bei Erbringung der Sach- oder Dienstleistung im Inland zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Die Kasse kann die Ermittlung der Erstattungsbeträge vereinfachen. Der Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 vom Hundert, höchstens um 50 Euro je Rechnung und bei mehreren Rechnungen insgesamt höchstens um 300 Euro je Kalenderjahr, gekürzt. Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Kalenderjahr ist der Tag des Rechnungseingangs bei der Kasse. Die vorgesehenen Zuzahlungen werden in Abzug gebracht.
- (3) Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V gilt Absatz 1 nicht. Absatz 2 wird mit der Maßgabe angewendet, dass die der Kasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 SGB V sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB V durch einen zusätzlichen pauschalierten Abschlag vom Erstattungsbetrag in Höhe von 30 vom Hundert zu berücksichtigen sind. Ein Abschlag für Verwaltungskosten wird nicht erhoben.
- (4) Im Fall der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 und 5 SGB V gilt Absatz 2 entsprechend mit den Maßgaben, dass der Versicherte Art und Umfang der

erhaltenen Leistungen auch in anderer geeigneter Form belegen kann, wenn vom Leistungserbringer keine entsprechend spezifizierte Rechnung zu erhalten ist, und dass ein Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 12 vom Hundert erhoben wird, wobei der Abschlag mindestens 6 Euro und höchstens 60 Euro beträgt. Der Abschlag wird nicht auf 300 Euro je Kalenderjahr begrenzt. § 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V bleibt unberührt.

§ 24 – Prävention, Gesundheitsförderung, Selbsthilfe, Schutzimpfungen

- (1) Die Kasse klärt durch Print- und andere Medien, insbesondere durch Veröffentlichungen in der Mitgliederzeitschrift der Kasse sowie anderen periodisch oder sporadisch erscheinenden Schriften, in der Presse, durch Teilnahme an Messen, Ausstellungen, Gesundheitswochen, sonstigen Informationsveranstaltungen o. Ä. über Gesundheitsgefährdungen auf und berät die Versicherten, wie Gesundheitsgefährdungen und Krankheiten begegnet werden kann oder diese verhütet werden können. Die Kasse kann sich darüber hinaus an Maßnahmen und Aktionen Dritter zur Förderung einer gesunden Lebensweise beteiligen.
- (2) Die Kasse gewährt ausgewählte qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention und der Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 1 SGB V). Die Leistungen zur primären Prävention und der Gesundheitsförderung sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.
- (3) Für die Leistungen nach Absatz 2 gelten die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschlossenen prioritären Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention vom 2. Juni 2008 in der jeweils gültigen Fassung. Leistungen der primären Prävention werden in den folgenden prioritären Handlungsfeldern gewährt:
 - a) Bewegungsgewohnheiten:
 - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität,
 - Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme,
 - b) Ernährung:
 - Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung,
 - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht,
 - c) Stressmanagement/Entspannung:
 - Förderung von Stressbewältigungskompetenzen,
 - Förderung von Entspannung,
 - d) Suchtmittelkonsum:
 - Förderung des Nichtrauchens,
 - gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums.

- (4) Die Kasse stellt die Leistungen nach Absatz 2 und Absatz 3 als Sachleistung zur Verfügung. Können die Leistungen nicht als Sachleistung erbracht werden, erfolgt eine Kostenerstattung. Die Höhe der Kostenerstattung ist begrenzt auf die Kosten, die die Kasse bei Erbringung als Sachleistung getragen hätte. Die Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Maßnahme zur primären Prävention eine Zuzahlung in Höhe von 10 vom Hundert zu leisten. Bei der Kostenerstattung wird ein Eigenanteil in Höhe der – bei der Erbringung als Sachleistung – zu leistenden Zuzahlung erstattungsmindernd berücksichtigt. Maximal werden je Maßnahme im Kalenderjahr 80 Euro erstattet. In Verträgen der Kasse mit Leistungsanbietern können abweichende Zuschussregelungen vereinbart werden. Die Förderung ist auf maximal zwei Präventionskurse im Kalenderjahr begrenzt.
- (5) Die Versicherten erhalten über die Leistungspflicht nach § 20i SGB V hinaus Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, soweit nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist, nach den folgenden Regelungen:
 - a) Die Kasse übernimmt Schutzimpfungen gegen Influenza für Versicherte, die nicht von den Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V erfasst werden.
 - b) Die Kasse übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen darüber hinaus ganz oder teilweise, soweit das in dem von ihr zu führenden Verzeichnis der Schutzimpfungen als Satzungsleistungen festgelegt ist. Die Servicezentren informieren die Versicherten darüber, für welche weiteren Schutzimpfungen Kosten übernommen werden, und stellen bei Bedarf das Verzeichnis zur Verfügung.
- (6) Die Kasse erbringt im Rahmen des § 20a SGB V Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.

§ 24a – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Die Kasse gewährt Versicherten, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder von der Kasse jeweils festgelegte qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention in Anspruch nehmen (Maßnahmen), einen Bonus. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig und erfolgt auf Antrag. Die gleichzeitige Teilnahme an unterschiedlichen Varianten des Bonusprogramms (Bonusvarianten) ist nicht möglich. Den Versicherten wird zu Beginn der Teilnahme ein Bonusheft ausgehändigt, in dem die bonifizierbaren Leistungen durch Bestätigung vom Leistungserbringer, vom Veranstalter oder der im Bonusheft genannten Stelle nachzuweisen sind. Die Teilnahme beginnt immer zum Ersten des laufenden Monats, jedoch nicht vor Beginn der Versicherung bei der KKH. Mit Teilnahmebeginn beginnt auch der erste Sammelzeitraum. Der Teilnahmezeitraum ist unbefristet, soweit im Folgenden nichts Abweichendes festgelegt ist. Der Sammelzeitraum ist abhängig von der gewählten Bonusvariante.
- (2) Teilnehmen am Bonusprogramm können alle Mitglieder und Familienversicherten der KKH. Weitere Voraussetzungen zur Teilnahme sind in den Absätzen zu den einzelnen Bonusvarianten geregelt.

- (3) Es können alle Maßnahmen bonifiziert werden, die unter Absatz 5 aufgeführt sowie für den jeweiligen Teilnehmer zutreffend sind und die innerhalb des für die jeweilige Bonusvariante zugrundeliegenden Sammelzeitraums während bestehender Versicherung bei der KKH erbracht werden. Werden bestimmte Maßnahmen wiederholt in Anspruch genommen, ist eine Bonifizierung nicht mehr als einmal pro Teilnahmejahr möglich. Die Inanspruchnahme einer der in Absatz 5 genannten Maßnahmen wird mit jeweils 200 Bonuspunkten bonifiziert, soweit innerhalb der einzelnen Bonusvarianten nichts Abweichendes festgelegt ist. Kosten für die Ausstellung einer Teilnahmebescheinigung oder für das Abstempeln werden von der KKH nicht übernommen.
- (4) Voraussetzung für die Gewährung eines Bonus ist, dass die in den einzelnen Bonusvarianten jeweils erforderliche Mindestanzahl an Maßnahmen im Teilnahmezeitraum in Anspruch genommen und deren Inanspruchnahme nachgewiesen wird. Die für die jeweilige Bonusvariante erforderliche Mindestanzahl an nachzuweisenden Maßnahmen sowie die maximal bonifizierbare Anzahl an Maßnahmen ist in der Anlage 2 zur Satzung tabellarisch aufgeführt.
- (5) Bonifiziert wird die Inanspruchnahme der nachfolgend genannten Maßnahmen:
- a) ärztliche Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Absatz 1 SGB V,
 - b) Krebsfrüherkennungsuntersuchung im Sinne von § 25 Absatz 2 SGB V,
 - c) Kinderuntersuchung gemäß § 26 Absatz 1 SGB V,
 - d) ergänzende Untersuchung zu den Kinderuntersuchungen gemäß § 26 Absatz 1 SGB V (Untersuchungen U7a, 10 und 11 sowie die Jugenduntersuchung J2 entsprechend den inhaltlichen Festlegungen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte),
 - e) Ergometertest im Fitnessstudio,
 - f) zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung gemäß §§ 21, 22 und 55 SGB V,
 - g) professionelle Zahnreinigung,
 - h) Schutzimpfung (nach § 20d SGB V oder nach § 24 Absatz 5 der Satzung),
 - i) anerkanntes Schulungsprogramm zur Brustselbstuntersuchung für Frauen (MammaCare-Methode),
 - j) regelmäßige Teilnahme von weiblichen Versicherten an einem Geburtsvorbereitungskurs und/oder einer Rückbildungsgymnastik,
 - k) von Fachpersonal durchgeführter Sehtest,
 - l) regelmäßige sportliche Aktivität (aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio, Betriebssportgruppe oder Sportverein, Teilnahme am Hochschulsport, andere Institution mit qualitätsgesicherten Leistungen),
 - m) regelmäßige Teilnahme an qualitätsgesicherten Maßnahmen zur Entwicklungsförderung für Kinder bis zum Alter von drei Jahren (PEKIP®, Babyschwimmen, Babymassage),

- n) Leistungsnachweis des Deutschen Olympischen Sportbundes, des Deutschen Leichtathletikverbandes, des Deutschen Schwimmverbandes, des Deutschen Turner-Bundes, des Deutschen Wanderverbandes oder des Bundes Deutscher Radfahrer,
 - o) betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V,
 - p) Teilnahme an qualitätsgeprüften Präventionskursen nach § 20 SGB V,
 - q) Teilnahme an Programmen der Setting-Prävention in Kindergärten und Schulen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sucht.
- (6) Der Bonus wird als Sach- oder Geldleistung gewährt. Jeder Bonuspunkt entspricht bei Gewährung einer Geldprämie 0,05 Euro. Neben oder an Stelle einer Sach- oder Geldleistung kann der Bonus auch in Form eines zweckgebundenen Zuschusses für eine in den einzelnen Bonusvarianten aufgeführte selbst beschaffte Sach- oder Dienstleistung gewährt werden (siehe § 24a Absatz 10 Buchstabe c der Satzung sowie Anlage 2 zur Satzung).
- (7) Um Versicherten einen stärkeren Anreiz zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu geben, kann einmalig ein Bonus vorschussweise gewährt werden. Voraussetzung dafür ist eine schriftliche Erklärung der Teilnahme des Versicherten, mit der der Versicherte die Teilnahmebedingungen anerkennt und sich zum Erwerb der erforderlichen Mindestpunkte verpflichtet. Die vorschussweise Gewährung erfolgt mit der Nebenbestimmung, dass der Versicherte innerhalb von zwölf Monaten die erforderlichen Maßnahmen durchführt und dies der KKH gemäß Absatz 1 Satz 4 nachweist. Der Bonus wird unter Beachtung der §§ 44 ff SGB X zurückgefordert, wenn die Nebenbestimmung nicht erfüllt wird.
- (8) Zum Ende eines Sammelzeitraums werden nicht eingelöste Bonuspunkte in den neuen Sammelzeitraum übertragen. Werden innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Teilnahmejahren keine Bonuspunkte erworben, verfallen die bis dahin vom Versicherten erworbenen Bonuspunkte.
- (9) Der Versicherte kann seine Teilnahme am Bonusprogramm jederzeit durch eine Erklärung, die keiner bestimmten Form bedarf, beenden. Die Teilnahme endet zudem mit Beendigung der Versicherung bei der KKH. Das Einlösen von Bonuspunkten nach beendeter Versicherung ist unzulässig.
- (10) Im Folgenden sind für die Bonusvariante **Pro Boni Basis** die Voraussetzungen und Ansprüche geregelt:
- a) Teilnahmeberechtigt sind alle Mitglieder und Familienversicherten. Der Sammelzeitraum beträgt zwölf Monate. Sofern der Teilnehmer nichts Gegenteiliges wünscht, schließt sich jeweils automatisch an den vorherigen ein weiterer Sammelzeitraum an.
 - b) Einen Bonus kann jeder auswählen, der die erforderliche Mindestanzahl von drei Maßnahmen in Anspruch genommen hat. Die Mindestanzahl an Maßnahmen kann auch über mehrere Sammelzeiträume erbracht werden; Absatz 8 Satz 2 bleibt unberührt. Je Sammelzeitraum können jedoch maximal drei unterschiedliche Maßnahmen nach Absatz 5 bonifiziert werden.

Innerhalb eines jeden Sammelzeitraums können nur einmal erworbene Bonuspunkte gegen einen Bonus eingelöst werden.

c) Der Bonus kann in folgender Form gewährt werden:

- Geldleistung (mindestens 30 Euro für den gesamten Teilnahmezeitraum, maximal 30 Euro je Sammelzeitraum) oder
 - Punkteübertragung an bei der KKH versicherte Kinder oder Enkelkinder, soweit diese bereits Punkte im Rahmen der Bonusvariante Kinder-Bonus gesammelt haben, zur Berücksichtigung in jener Bonusvariante oder
- jeweils für 600 Bonuspunkte –
- Los der Aktion Mensch oder
 - Übernahme der Kosten des ersten Jahresbeitrags für eine von der KKH vermittelte, bei Teilnahmebeginn gleichzeitig neu abgeschlossene private Zusatzversicherung bis zu einer Höhe von höchstens 100 Euro (keine Übernahme der Kosten für den ersten Jahresbeitrag erfolgt für eine neu abgeschlossene Auslandsreisekrankenversicherung) oder
 - Zuschuss in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten bis höchstens 35 Euro zu nachgewiesenen Zahlungen für eine im betreffenden Sammelzeitraum bei einem zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer durchgeführte professionelle Zahnreinigung (PZR) bei Vorlage der Rechnung, wenn die KKH nicht bereits aufgrund von § 29o einen Zuschuss leistet, oder
 - Zuschuss in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten bis höchstens 100 Euro zu nachgewiesenen Zahlungen für im betreffenden Sammelzeitraum durchgeführte osteopathische Behandlungen bei Vorlage der ärztlichen Verordnung und der Rechnung. Eine osteopathische Behandlung in diesem Sinne liegt vor, sofern der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung das 6. Lebensjahr vollendet hat und die Leistung
 1. medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
 2. auf ärztliche Verordnung eines an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arztes erbracht wird,
 3. nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde und
 4. qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt; der Leistungserbringer muss eine mehrjährige Weiterbildung und ständige Fortbildungen nachweisen können.

- Zuschuss in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten bis 100 Euro zu nachgewiesenen Zahlungen für eine Schutzimpfung, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert ist und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen wird.
- d) Die Gewährung des Bonus erfolgt auf Antrag. Hierzu ist es erforderlich, das ausgefüllte Bonusheft unter Nennung des gewünschten Bonus dem zuständigen Servicezentrum der KKH vorzulegen.
- e) Endet die Teilnahme bereits während des laufenden Sammelzeitraums, können die bis dahin gesammelten Bonuspunkte gegen einen Bonus eingetauscht werden; dabei muss die Mindestanzahl an Maßnahmen nach Buchstabe b) erreicht sein. Bei Nicht-Erreichen der erforderlichen Mindestanzahl von Maßnahmen verfallen die bis dahin gesammelten Bonuspunkte.
- (11) Bei Mitgliedern und Familienversicherten, die bei Teilnahmebeginn das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird auf Antrag der Bonus als Geldleistung im Rahmen der Bonusvariante **Kinder-Bonus** gewährt.
- a) Die Teilnahme läuft längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Der Sammelzeitraum beträgt ab dem Tag der Anmeldung 36 Monate. Während dieser Laufzeit können maximal 3000 Bonuspunkte für die Inanspruchnahme von Maßnahmen gemäß Absatz 5 gesammelt werden, wobei jede Maßnahme nur einmal pro Teilnahmejahr (also maximal dreimal je Sammelzeitraum) berücksichtigt werden kann. Ab Erreichen der Maximalpunktzahl führt die Inanspruchnahme weiterer Maßnahmen im Sammelzeitraum zu keiner Gutschrift von Bonuspunkten. Sofern der Teilnehmer nichts Gegenteiliges wünscht, schließt sich jeweils automatisch an den vorherigen ein weiterer Sammelzeitraum an, soweit der Teilnehmer das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- b) Eltern und Großeltern des Kindes, die ebenfalls bei der Kasse versichert sind, können zusätzliche Bonuspunkte zu den vom Kind gesammelten Punkten auf das Konto übertragen. Nach Ablauf eines Sammelzeitraums von drei Jahren werden alle vom Kind in dem betreffenden Zeitraum gesammelten Bonuspunkte verdoppelt (Vorsorgebonus).
- c) Anspruch auf den Bonus hat jeder Teilnehmer, der die Inanspruchnahme von mindestens drei Maßnahmen nachgewiesen hat. Die Auszahlung des Bonus erfolgt auf Antrag jeweils nach Ablauf eines Sammelzeitraums, spätestens mit Vollendung des 18. Lebensjahres. Hierzu ist es erforderlich, das ausgefüllte Bonusheft dem zuständigen Servicezentrum der KKH vorzulegen. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgt die Auszahlung an die gesetzlichen Vertreter. Wird die Teilnahme an dieser Bonusvariante vor Ablauf eines 36-monatigen Sammelzeitraums beendet, wird für diesen Zeitraum kein zusätzlicher Vorsorgebonus gewährt. Bei einer Beendigung im ersten Jahr dieses Sammelzeitraums werden maximal 30 Euro, im zweiten Jahr maximal 60 Euro und im dritten Jahr maximal 150 Euro, gegebenenfalls zuzüglich des Geldwerts der übertragenen Punkte nach Buchstabe b),

ausgezahlt. Wurden geringere Beträge angespart, erfolgt eine Auszahlung maximal in Höhe der tatsächlich angesparten Beträge. Bonuspunkte aus zurückliegenden Sammelzeiträumen sind von der genannten Staffelung ausgeschlossen und werden in voller Höhe ausgezahlt.

- d) Nach vorzeitiger Beendigung dieser Bonusvariante besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einer anderen Bonusvariante, soweit deren jeweilige Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind. Die Teilnahme am Kinder-Bonus endet automatisch mit Vollendung des 18. Lebensjahres.
 - e) Absatz 7 und Absatz 8 Satz 2 finden keine Anwendung.
- (12) Im Folgenden sind für die Bonusvariante **Jugend-Bonus** die Voraussetzungen und Ansprüche geregelt:
- a) Teilnahmeberechtigt sind alle Mitglieder und Familienversicherten, die bei Teilnahmebeginn das 15., aber noch nicht das 19. Lebensjahr vollendet haben. Die Teilnahme läuft längstens bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Der Sammelzeitraum beträgt 24 Monate. Sofern der Teilnehmer nichts Gegenteiliges wünscht, schließt sich jeweils automatisch an den vorherigen ein weiterer Sammelzeitraum an.
 - b) Je Sammelzeitraum können maximal 2000 Punkte für die Inanspruchnahme von Maßnahmen gemäß Absatz 5 gesammelt werden, wobei jede Maßnahme nur einmal pro Teilnahmejahr (also maximal zweimal je Sammelzeitraum) berücksichtigt werden kann. Ab Erreichen der Maximalpunktzahl führt die Inanspruchnahme weiterer Maßnahmen im Sammelzeitraum zu keiner Gutschrift von Bonuspunkten. Nach Ablauf eines Sammelzeitraums werden alle in dem betreffenden Zeitraum gesammelten Punkte mit dem Faktor 1,5 multipliziert (Vorsorgebonus). Dies gilt nicht für Sammelzeiträume, in denen die Teilnahme vor deren Ablauf endet oder beendet wird.
 - c) Die Bonuspunkte können bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres angespart werden.
 - d) Der Bonus wird ausschließlich in Form einer Geldleistung gewährt.
 - e) Anspruch auf den Bonus hat jeder Teilnehmer, der die Inanspruchnahme von mindestens zwei Maßnahmen nachgewiesen hat. Die Auszahlung des Bonus erfolgt auf Antrag, spätestens mit Vollendung des 21. Lebensjahres. Hierzu ist es erforderlich, das ausgefüllte Bonusheft dem zuständigen Servicezentrum der KKH vorzulegen. Im Falle der Beendigung der Teilnahme vor Ablauf des jeweiligen Sammelzeitraums werden bei einer Auflösung im ersten Jahr dieses Sammelzeitraums maximal 30 Euro und im zweiten Jahr maximal 60 Euro gewährt. Wurden geringere Beträge angespart, erfolgt eine Auszahlung maximal in Höhe der tatsächlich angesparten Beträge. Bonuspunkte aus zurückliegenden Sammelzeiträumen sind von der genannten Staffelung ausgeschlossen und werden in voller Höhe ausgezahlt.
 - f) Nach vorzeitiger Beendigung dieser Bonusvariante besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einer anderen Bonusvariante, soweit deren jeweilige Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind. Die Teilnahme endet automatisch mit

Vollendung des 21. Lebensjahres. Im Anschluss daran ist der Teilnehmer weiterhin im Bonusprogramm der KKH in der Variante Pro Boni Basis eingeschrieben, sofern er nichts Gegenteiliges wünscht.

g) Absatz 7 und Absatz 8 Satz 2 finden keine Anwendung.

§ 24b – Sonderbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Versicherte, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, sich regelmäßig sportlich betätigen und zudem mindestens zwei der in Absatz 2 genannten Voraussetzungen (Gesundheitsfaktoren) erfüllen, haben auf Antrag nach Maßgabe der folgenden Absätze einen Anspruch auf Gewährung eines Sonderbonus.
- (2) Zu den Gesundheitsfaktoren im Sinne des Absatz 1 zählen:
 - Gesamtcholesterinwert im Normbereich,
 - Blutzuckerwert im Normbereich,
 - Blutdruck im Normbereich,
 - Body Mass Index im Normbereich,
 - Nichtraucherstatus,
 - Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung nach § 55 Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB V.
- (3) Die regelmäßige sportliche Betätigung ist durch die Vorlage einer schriftlichen Bestätigung eines Vertragsarztes, eines nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arztes oder einer Institution mit qualitätsgesicherten Leistungen (z. B. qualitätsgesichertes Fitnessstudio, Sportverein, Hochschulsport) oder die Vorlage eines Leistungsabzeichens (z. B. des Deutschen Turner-Bundes, des Deutschen Schwimm-Verbandes) nachzuweisen.
- (4) Die Normbereiche des Gesamtcholesterinwertes, Blutzuckerwertes, Blutdruck und Body Mass Index orientieren sich jeweils an den von der World Health Organization (WHO) festgelegten Grenzwerten und sind in der Anlage 3 der Satzung aufgeführt. Die Einhaltung der jeweiligen Grenzwerte sowie der Nichtraucherstatus ist durch die Vorlage einer Bescheinigung eines Vertragsarztes oder eines nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arztes zu belegen. Die Inanspruchnahme einer zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach § 55 Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB V ist durch Vorlage einer Bestätigung eines Vertragszahnarztes oder eines nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Zahnarztes nachzuweisen. Eine Abfrage medizinischer Daten der Versicherten durch die Kasse erfolgt nicht.
- (5) Kosten für die Ausstellung der erforderlichen Nachweise werden von der KKH nicht übernommen. Das Ausstellungsdatum der Nachweise darf zum Zeitpunkt der Beantragung des Sonderbonus jeweils nicht mehr als ein halbes Jahr in der Vergangenheit liegen.
- (6) Werden neben der regelmäßigen sportlichen Betätigung zwei der in Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt, beträgt der Sonderbonus 60 Euro; werden mindestens drei der in Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt, erhöht sich der Sonderbonus bei regelmäßig sportlich aktiven Versicherten auf 100 Euro.

- (7) Wird dem Versicherten ein Sonderbonus gewährt, kann die erneute Gewährung eines solchen Bonus bei Vorliegen der vorgenannten Voraussetzungen erst nach Ablauf des auf die Bonusgewährung folgenden Kalenderjahres auf Antrag erfolgen. In jedem Fall der Beantragung der Gewährung eines Sonderbonus hat der Versicherte das Vorliegen der vorgenannten Voraussetzungen gesondert nachzuweisen.
- (8) Die Teilnahme an dem in dieser Vorschrift geregelten Bonusprogramm erstreckt sich jeweils auf ein Kalenderjahr. Die gleichzeitige Teilnahme an dem in § 24a geregelten Bonusprogramm ist nicht möglich.

§ 24c – Bonus bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Bei von der Kasse durchgeführten oder unterstützten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus. Die Voraussetzungen für die Bonusgewährung und die Höhe des Bonus werden jeweils im Einzelfall mit dem Arbeitgeber vertraglich vereinbart.
- (2) Zwingend erforderlich für eine Bonusgewährung sind eigene Investitionen des Arbeitgebers zur Durchführung der zu fördernden Maßnahme; der Arbeitgeber muss hierfür finanzielle oder personelle Ressourcen bereitstellen. Außerdem müssen die Beteiligungsrechte des zuständigen Betriebs- oder Personalrats gewahrt und ggf. eine Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung getroffen sein. Die Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht überschreiten. Maßnahmen des Arbeitgebers, zu denen dieser aufgrund gesetzlicher Vorschriften wie dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet ist, werden nicht gefördert.

§ 25 – Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen

- (1) Die Kasse kann unter den in § 23 SGB V genannten Voraussetzungen
 - ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sowie
 - stationäre Vorsorgeleistungen in Vorsorgeeinrichtungen (stationäre Vorsorge), erbringen.
- (2) Bei der Durchführung ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten beteiligt sich die Kasse an den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten mit einem Zuschuss von 13 Euro täglich. Der Zuschuss nach Satz 1 beträgt bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder 21 Euro täglich.

§ 25a – Hausarztzentrierte Versorgung

- (1) Die KKH 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, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztliche Vereinigun-

gen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

- (2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Der Versicherte hat seine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung schriftlich zu erklären. Vor der Abgabe der Teilnahmeerklärung informiert die Kasse die an einer Teilnahme interessierten Versicherten schriftlich über den Inhalt und die Ziele des jeweiligen Versorgungsvertrags, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung, die Möglichkeit sowie die Form und die Frist eines Widerrufs der Teilnahmeerklärung, die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme und die etwaig im Rahmen des Versorgungsvertrags vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 26 – Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Kasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.
- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als Behandlungspflege häusliche Krankenpflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 SGB XI aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege

vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

- (3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (4) Kann die Kasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbst beschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.
- (5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 SGB V ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Kasse.

§ 27 – Haushaltshilfe

- (1) Als zusätzliche Leistung erhalten Versicherte zur Aufrechterhaltung des Haushalts in seinen Grundfunktionen Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen einer akuten Erkrankung oder einer akuten Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Hierfür ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- (2) Der Anspruch besteht nur beim Einsatz einer selbst beschafften Haushaltshilfe und nur für maximal zehn Leistungstage pro Kalenderjahr bis zu vier Stunden am Tag. Erstattet wird die Vergütung für die selbst beschaffte Haushaltshilfe, aber nicht mehr als 5,25 Euro pro Stunde.
- (3) Wenn eine selbst beschaffte Haushaltshilfe nicht verfügbar ist und der Ehe- oder Lebenspartner unbezahlten Urlaub nehmen muss, um den Haushalt weiterzuführen, erstattet die Kasse den nachgewiesenen Nettoverdienstaufschlag für maximal zehn Leistungstage pro Kalenderjahr bis zur Höhe des Höchstkrankengeldes nach § 47 SGB V je Kalendertag.
- (4) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrag an die Kasse.

§ 28 – Krankengeld für besondere Personengruppen

- (1) Freiwillig versicherte hauptberuflich selbständig Erwerbstätige (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V), Beschäftigte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes haben (unständig Beschäftigte) und nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherte Mitglieder können sich für die Zeit ihrer Mitgliedschaft, wenn sie die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 SGB V abgegeben haben, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen

soll, für den Geltungszeitraum dieser Erklärung zusätzlich zu dem gesetzlichen Krankengeldanspruch für einen Wahltarif Krankengeld (§§ 28a bis 28f) entscheiden.

- (2) Bei abhängig Beschäftigten, deren Entgelt nach Monaten bemessen ist, wird bei schwankendem Entgelt bei der Berechnung des Krankengeldes das durchschnittliche Entgelt der letzten drei Monate herangezogen. Zusätzliche Vergütungen zum Monatslohn werden bei abhängig Beschäftigten bei der Berechnung des Krankengeldes nur berücksichtigt, wenn die jeweils gleiche zusätzliche Vergütung in den letzten drei abgerechneten Monaten regelmäßig vergütet wurde. Ist dies der Fall, wird der Durchschnitt der letzten drei abgerechneten Monate herangezogen. Mehrarbeitsvergütungen werden bei abhängig Beschäftigten bei der Berechnung des Krankengeldes nur berücksichtigt, wenn in den letzten drei abgerechneten Monaten bzw. in den letzten 13 abgerechneten Wochen regelmäßig Mehrarbeit geleistet wurde. Ggf. werden die durchschnittlichen Mehrarbeitsvergütungen der letzten drei abgerechneten Monate bzw. der letzten 13 abgerechneten Wochen zugrunde gelegt.
- (3) Bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird die Berechnung und Zahlung des Krankengeldes so vorgenommen, dass das Krankengeld seine Entgeltersatzfunktion erfüllt. Ein Ausfall von Arbeitsentgelt während einer arbeitsfreien Periode, der durch eine während der Arbeitsperiode eingetretene Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldbezug bedingt ist, wird durch eine entsprechende – ggf. rückwirkende – Bemessung des Krankengeldes ausgeglichen.

§ 28a – Wahltarife Krankengeld – Leistungsvoraussetzungen und Sozialversicherungsbeiträge sowie Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit

- (1) Auf den Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 28a bis 28f (Wahltarifkrankengeld) werden die gesetzlichen Vorschriften für den Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 bis 51 SGB V (gesetzliches Krankengeld) entsprechend angewendet, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- (2) Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht zusammen mit dem gesetzlichen Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren. § 48 SGB V bleibt unberührt.
- (3) Für Zeiten, für die Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht, besteht Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung nach § 224 SGB V. Während der Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V besteht keine Pflicht zur Zahlung von Prämien nach den §§ 28a bis 28f für das Wahltarifkrankengeld. Im Falle der Versicherungspflicht in anderen Zweigen der Sozialversicherung sowie nach dem SGB III behält die Kasse den vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteil vom Krankengeld ein und entrichtet diesen an die für den Beitragseinzug zuständige Stelle. Bei dem Wahltarif nach § 28c (Krankengeld 2) wird ein Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen in Höhe des Krankengeldes als versichert und als dem Krankengeld (bzw. seiner Bemessung) zugrunde liegend angesehen.

§ 28b – Wahltarif Krankengeld 1

- (1) Freiwillig versicherte hauptberuflich selbständig Erwerbstätige und sozialversicherungsrechtlich nicht als Arbeitnehmer geltende Beschäftigte einer Gesellschaft, denen wegen Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung Arbeits-einkommen oder Arbeitsentgelt entgeht, können bis zum Ende des Monats, in dem sie das 55. Lebensjahr vollenden, einen Anspruch auf Wahltarifkrankengeld ab dem 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen, wenn sie die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V für das gesetzliche Krankengeld abgegeben haben.
- (2) Die nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V Versicherungspflichtigen, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts aufgrund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, können bis zum Ende des Monats, in dem sie das 55. Lebensjahr vollenden, einen Anspruch auf Wahltarifkrankengeld ab dem 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen, wenn sie die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V für das gesetzliche Krankengeld abgegeben haben.
- (3) Ist bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit der gesetzliche Krankengeldanspruch wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer ausgeschöpft, entsteht aufgrund dieser Krankheit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld mehr.
- (4) Die vom Mitglied zu zahlende monatliche Prämie beträgt 1 vom Hundert des für die Beitragsbemessung zur Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungswertes (im Falle des Absatzes 1 nach § 240 SGB V, im Falle des Absatzes 2 nach § 232 SGB V bzw. bei nicht unständig Beschäftigten nach §§ 226 ff. SGB V).

§ 28c – Wahltarif Krankengeld 2

- (1) Die nach dem KSVG versicherten Mitglieder können bis zum Ende des Monats, in dem sie das 55. Lebensjahr vollenden, einen Anspruch auf Wahltarifkrankengeld ab dem 15. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen. Das kalendertägliche Wahltarifkrankengeld beträgt 20 Euro. Überschreitet dieser Betrag das tatsächlich entgehende kalendertägliche Arbeitseinkommen und Arbeitsentgelt, reduziert sich das kalendertägliche Wahltarifkrankengeld auf das tatsächlich entgehende kalendertägliche Arbeitseinkommen und Arbeitsentgelt. Ist bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit der gesetzliche Krankengeldanspruch wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer ausgeschöpft, entsteht aufgrund dieser Krankheit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld mehr.
- (2) Die vom Mitglied zu zahlende monatliche Prämie beträgt 5,85 Euro.

§ 28d – Tarifwahl, -beginn und -ende

- (1) Die Tarifwahl muss schriftlich erfolgen. Die Erklärung ist gegenüber der KKH abzugeben und wird mit ihrem Zugang wirksam.

- (2) Die Tarfteilnahme beginnt am Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Tarifwahl erklärt wird, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft und nicht vor Beginn des Zeitraums, für den die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 SGB V gilt. Das rückwirkende Wahlrecht nach § 319 Absatz 3 SGB V und nach Artikel II bleibt unberührt.

Die Teilnahme an dem Tarif nach § 28b Absatz 1 kann mit Wirkung ab Aufnahme der hauptberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit, frühestens ab Beginn der Mitgliedschaft, gewählt werden, wenn die Tarifwahl innerhalb von zwei Wochen nach Aufnahme der hauptberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit bzw. nach Beginn der Mitgliedschaft erfolgt.

Bestand nicht in dem Zeitraum von einem Monat vor dem gewählten Beginn der Teilnahme an dem Tarif nach § 28b eine Versicherung mit gleichwertigem Krankengeldanspruch, sondern keine Versicherung, eine Versicherung mit kürzerem oder späterem Anspruch auf Krankengeld und führt die Tarifwahl im Vergleich dazu zu einer Versicherung mit weitergehendem Krankengeldanspruch, beginnt die Tarfteilnahme erst am Ersten des vierten Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Tarifwahl erklärt wird.

- (3) Die Tarfteilnahme und ein darauf beruhender Wahltarifkrankengeldanspruch enden
- a) mit dem Tod des Tarfteilnehmers,
 - b) zu dem Zeitpunkt, zu dem die Mitgliedschaft bei der KKH endet,
 - c) zu dem Zeitpunkt, zu dem die Tarfteilnahme wirksam nach Absatz 5 gekündigt wird
 - d) zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarfteilnehmer Rente wegen voller Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeit oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhält,
 - e) zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarfteilnehmer Leistungen wegen Alters oder voller Erwerbsminderung von einer berufsständischen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung erhält,
 - f) zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarfteilnehmer wegen Alters, Invalidität oder Erwerbsunfähigkeit Leistungen bezieht, die einer gesetzlichen Rente wegen Alters oder voller Erwerbsminderung vergleichbar sind.
- (4) Die Tarfteilnahme ruht ab dem Zeitpunkt, zu dem die Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis endet. Besteht zu diesem Zeitpunkt Anspruch auf Wahltarifkrankengeld, so ruht die Tarfteilnahme ab dem Zeitpunkt des Entfallens des Wahltarifkrankengeldanspruchs, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis. Während des Ruhens der Tarfteilnahme besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld und keine Pflicht zur Prämienzahlung. Die Tarfteilnahme endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, wenn nicht bis zum nächsten Kündigungstermin nach Absatz 5 Satz 1 und 2 nach dem Eintritt des Ruhens erneut eine Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis besteht.

- (5) Die Tarifteilnahme kann mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf eines vollen Jahres der Tarifteilnahme gekündigt werden. Eine Kündigung ist frühestens zum Ablauf des dritten Jahres nach Tarifbeginn möglich. In begründeten Härtefällen kann auf die Einhaltung der in Satz 1 genannten Frist verzichtet werden. Die Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.
- (6) Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

§ 28e – Mitwirkungspflichten

Der Tarifteilnehmer hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen. Er hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. § 66 Absatz 2 SGB I gilt entsprechend.

§ 28f – Prämienzahlung

- (1) Die jeweiligen Prämien sind im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten. Sie werden am fünften Tag des Monats fällig, für den sie zu entrichten sind.
- (2) Für Prämien, die der Tarifteilnehmer nicht bis zum Ablauf des sich aus Absatz 1 ergebenden Fälligkeitstages gezahlt hat, ist für jeden angefangenen Monat des Zahlungsverzuges ein Verzugsaufschlag von 1 v. H. der rückständigen Prämien zu zahlen, mindestens ein Euro. Eine Mahngebühr wird nicht erhoben.
- (3) Ist der Tarifteilnehmer trotz Hinweises auf die Folgen mit Prämien in Höhe von mindestens zwei Monatsprämien im Rückstand, ruht mit Ablauf des nächsten Zahltages der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld bis zur vollständigen Erfüllung aller Prämienforderungen der Kasse einschließlich etwaiger Verzugsaufschläge und Vollstreckungskosten.

§ 29 – Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Die Kasse unterstützt die Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden und nicht nach § 116 SGB X auf die Kasse übergegangen sind.

§ 29a – 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 Auslandsreisekrankenversicherung sein.

§ 29b – Zweitmeinung bei kardiologischen oder kardiochirurgischen Operationen bzw. Eingriffen und bei onkologischen Behandlungen

- (1) Versicherte können nach Maßgabe der folgenden Absätze eine unabhängige

ärztliche Zweitmeinung zur Erforderlichkeit geplanter kardiologischer oder kardiochirurgischer Operationen bzw. Eingriffe einholen. Gleiches gilt für die Überprüfung onkologischer Behandlungsmethoden.

- (2) Der Anspruch setzt voraus, dass
- a) dem Versicherten zur Durchführung einer geplanten und in der Anlage 4 zur Satzung der KKH (§ 29b Absatz 2 Buchstabe a der Satzung) aufgeführten kardiologischen oder kardiochirurgischen Operation eine Krankenhauseinweisung, ein Überweisungsschein mit Operationsempfehlung oder – sofern der behandelnde Arzt die Operation selbst vornimmt – eine ärztliche Bestätigung der geplanten Operation vorliegt und eine Krankenhausaufnahme zur Durchführung der Operation noch nicht erfolgt ist, wobei der Eingriff durch das Einbringen eines Herzkatheters wie eine Operation gewertet wird, oder
 - b) bei dem Versicherten eine in der Anlage 5 zur Satzung der KKH (§ 29b Absatz 2 Buchstabe b der Satzung) aufgeführte onkologische Erkrankung als gesichert diagnostiziert wurde.
- (3) Die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung wird durch Leistungserbringer, mit denen die KKH darüber eine Vereinbarung geschlossen hat, organisiert und vermittelt. Das Zweitmeinungsverfahren beinhaltet die Auswertung der vorhandenen Befunddaten und die Bewertung der durch den behandelnden Arzt angeratenen Maßnahme (kardiologische oder kardiochirurgische Operation / Eingriff bzw. onkologische Behandlung) durch nicht zugelassene Fachärzte. Hierzu erhält der Versicherte eine ärztliche Empfehlung (Zweitmeinung). Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens nicht berücksichtigt. Die hinzugezogenen nicht zugelassenen Fachärzte müssen über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind
1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
 2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff,
 3. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
 4. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
 5. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.
- (4) Im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 3 verpflichtet die Kasse ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich

diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

- (5) Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt. Unabhängig vom Ergebnis der unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, die geplante Operation bzw. den geplanten Eingriff oder die Behandlung durchführen zu lassen.
- (6) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Kasse in voller Höhe.
- (7) Die Regelungen nach diesem Paragraphen gelten lediglich solange, bis der Gemeinsame Bundesausschuss die Anforderungen nach § 27b Absatz 2 Satz 2 SGB V festgelegt hat. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der Bekanntmachung im Bundesanzeiger gemäß § 94 Absatz 2 SGB V.

§ 29c – Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit

- (1) Mitglieder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können die Beitragsrückzahlung für den Fall der Leistungsfreiheit wählen. An die Wahl dieses Tarifs sind sie für mindestens ein Jahr gebunden. Wer den Tarif wählt, erhält eine Beitragsrückzahlung in Form einer Prämie (Prämienzahlung im Sinne von § 53 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V), wenn er und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen im Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der KKH in Anspruch genommen haben. Gemäß § 53 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird die Beitragsrückzahlung nur vorgesehen für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren.
- (2) Nicht berücksichtigt werden bei der Prüfung der Frage der Leistungsfreiheit die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen (Leistungen zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten) mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2, §§ 24 bis 24b SGB V sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (3) Die KKH ermittelt, ob Leistungen in Anspruch genommen wurden, aus den ihr vorliegenden Abrechnungsdaten, soweit Kostenerstattung gewählt wurde, aus den Kostenerstattungsanträgen und zugehörigen Unterlagen. Berücksichtigt werden grundsätzlich nur Leistungen, die in dem betreffenden Kalenderjahr vom Mitglied oder seinen nach § 10 SGB V mitversicherten volljährigen Angehörigen tatsächlich beim Leistungserbringer bezogen wurden, wobei beim Krankengeld die Zeit der Arbeitsunfähigkeit maßgeblich ist, für die Krankengeld gewährt wurde. Auf den Zeitpunkt der Abrechnung kommt es nicht an. Das gilt auch im Fall der Kostenerstattung. Die KKH kann als Voraussetzung für die Auszahlung der Beitragsrückzahlung verlangen, dass das Mitglied schriftlich bestätigt, dass es selbst und seine volljährigen nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen im Kalenderjahr keine Leistungen außer den nach Absatz 2 nicht zu berücksichtigenden Leistungen in Anspruch genommen haben. Wenn nach der Auszahlung der Beitragsrückzahlung ein Kostenerstattungsantrag des Mitglieds oder eines nach § 10 SGB V mitversicherten volljährigen Angehörigen eingeht, ist die geleistete Beitragsrückzah-

lung zurückzuzahlen. Bei einem Kostenerstattungsanspruch des Mitglieds darf die Kostenerstattung bis zur Höhe der gewährten Beitragsrückzahlung gekürzt werden. Hatte das Mitglied schriftlich bestätigt, dass keine Leistungen in Anspruch genommen worden waren, erhöht sich die nach Satz 6 zu leistende Erstattung um eine Gebühr für den Verwaltungsaufwand in Höhe von 10 vom Hundert der Beitragsrückzahlung.

- (4) Das Mitglied erhält für ein leistungsfreies Kalenderjahr der Tarifeilnahme eine Zahlung in Höhe von einem Vierundzwanzigstel der in diesem Jahr gezahlten Beiträge, maximal 300 Euro. Bei Leistungsfreiheit in zwei unmittelbar aufeinander folgenden Kalenderjahren der Tarifeilnahme erhält das Mitglied für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr der Tarifeilnahme eine Zahlung in Höhe von einem Achtzehntel der im zweiten Jahr der Tarifeilnahme gezahlten Beiträge, maximal 450 Euro. Bei Leistungsfreiheit in drei oder mehreren unmittelbar aufeinander folgenden Kalenderjahren der Tarifeilnahme erhält das Mitglied für das dritte und jedes weitere sich unmittelbar anschließende leistungsfreie Kalenderjahr der Tarifeilnahme eine Zahlung in Höhe von einem Zwölftel der im dritten bzw. jedem weiteren sich unmittelbar anschließenden Jahr der Tarifeilnahme gezahlten Beiträge; maximal 600 Euro.

Leistungsfreies Kalenderjahr	Rückzahlungssatz	Maximaler Rückzahlungsbetrag
Jahr 1	1/24	300 Euro
Jahr 2	1/18	450 Euro
Jahr 3 und weitere sich unmittelbar anschließende Jahre	1/12	600 Euro

Liegen die Voraussetzungen der Leistungsfreiheit im Sinne dieses Paragraphen in einem Kalenderjahr nicht vor, beginnt die Staffelung der Beitragsrückerstattung im nächsten leistungsfreien Kalenderjahr von vorn. Endet die Tarifeilnahme nach einem oder mehreren Jahren – unabhängig aus welchem Grund – und wählt das Mitglied zu einem späteren Zeitpunkt erneut diesen Tarif, bleiben vorherige leistungsfreie Jahre der Tarifeilnahme unberücksichtigt, sodass das Mitglied bei Leistungsfreiheit auch hier wieder der Grundstufe (ein Vierundzwanzigstel der in diesem Jahr gezahlten Beiträge, maximal 300 Euro) zugeordnet wird. Der Wechsel in eine höhere Stufe erfordert also auch, dass das Mitglied den Tarif der Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit nach dem Ende der Tarifbindung für das sich jeweils unmittelbar anschließende nächste Jahr neu wählt.

- (4a) Mitglieder, die die Beitragsrückzahlung für den Fall der Leistungsfreiheit bereits vor dem 01.01.2011 gewählt haben, erhalten für leistungsfreie Kalenderjahre der Tarifeilnahme eine Zahlung in Höhe von einem Zwölftel der im Jahr der Tarifeilnahme gezahlten Beiträge, maximal 600 Euro. Ein Leistungsbezug führt dazu, dass für das Mitglied uneingeschränkt die Regelung unter Absatz 4 gilt; der vorstehende Satz ist dann nicht mehr anwendbar.

- (4b) Zeiten innerhalb eines Kalenderjahres, während denen eine Mitgliedschaft bei der KKH nicht bestand oder die Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit nicht gewählt war, werden für die Feststellung der Leistungsfreiheit nicht berücksichtigt und die Beitragsrückzahlung wird entsprechend nur anteilig gewährt. Grundlage für die anteilige Beitragsrückzahlung sind die während des jeweiligen Jahres der Tarfteilnahme für das Mitglied durchschnittlich pro Monat an die KKH gezahlten Beiträge. Der durchschnittliche Monatsbeitrag wird mit der Anzahl der Monate multipliziert, für die eine Mitgliedschaft mit Tarifbindung bestand. Das Produkt wird dann durch 12 dividiert. Diese Regelung gilt auch im Falle einer unterjährigen Tarifbeendigung.
- (5) Die Auszahlung der Beitragsrückzahlung erfolgt nach abschließender Übermittlung der nach Absatz 3 für die Prüfung der Leistungsfreiheit benötigten Abrechnungsdaten, spätestens aber zum Ende des Kalenderjahres, das dem leistungsfreien Kalenderjahr folgt.
- (6) Die Wahl der Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit muss schriftlich vor Beginn des Zeitraums erfolgen, für den sie gelten soll. An die Wahl ist das Mitglied ein Jahr gebunden (Mindestbindung gemäß § 53 Absatz 8 Satz 1 SGB V). Mit Ablauf des Jahres der Tarfteilnahme endet die Tarifbindung, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Der Tarif kann von dem Mitglied neu gewählt werden. Einer ausdrücklichen Neuwahl des Tarifs nach Ablauf des ersten und eines sich anschließenden zweiten Jahres der Tarfteilnahme bedarf es nicht, sofern das Mitglied die Beitragsrückzahlung für den Fall der Leistungsfreiheit bereits vor dem 01.01.2011 gewählt hat. Mitglieder, die die Beitragsrückzahlung für den Fall der Leistungsfreiheit bereits vor dem 01.01.2011 gewählt haben, können die Tarfteilnahme unter Beachtung der Mindestbindungsfrist des § 53 Absatz 8 Satz 1 SGB V gegenüber der KKH schriftlich unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende kündigen. Nach § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Kasse frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V gilt.
- (7) Eine unterjährige Wahl der Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit ist nur jeweils mit Wirkung ab Beginn eines Kalendervierteljahres möglich. Die Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit verringert sich entsprechend Absatz 4b. Die Erhöhungen nach Absatz 4 Satz 2 und 3 verschieben sich jeweils auf den Beginn des entsprechenden Quartals im Folgejahr, sodass das Mitglied in den beiden folgenden Kalenderjahren bei Leistungsfreiheit Zahlungen unter zeit-anteiliger Berücksichtigung von zwei Stufen des Absatz 4 Satz 1 bis 3 erhält.
- (8) Endet die Mitgliedschaft bei der Kasse während des laufenden Kalenderjahres, endet die Wahl der Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit rückwirkend mit Ende des vorangegangenen Quartals. Entsprechendes gilt, wenn die Mitgliedschaft endet, aber die Krankenversicherung bei der KKH im Rahmen einer Versicherung nach § 10 SGB V fortgesetzt wird.
- (9) Wenn ein besonderer Härtefall vorliegt (§ 53 Abs. 8 Satz 3 SGB V), kann das Mitglied die Wahl der Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit vorzeitig kün-

digen. Ein entsprechendes Recht zur Kündigung besteht auch, wenn der Status des Mitglieds sich dergestalt ändert, dass die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden. Die Kündigung wirkt jeweils zum Ende des laufenden Quartals. Auch eine fristlose Kündigung ist möglich. Die fristlose Kündigung setzt voraus, dass eine weitere Bindung an den Tarif bis zum Ende des laufenden Quartals nicht zumutbar ist. Es ist jeweils eine schriftliche Kündigung erforderlich.

- (10) Von der Wahl der Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit ausgeschlossen sind Mitglieder, die einen Tarif mit Selbstbehalt gemäß § 53 Abs. 1 SGB V gewählt haben. Entsprechendes gilt für Mitglieder, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V teilnehmen oder bei denen ein mitversicherter Angehöriger, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, an einem solchen Programm teilnimmt. Ebenso dürfen Mitglieder keine Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit wählen, wenn ihre Beiträge vollständig von Dritten getragen werden.

§ 29d – Tarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die KKH zahlt ihren Versicherten, die mit Beginn am 1. April 2013 oder später neu an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V teilnehmen, eine Prämie von 30 Euro. Eine Neuteilnahme liegt nur dann vor, wenn der Versicherte bisher noch nicht oder nicht innerhalb der letzten zwölf Monate vor Teilnahmebeginn nach Satz 1 in einem strukturierten Behandlungsprogramm eingeschrieben war. Die Auszahlung erfolgt rückwirkend am 15. des ersten Monats des dritten Folgequartals nach Ablauf der Teilnahmezeit. Voraussetzung für die Auszahlung ist eine ununterbrochene Teilnahme von mindestens zwölf Monaten an einem strukturierten Behandlungsprogramm der gleichen Indikation. Ist der Versicherte in mehreren Behandlungsprogrammen gleichzeitig neu eingeschrieben, wird der Prämienanspruch lediglich für ein Programm erworben. Ein Antrag auf Auszahlung der Prämie ist nicht erforderlich.

§ 29e – Prämienzahlung für die Teilnahme an einer integrierten Versorgung nach § 140a SGB V

- (1) Versicherte, die an einer mit der KKH vereinbarten integrierten Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, können den Tarif für IGV wählen. Die Teilnahme an der integrierten Versorgung setzt eine Teilnahmeerklärung voraus, die zugleich auch die Wahl dieses Tarifs beinhaltet, wenn der Versicherte nichts anderes erklärt. Vor der Abgabe der Teilnahmeerklärung informiert die Kasse die an einer Teilnahme interessierten Versicherten schriftlich über den Inhalt und die Ziele des jeweiligen Versorgungsvertrags, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung, die Möglichkeit sowie die Form und die Frist eines Widerrufs der Teilnahmeerklärung, die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme und die etwaig im Rahmen des Versorgungsvertrags vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung in die integrierte Versorgung. Die Wahl bindet den Ver-

sicherten, programmgemäß an der integrierten Versorgung teilzunehmen. Der Versicherte erhält eine Prämie (Prämienzahlung im Sinne von § 53 Abs. 3 Satz 2 SGB V), soweit in dem Verzeichnis gemäß Absatz 2 eine Prämie vorgesehen ist. Wird die Teilnahme an der integrierten Versorgung ungerechtfertigt abgebrochen, entfällt rückwirkend die Voraussetzung für die Prämiengewährung. In diesem Fall muss die Prämie zurückgezahlt werden. Die Versicherten sind berechtigt, den Tarif abzuwählen.

- (2) Die KKH führt ein Verzeichnis der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V, für die bei einer Teilnahme der Versicherten bei Wahl dieses Tarifs eine Prämie vorgesehen ist. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für eine Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung sowie die Höhe der Prämie. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die KKH stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung. Das Verzeichnis und seine späteren Änderungen werden im Internet unter www.kkh.de veröffentlicht.
- (3) Die Versicherten können ihre Teilnahme an der integrierten Versorgung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der KKH ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KKH. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die KKH dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

§ 29f – Selbstbeteiligung

- (1) Mitglieder können eine Selbstbeteiligung wählen (Selbstbehalt nach § 53 Absatz 1 SGB V). Wer eine Selbstbeteiligung wählt, erhält eine Prämienzahlung gemäß § 53 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Selbstbeteiligung und Prämie beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr.
- (2) Mit der Wahl der Selbstbeteiligung verpflichtet sich das Mitglied, in jedem Kalenderjahr einen Teil der von der Kasse zu tragenden Kosten bis zur Höhe des Selbstbehalts zu übernehmen. Ausgenommen von der Pflicht zur Kostenbeteiligung sind die Kosten für die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen (Leistungen zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten) mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Absatz 2, §§ 24 bis 24b SGB V. Die Inanspruchnahme von vertragsärztlichen bzw. -zahnärztlichen Leistungen ohne Verordnungsfolgen wird ebenfalls nicht bei der Kostenermittlung berücksichtigt. Die Kosten werden jeweils voll berücksichtigt, bis im Kalenderjahr die maximale Selbstbeteiligung erreicht ist.
- (3) Die Höhe der Prämie und der Selbstbeteiligung ist abhängig von den Einnahmen des jeweiligen Mitglieds. Maßgeblich für die Zuordnung der Höhe der

Prämie und der Selbstbeteiligung zu den Einnahmen sind die Festlegungen in Absatz 7. Das Mitglied kann bei der erstmaligen Tarifwahl eine niedrigere Selbstbeteiligung wählen, erhält dann aber auch nur eine niedrigere Prämie gemäß Absatz 7.

- (4) Ausschlaggebend für die Höhe der Prämie und der Selbstbeteiligung sind die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds in dem Kalenderjahr, für das der Selbstbehalt gilt. Einnahmen, für die die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, werden nicht berücksichtigt. Fehlen für die Ermittlung der Einnahmen ausreichende Daten, ist eine Selbstauskunft des Mitglieds ausreichend. Die Kasse kann insbesondere dann, wenn die Angaben des Mitglieds nicht plausibel erscheinen, die Vorlage ausreichender Belege verlangen. Auf Anforderung hat das Mitglied die KKH zu ermächtigen, Auskünfte zu dem laufenden Einkommen einzuholen und die betroffenen Dritten zu ermächtigen, der KKH die benötigten Auskünfte zu erteilen. Liegen verlässliche Angaben zu den Einnahmen des Mitglieds nur für einen Teil des Kalenderjahres vor, kann die KKH diese auf das gesamte Kalenderjahr hochrechnen. Die KKH hat das Recht, im Zweifel die niedrigste wählbare Selbstbeteiligung zugrunde zu legen.
- (5) Die KKH ermittelt die im Rahmen der Selbstbeteiligung zu berücksichtigenden Kosten aus den ihr vorliegenden Daten. Für die Selbstbeteiligung zu berücksichtigenden sind ausschließlich Kosten für Leistungen, die in dem betreffenden Kalenderjahr vom Mitglied tatsächlich beim Leistungserbringer bezogen wurden. Auf den Zeitpunkt der Abrechnung kommt es nicht an. Das gilt auch im Fall der Kostenerstattung.
- (6) Die dem Mitglied zustehende Prämie wird als Geldzahlung gewährt. Deren Höhe ist abhängig von der maßgeblichen Selbstbeteiligung. Die Zuordnung ergibt sich aus der Tabelle in Absatz 7.
- (7) Tabelle mit Prämienzahlung, maximaler Selbstbeteiligung und Einkommensstufe (Einnahmen gem. Absatz 4) pro Kalenderjahr:

Stufe	Prämie	Max. Selbstbeteiligung	Einkommensstufe
1	200 €	300 €	>= 15.000 €
2	400 €	750 €	>= 40.000 €

- (8) Die Prämie wird nach Ablauf des Kalenderjahres mit der Summe der vom Mitglied im Rahmen der Selbstbeteiligung zu tragenden Kosten saldiert. Übersteigt die Prämie die Kosten, erfolgt eine Auszahlung des Differenzbetrags oder, wenn keine Kosten zu berücksichtigen sind, der vollen Prämie an das Mitglied im auf das Kalenderjahr mit der Selbstbeteiligung folgenden Kalenderjahr.

Übersteigt die Summe der vom Mitglied zu tragenden Kosten die Prämie, ist das Mitglied zur Zahlung des Differenzbetrags an die KKH verpflichtet. Auf

eine schriftliche Zahlungsaufforderung der Kasse ist der Differenzbetrag innerhalb von 14 Tagen zu zahlen. Das gilt unabhängig davon, ob zu diesem Zeitpunkt eine Mitgliedschaft bei der Kasse besteht.

Endet oder beginnt die Tarifwahl unterjährig, erfolgt die Berechnung der Prämie und der Selbstbeteiligung entsprechend anteilig. Die Werte für die Selbstbeteiligung und die Prämienzahlung in vorstehender Tabelle verringern sich entsprechend, indem sie durch die Zahl 12 dividiert werden und das Ergebnis anschließend mit der Anzahl der Monate mit Tarifbindung multipliziert wird. Die Inanspruchnahme von Leistungen wird nur bezogen auf den jeweiligen Teil des Kalenderjahres betrachtet, für den die Tarifwahl gilt.

- (9) Die Wahl der Selbstbeteiligung muss schriftlich vor Beginn des Zeitraums erfolgen, für den sie gelten soll. An die Wahl ist das Mitglied drei Jahre gebunden. Mit Ablauf der drei Jahre endet die Tarifbindung, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Der Tarif kann von dem Mitglied neu gewählt werden. Nach § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Kasse frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V gilt.
- (10) Eine unterjährige Wahl der Selbstbeteiligung ist jeweils mit Wirkung zum nächsten Quartalsbeginn möglich.
- (11) Endet die Mitgliedschaft bei der Kasse während des laufenden Kalenderjahres, endet die Wahl der Selbstbeteiligung rückwirkend mit Ende des vorangegangenen Quartals. Entsprechendes gilt, wenn die Mitgliedschaft endet, aber die Krankenversicherung bei der KKH im Rahmen einer Versicherung nach § 10 SGB V fortgesetzt wird.
- (12) Wenn ein besonderer Härtefall vorliegt (§ 53 Absatz 8 Satz 3 SGB V), kann das Mitglied die Wahl der Selbstbeteiligung vorzeitig kündigen. Das gilt insbesondere, wenn die der Beitragsberechnung zugrunde liegenden Einnahmen im Kalenderjahr unter einen Betrag von 15.000 Euro sinken oder das Mitglied arbeitslos oder erwerbsunfähig wird. Ein entsprechendes Recht zur Kündigung besteht auch, wenn der Status des Mitglieds sich dergestalt ändert, dass die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden. Die Kündigung wirkt jeweils zum Ende des laufenden Quartals. Auch eine fristlose Kündigung ist möglich. Die fristlose Kündigung setzt voraus, dass eine weitere Bindung an den Tarif bis zum Ende des laufenden Quartals nicht zumutbar ist. Es ist jeweils eine schriftliche Kündigung erforderlich. Hat das Mitglied während eines gesamten Kalenderjahres keine beitragspflichtigen Einnahmen mehr, endet die Tarifteilnahme rückwirkend mit Wirkung zum Ende des vorangegangenen Kalenderjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
- (13) Eine Selbstbeteiligung der Tarifstufen 1 und 2 wählen dürfen ausschließlich Mitglieder, die im vorangegangenen Kalenderjahr der Beitragsberechnung zugrunde liegende Einnahmen von mindestens 15.000 Euro hatten und entsprechende Einnahmen voraussichtlich auch weiterhin haben werden; Absatz 4

gilt entsprechend. Ist die Selbstbeteiligung zulässig gewählt, sinken dann aber die Einnahmen unter den genannten Grenzwert, bleibt die Bindung an die Selbstbeteiligung bestehen; Absatz 12 bleibt unberührt. Von der Wahl der Selbstbeteiligung ausgeschlossen sind Mitglieder, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V teilnehmen. Ebenso dürfen Mitglieder keinen Selbstbehalt wählen, wenn ihre Beiträge vollständig von Dritten getragen werden. Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach §§ 29c und 29h ist ausgeschlossen.

- (14) Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 6.400 Euro, die gegen Arbeitsentgelt einer Berufsausbildung nachgehen (Auszubildende), sowie selbst versicherte Studenten können, wenn sie das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, eine Selbstbeteiligung wählen (Selbstbehalt im Sinne von § 53 Absatz 1 SGB V). Die Selbstbeteiligung beträgt 120 Euro. Die Höhe der Prämie beträgt pro Kalenderjahr 100 Euro. Die dem Mitglied zustehende Prämie wird als Geldzahlung gewährt. Mit Ausnahme des Absatz 1 Satz 1, Absatz 3, Absatz 4 Satz 1, 2, 7 und 8, Absatz 6 und 7 gelten vorgenannte Absätze entsprechend, Absatz 12 jedoch mit der Maßgabe, dass abweichend von dessen Satz 2 ein Härtefall erst vorliegt, wenn die Einnahmen im Kalenderjahr unter einen Betrag von 6.400 Euro sinken.
- (15) Ändert sich der Status eines Mitglieds dergestalt, dass es nicht mehr Auszubildender oder Student ist, bleibt es an die Wahl der Selbstbeteiligung nach Absatz 14 bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gebunden.

§ 29g – unbesetzt

§ 29h – Selbstbeteiligung für stationäre Krankenhausbehandlungen

- (1) Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 6.400 Euro, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können eine Selbstbeteiligung ausschließlich für stationäre Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V wählen (Selbstbehalt im Sinne von § 53 Absatz 1 SGB V). Anfallende Kosten werden dem Mitglied von der Kasse neben der gesetzlichen Zuzahlung nach § 61 SGB V bis zur maximalen Höhe der Selbstbeteiligung in Rechnung gestellt. Alle anderen Leistungen der KKH werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet. Auch die Kosten für Leistungen an nach § 10 SGB V mitversicherte Angehörige werden nicht berücksichtigt. Die Wahl des Tarifs ist vom Mitglied unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen schriftlich zu erklären. Die Selbstbeteiligung beträgt 160 Euro pro Teilnahmejahr, pro Kalendertag der stationären Maßnahme ist die Selbstbeteiligung auf 20 Euro begrenzt. Für die Teilnahme erhält das Mitglied eine Prämie von 100 Euro pro Teilnahmejahr (Prämienzahlung im Sinne von § 53 Absatz 1 Satz 2 SGB V).
- (2) Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach §§ 29c und 29f ist ausgeschlossen.
- (3) Die Teilnahme am Tarif kann unterjährig erklärt werden. Nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung beginnt die Teilnahme mit Wirkung zum nächsten Beginn eines Kalendervierteljahres. Das

Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme drei Jahre an die Wahl gebunden. Mit Ablauf der drei Jahre endet die Tarifbindung, ohne dass es einer Kündigung bedarf. § 29f Absatz 9 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

- (4) § 29f Absatz 5 gilt entsprechend. Die Kosten für Leistungen an nach § 10 SGB V mitversicherte Angehörige werden nicht berücksichtigt.
- (5) Die Prämie wird nach Ablauf des Kalenderjahres mit der Summe der vom Mitglied im Rahmen der Selbstbeteiligung zu tragenden Kosten saldiert. Hat das Mitglied unterjährig die Selbstbeteiligung gewählt, erfolgt die Berechnung der Prämie und der Selbstbeteiligung für die Saldierung entsprechend anteilig. Die Werte für die Selbstbeteiligung und die Prämienzahlung verringern sich entsprechend, indem sie durch die Zahl 12 dividiert und das Ergebnis anschließend mit der Anzahl der Monate mit Tarifbindung multipliziert werden. Die Inanspruchnahme von Leistungen wird nur bezogen auf den jeweiligen Teil des Kalenderjahres betrachtet, für den die Tarifwahl gilt. Übersteigt die Prämie die Kosten, erfolgt eine Auszahlung des Differenzbetrages. Wenn keine Kosten zu berücksichtigen sind, wird die volle Prämie an das Mitglied ebenfalls noch im auf das Kalenderjahr mit der Selbstbeteiligung folgenden Kalenderjahr ausbezahlt.

Übersteigt die Summe der vom Mitglied zu tragenden Kosten die Prämie bzw. wird die (maximale) Selbstbeteiligung erreicht, ist das Mitglied zur Zahlung des Differenzbetrages an die KKH verpflichtet. Auf eine schriftliche Zahlungsaufforderung der Kasse ist der Differenzbetrag innerhalb von 14 Tagen zu zahlen. Das gilt unabhängig davon, ob zu diesem Zeitpunkt eine Mitgliedschaft bei der Kasse besteht. Wenn nach der Auszahlung der Prämie ein Kostenerstattungsantrag des Mitglieds eingeht, der zur Berücksichtigung weiterer Kosten führt, ist die gewährte Prämie in entsprechender Höhe zurückzuzahlen; die Sätze 2 und 3 dieses Unterabsatzes gelten entsprechend. Bei einem Kostenerstattungsanspruch des Mitglieds darf die Kostenerstattung bis zur Höhe der vom Mitglied zu tragenden Kosten, aber nicht über die Höhe der Prämienzahlung hinaus gekürzt werden. Übersteigen die vom Mitglied zu tragenden Kosten die gewährte Prämie, gilt Satz 1 dieses Unterabsatzes.

Im ersten Jahr der Tarifteilnahme wird eine Prämie von 100 Euro vorab, also nach verbindlicher Wahl des Tarifs und Beginn des Tarifzeitraums, als Vorschuss ausgezahlt. Werden zu berücksichtigende Leistungen in Anspruch genommen, sind der KKH die Kosten bis zur Höhe der (maximalen) Selbstbeteiligung zu erstatten. Die Kasse fordert die Erstattungsbeträge für das Kalenderjahr zusammengefasst nach Ablauf des Kalenderjahres an. Im Regelfall soll aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung die Saldierung für das auf das erste Kalenderjahr der Tarifteilnahme folgende Kalenderjahr abgewartet werden; Erstattungsbeträge sind dann mit der Prämie für das zweite Kalenderjahr der Tarifteilnahme zu verrechnen.

Endet die Wahl der Selbstbeteiligung während eines Kalenderjahres, erfolgt die Berechnung der Prämie und der Selbstbeteiligung entsprechend Absatz 5 Unterabsatz 1.

- (6) § 29f Absatz 4 Satz 3 bis 6, Absatz 11 gilt entsprechend. § 29f Absatz 12 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass abweichend von dessen Satz 2 ein Härtefall erst vorliegt, wenn die der Beitragsberechnung zugrunde liegenden Einnahmen im Kalenderjahr unter einen Betrag von 6.400 Euro sinken.

§ 29i – Begrenzung der Prämienzahlungen

Die Prämie nach den §§ 29b bis 29h an Versicherte beträgt jährlich insgesamt nicht mehr als 20 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens 600 Euro.

§ 29j – Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte

Die Kasse gewährt ihren Versicherten zu von Dritten angebotenen Dienstleistungen der elektronischen Speicherung oder Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten finanzielle Unterstützung durch Zahlung eines Zuschusses in Höhe von 80 vom Hundert der entstandenen Kosten, aber nicht mehr als 150 Euro pro Jahr, wenn die entsprechende elektronische Gesundheitsakte dauerhaft vom behandelnden Arzt gelesen und verarbeitet werden kann und zumindest die berechnete Erwartung besteht, dass die angebotenen Dienstleistungen der elektronischen Speicherung oder Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten auch von einer die Weiterbehandlung sicherstellenden ausreichenden Anzahl anderer Leistungserbringer genutzt werden. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und sich daraus ergebende Einwilligungserfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bleiben unberührt; insbesondere kann der Versicherte von einer ihm zustehenden Befugnis zum Widerruf einer erteilten Einwilligung uneingeschränkt Gebrauch machen.

§ 29k – Physiocheck

- (1) Versicherte haben auf der Grundlage von Verträgen mit Physiotherapeuten Anspruch auf einen Physiocheck zur Ermittlung muskulärer Dysbalancen und daraus resultierender Fehlhaltungen sowie Einschränkungen des Bewegungsapparates durch einen teilnehmenden Physiotherapeuten. Die Leistung kann nur einmal zulasten der Kasse in Anspruch genommen werden.
- (2) Keinen Anspruch auf den Physiocheck haben Versicherte, bei denen eine Krankheit des Muskel-Skelettsystems oder des Bindegewebes gemäß der Anlage 6 zur Satzung, die Bestandteil der Satzung ist, festgestellt wurde. Ebenso keinen Anspruch auf die Leistung haben Mitglieder und die gemäß § 10 SGB V über sie versicherten Personen im Falle der Kündigung der Mitgliedschaft.
- (3) Die Inanspruchnahme des Physiochecks führt nicht zur Einschränkung anderer Leistungsansprüche einschließlich der Ansprüche auf einen Bonus nach § 24a und eine Prämie nach §§ 29f und 29g sowie der Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit nach § 29c.

§ 29I – Stationäre Behandlung durch nicht nach § 108 SGB V zugelassene Leistungserbringer

- (1) Die Kasse übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragsätze. Voraussetzungen dafür sind:
 - a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Vertragsarzt bescheinigt,
 - b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
 - d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der Kasse vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 - e) die Kasse hat mit dem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus einen Vertrag nach Absatz 2 geschlossen, der die spezifische Behandlung einschließt,
 - f) die Kasse hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
- (2) Die Kasse trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung stationärer medizinischer Leistungen mit nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern. Vereinbarungen werden nur mit Krankenhäusern geschlossen, die eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung wie zugelassene Krankenhäuser sicherstellen.
- (3) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
- (4) Mit der Zustimmung nach Absatz 1 Buchstabe f erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die Kasse sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§ 29m – Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern im ambulanten Bereich

- (1) Versicherte können nach Maßgabe der folgenden Absätze ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, wenn die Leistungen medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Voraussetzung ist, dass die Kasse mit dem jeweiligen nicht zugelassenen Leistungserbringer über die entsprechende Leistung eine Vereinbarung nach Absatz 2 geschlossen hat.
- (2) Die KKH trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungser-

bringern. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

- (3) Die Art, die Dauer und der Umfang der Leistungen ergeben sich jeweils aus den zwischen der Kasse und den nicht zugelassenen Leistungserbringern getroffenen Vereinbarungen, über die die Kasse ein Verzeichnis führt. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen.
- (4) Die Kasse übernimmt die Kosten bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragsätze bei der Versorgung durch zugelassene Leistungserbringer, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen.

§ 29n – Zweitmeinungsverfahren

- (1) Versicherte können nach Maßgabe des § 29m Absätze 1 bis 3 der Satzung sowie der folgenden Absätze eine qualifizierte ärztliche Zweitmeinung zur Erforderlichkeit geplanter Operationen einholen.
- (2) Der Anspruch setzt voraus, dass dem Versicherten eine Krankenhauseinweisung zur Durchführung einer geplanten orthopädischen Operation an Knie, Hüfte, Rücken oder Schulter vorliegt und eine Krankenhausaufnahme zur Durchführung der Operation noch nicht erfolgt ist.
- (3) Die Einholung einer qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung wird durch einen Leistungserbringer, mit dem die Kasse eine Vereinbarung nach § 29m der Satzung geschlossen hat, organisiert und vermittelt. Das Zweitmeinungsverfahren beinhaltet die Auswertung der vorhandenen Befunddaten durch nicht zugelassene Fachärzte.
- (4) Im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 3 verpflichtet die Kasse ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.
- (5) Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt. Unabhängig vom Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, die geplante orthopädische Operation durchführen zu lassen.
- (6) Die Kosten der Einholung einer qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Kasse in voller Höhe.

§ 29o – Professionelle Zahnreinigung

- (1) Die KKH bezuschusst von Versicherten in Anspruch genommene professionelle Zahnreinigungen (PZR), die im Zusammenhang mit einer als Kassenleistung in Anspruch genommenen kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden kieferorthopädischen Behandlungsapparaturen (Multiband- bzw. Multibracketapparaturen) zur Sicherung der Mundhygiene von einem zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Zahnarzt durchgeführt werden. Der Anspruch ist beschränkt auf jeweils einen Zuschuss für eine PZR bei Behandlungsbeginn und für eine PZR bei Behandlungsende. Es gilt die Altersgrenze nach § 28 Absatz 2 Satz 6 SGB V entsprechend. Die Altersbeschränkung gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien im Sinne des § 28 Absatz 2 Satz 7 SGB V.
- (2) Voraussetzung für den Kostenzuschuss ist
 - hinsichtlich der PZR bei Behandlungsbeginn, dass diese frühestens vier Wochen vor dem Einsetzen der festsitzenden kieferorthopädischen Behandlungsapparaturen und
 - hinsichtlich der PZR bei Behandlungsende, dass diese innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung im Sinn des § 29 Absatz 3 SGB V vorgenommen wird. Für den Behandlungsabschluss ist das Ausstellungsdatum der Abschlussbescheinigung maßgeblich.
- (3) Der Zuschuss wird nach Vorlage der jeweiligen Originalrechnung in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch bis höchstens 50 Euro je professionelle Zahnreinigung geleistet. Die Rechnung muss den Namen des Patienten, den Namen des Zahnarztes, den Behandlungstag und die Behandlungskosten erkennen lassen.

§ 29p – Retainer

- (1) Die KKH beteiligt sich zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer in Anspruch genommenen kieferorthopädischen Behandlung, soweit diesbezüglich eine Leistungspflicht der Kasse besteht, als Alternative zu herausnehmbaren Retentionsapparaturen nach Maßgabe der folgenden Absätze an den Kosten eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers (Retainer). Ebenso leistet sie einen Zuschuss für anfallende Reparaturleistungen während einer gemäß § 28 Absatz 2 Satz 6 und 7 SGB V laufenden kieferorthopädischen Behandlung.
- (2) Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten des Retainers ist dessen Einsetzen durch einen zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Kostenbeteiligung erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, beträgt insgesamt jedoch maximal 150 Euro.
- (3) Der Zuschuss für anfallende Reparaturleistungen beträgt insgesamt maximal 50 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- (4) Für Reparaturleistungen nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung gewährt die KKH keinen Zuschuss. Gleiches gilt für Reparaturleistungen nach Beendigung des Versichertenverhältnisses bei der KKH.

- (5) Kostenbeteiligung und Zuschuss werden jeweils nach Vorlage der Originalrechnung geleistet. Die Originalrechnung muss neben der Bezeichnung des Leistungserbringers nach Absatz 2 den Namen des Versicherten, den Behandlungstag bzw. den Tag der Reparaturleistung sowie die Kosten erkennen lassen.
- (6) Kostenbeteiligung und Zuschuss entfallen bei zusätzlicher vertraglicher Abrechnung von eingesetzten herausnehmbaren Retentionsapparaturen durch den behandelnden Leistungserbringer nach Absatz 2.

§ 29q – Künstliche Befruchtung

Die KKH gewährt Versicherten, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung gemäß den Regelungen des § 27a SGB V haben, bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen Zuschuss für bis zu drei Behandlungsversuche pro Ehepaar. Der Zuschuss beträgt 100 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Behandlungsversuch nicht vor Inkrafttreten dieser Satzungsregelung durchgeführt wurde und beide Ehepartner bei der KKH versichert sind. Für die Gewährung des Zuschusses sind die Rechnungsoriginale vorzulegen.

§ 29r – Hautkrebscreening

- (1) Die KKH beteiligt sich auf der Basis von § 23 SGB V bei Versicherten im Alter von 18 bis 34 Jahren nach Maßgabe des Absatzes 3 an den Kosten für ein Hautkrebscreening. Voraussetzung ist, dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Hinsichtlich der zur Leistungserbringung berechtigten Ärzte einschließlich der nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärzte sowie deren Qualifikation gelten die §§ 31 und 32 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL) entsprechend.
- (2) Zur Untersuchung gehören:
 - die gezielte Anamnese,
 - die visuelle, gemäß § 32 KFE-RL zertifiziertem Fortbildungsprogramm standardisierte Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,
 - die Befundmitteilung mit diesbezüglicher Beratung und
 - die Dokumentation.
- (3) Der Zuschuss beträgt 30 Euro je Screening, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Für die Gewährung des Zuschusses sind die Rechnungsoriginale vorzulegen. Ein Zuschuss für ein erneutes Hautkrebscreening ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung des vorangegangenen Hautkrebscreenings, für das ein Zuschuss gewährt wurde, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

§ 29s – Rufbereitschaft Hebammen

- (1) Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, erstattet die KKH nach Maßgabe des Absatzes 2 die Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme ab der 37. Schwangerschaftswoche entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder nach § 13 Absatz 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.
- (2) Erstattet werden einmal je Schwangerschaft die Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 100 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Für die Kostenerstattung sind die Rechnungsoriginale vorzulegen.

§ 29t – Streptokokken-Test

- (1) Die KKH erstattet schwangeren Versicherten ab der 35. Schwangerschaftswoche nach Maßgabe des Absatzes 2 (über die in § 24d SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus) die Kosten für ein von Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführtes Screening auf beta-hämolyisierende Streptokokken der serologischen Gruppe B (GBS). Der Anspruch besteht, 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. Voraussetzung ist insgesamt, dass eine Erkrankung, bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (bei positiver Familienanamnese oder bei besonders begründeter Indikation) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.
- (2) Erstattet werden einmal je Schwangerschaft die Kosten für die Durchführung eines Suchtests/Abstrichs (= Screening) zum Anlegen einer Zellkultur (ohne Schnelltest) bis zu einem Betrag von 20 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Für die Kostenerstattung sind die Rechnungsoriginale vorzulegen.

§ 30 – Modellvorhaben

- (1) Die Kasse kann neben den in dieser Satzung beschriebenen Leistungen Modellvorhaben mit dem Ziel der Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durchführen.
- (2) Strukturmodelle nach § 63 Abs. 1 SGB V

Strukturmodelle dienen der Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung. Die Weiterentwicklung erfolgt mit dem Ziel, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern, größere Transparenz zu schaffen sowie Huma-

nität, Bedarfsgerechtigkeit und Zweckmäßigkeit der Versorgung zu steigern. Strukturmodelle bezwecken insbesondere

- die Weiterentwicklung bestehender bzw. die Erprobung neuer Vergütungsformen,
- die Bestimmung der Behandlungsmodalitäten, z. B. ambulant oder stationär,
- die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen durch Fall-Management wie
 - a) Steuerung und Optimierung des Behandlungsprozesses (Case Management),
 - b) Koordinierung und Verbesserung krankheitsspezifischer Behandlungs- und Versorgungsarten (Disease-Management),
 - c) Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungsbereiche, z. B. durch Förderung von kooperativen Qualitätsgemeinschaften, Ärztenetzwerken und stationären Netzwerken (Netz-Management).

Die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen hat das Ziel, die kooperative Information und Zusammenarbeit zwischen den beteiligten medizinischen Fachbereichen, ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie zwischen Arzt und Patient effizienter zu gestalten und die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung auf der jeweils am besten geeigneten Versorgungsebene durch Begleitung während des gesamten Behandlungsprozesses zu erhöhen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität muss gewährleistet sein. Die durch Strukturmodelle bewirkten Einsparungen, die die entstandenen Mehraufwendungen übersteigen, können ganz oder teilweise unter den Vertragspartnern, den Beteiligten am Strukturmodell oder den am Modell beteiligten Versicherern aufgeteilt werden. Einzelheiten sind im jeweiligen Modell zu regeln.

(3) Leistungsmodelle nach § 63 Abs. 2 SGB V

Leistungsmodelle dienen insbesondere der Optimierung von Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie der Verbesserung der Therapieformen.

Sie haben zum Ziel

- bereits gesetzlich vorgesehene Leistungen weiterzuentwickeln,
- zu untersuchen, inwieweit Leistungen aus Gründen einer größeren Wirtschaftlichkeit, besserer Wirksamkeit oder höherer Qualität als ergänzende bzw. substituierende Leistung zur Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung geeignet sind.

(4) Allgemeine Bedingungen

Die Kasse kann Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und 2 SGB V allein oder zusammen mit dem vdek, anderen gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Verbänden durchführen oder die Durchführung des jeweiligen Vorhabens mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbaren. Die Teilnahme der Versicher-

ten ist freiwillig. Die Modellvorhaben sind auf längstens acht Jahre zu befristen und sind entsprechend § 65 SGB V zu begleiten.

Die im Folgenden aufgeführten Kriterien stehen der Durchführung von Modellvorhaben generell entgegen:

- Leistungen, über deren Eignung als Leistungen der Krankenversicherung die Bundesausschüsse der Krankenversicherung eine ablehnende Entscheidung getroffen haben,
- Fragen der biomedizinischen Forschung sowie der Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten,
- Ausschluss der Übertragbarkeit in die Routineversorgung,
- fehlende rechtliche Grundlagen zur Durchführung von Modellvorhaben nach dem SGB V.

(5) Modellvorhaben im Sinne des Absatzes 2 sind:

1. Verbesserungen der Kooperation im ambulanten Bereich (Förderung von ärztlichen Qualitätsgemeinschaften).
2. Fall-Management bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Hypertonie, chronisch-degenerative Gelenkserkrankungen.
3. Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen.

(6) Modellvorhaben im Sinne des Absatzes 3 werden gegenwärtig nicht durchgeführt.

(7) Die in Absatz 5 und 6 aufgezählten Modellvorhaben sind auf längstens 8 Jahre befristet. Die Frist beginnt, sobald die das jeweilige Modellvorhaben betreffende Satzungsänderung vom Bundesversicherungsamt genehmigt und das Modellvorhaben angelaufen ist. Modellvorhaben enden mit Ablauf der vorgesehenen Laufzeit. Sie können vorzeitig beendet werden, wenn das ihnen zugrunde liegende Ziel bereits erreicht worden ist oder sich herausstellt, dass es nicht erreicht werden kann.

(8) Hinsichtlich der Durchführung der Modellvorhaben wird auf die „Allgemeinen Richtlinien zur Regelung der Weiterentwicklung der Versorgung mittels Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V“ verwiesen.

Abschnitt V

Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 31 – Jahresrechnung

- (1) Der Vorstand erstellt eine Jahresrechnung und einen Jahresbericht. Die Jahresrechnung sowie die Betriebs- und Rechnungsführung wird jährlich durch einen vom Verwaltungsrat bestellten sachverständigen Prüfer geprüft. Über das Ergebnis der Prüfung wird ein Prüfbericht aufgestellt.
- (2) Die geprüfte Jahresrechnung ist dem Verwaltungsrat zur Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes spätestens bis zum Ende des Folgejahres vorzulegen.
- (3) Die KKH veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem liegen diese Angaben zur Einsicht in den Servicezentren der KKH 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 – Rücklage

Die Rücklage der Kasse beträgt 25 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).

Abschnitt VI

Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen

Erster Unterabschnitt: Maßgebende Rechtsnormen

§ 33 – Anwendbare Vorschriften, Organe, Zusammensetzung

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

- (2) Die Zuständigkeit und Vertretungsbefugnis des Vorstandes erstreckt sich auch auf die Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG und den nachfolgenden Vorschriften.
- (3) In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Arbeitgebervertreter mit. Die Vertreter der Arbeitgeber beschließen insbesondere über die Höhe der Umlagesätze, die Feststellung des Haushaltsplans (§ 43 Abs. 2) und die Abnahme der Jahresrechnung (§ 43 Abs. 3).
- (4) Im Verwaltungsrat übt jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.
- (5) Klarstellend wird festgelegt, dass auch die Regelungen über die Beschlussfähigkeit und die schriftliche Abstimmung in § 4 Abs. 5 und 6 entsprechend anzuwenden sind.
- (6) Die Widerspruchsausschüsse nach § 8 erlassen auch die Widerspruchsbescheide in Angelegenheiten, die den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG betreffen. Hierbei wirken an der Entscheidung allein die Arbeitgebervertreter und der Bedienstete der Kasse mit.

Zweiter Unterabschnitt: Beteiligung an den Ausgleichsverfahren

§ 34 – Beteiligte am U1-Verfahren

- (1) Am Verfahren über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlungen (U1-Verfahren) nehmen Arbeitgeber teil, die in der Regel ausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen (§ 1 Abs. 1 AAG).
- (2) Die Feststellung der teilnehmenden Arbeitgeber und die Berechnung der Gesamtzahl der beschäftigten Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen erfolgt jeweils zum Beginn des Kalenderjahres nach Maßgabe des § 3 Abs. 1 und 2 AAG und der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 3 Abs. 3 AAG.
- (3) An dem Verfahren sind die in § 11 AAG genannten Arbeitgeber, Stellen und Personen nach Maßgabe der genannten Vorschrift nicht beteiligt.

§ 35 – Beteiligte am U2-Verfahren

- (1) Am Verfahren über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Mutterchaftsleistungen gemäß § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen alle Arbeitgeber unabhängig von der Zahl ihrer Beschäftigten teil (§ 1 Abs. 2 AAG).
- (2) An dem Verfahren sind die in § 11 Abs. 2 AAG genannten Personen und Stellen nach Maßgabe der genannten Vorschrift nicht beteiligt.

§ 36 – Teilnahme von Ausbildungsbetrieben

An dem U1- und dem U2-Verfahren nehmen auch die Arbeitgeber teil, die nur Auszubildende beschäftigen (§ 1 Abs. 3 AAG).

Dritter Unterabschnitt: Erstattungsansprüche

§ 37 – Erstattung bei U1-Verfahren

- (1) Die KKH erstattet den am U1-Verfahren 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, wobei die Aufwendungen höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden (Regelerstattungssatz). Hiermit werden auch die auf die berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelte entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und die Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur gesetzlichen Kranken-, Renten- und sozialen Pflegeversicherung und die Arbeitgeberzuschüsse nach § 172a SGB VI sowie die Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI abgegolten.
- (2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz abweichend von Absatz 1
 - auf 80 vom Hundert oder
 - auf 50 vom Hundert
 festgesetzt.
- (3) Die Erstattungssätze nach Absatz 1 und Absatz 2 gelten jeweils für ein Kalenderjahr. Für das folgende Kalenderjahr kann wiederum ein anderer Erstattungssatz beantragt werden, wobei ein Wahlrecht zwischen dem Regelerstattungssatz und den Erstattungssätzen nach Absatz 2 besteht. Wird kein anderer Erstattungssatz gewählt, wird auch im Folgejahr der bisherige Erstattungssatz zugrunde gelegt.
- (4) Der Antrag nach Absatz 2 und Absatz 3 Satz 2 ist schriftlich zu stellen. Er muss bis zum 20. Januar des Kalenderjahres, für das er gelten soll, bei der Kasse eingehen. Der gewählte Erstattungssatz gilt dann ab Beginn des Kalenderjahres. Nicht fristgemäß eingehende Anträge werden erst mit Beginn des folgenden Kalenderjahres wirksam.
- (5) Nimmt ein Arbeitgeber nach § 3 Abs. 1 Satz 4 AAG erstmalig während eines laufenden Kalenderjahres am U1-Verfahren der KKH teil, kann er das Wahlrecht nach Absatz 2 bis zum 20. des ersten Monats der Teilnahme ausüben. Der gewählte Erstattungssatz gilt ab Beginn der Teilnahme am U1-Verfahren mindestens bis zum Schluss des Kalenderjahres. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4.
- (6) Absatz 5 gilt im Falle einer Änderung der Umlage- oder der Erstattungssätze mit der Maßgabe entsprechend, dass anstatt auf den Beginn der Teilnahme am U1-Verfahren auf das In-Kraft-Treten der Veränderung abzustellen ist.

§ 38 – Erstattung bei U2-Verfahren

Die KKH erstattet den am U2-Verfahren beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang

1. den vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und
2. das vom Arbeitgeber nach § 11 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt.

Zusätzlich werden dem Arbeitgeber bei einer Erstattung nach Nr. 2 die von ihm zu tragenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse gemäß § 1 Absatz 2 Nummer 3 AAG für das nach § 11 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt pauschal in Höhe von 20 vom Hundert des fortgezahlten Arbeitsentgelts, höchstens bis zur jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, erstattet.

Vierter Unterabschnitt: Höhe und Fälligkeit der Umlagen

§ 39 – Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Ausgleichskasse zur Durchführung der U1- und U2-Verfahren werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern jeweils durch gesonderte Umlagen aufgebracht, die die erforderlichen Verwaltungskosten angemessen berücksichtigen.

§ 40 – Umlagesätze

- (1) Der Regelumlagesatz für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen im U1-Verfahren beträgt 2,00 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG. Hat der Arbeitgeber einen Erstattungssatz nach § 37 Abs. 2 gewählt, beträgt der Umlagesatz für einen Erstattungssatz von
 - 80 vom Hundert 3,90 vom Hundert,
 - 50 vom Hundert 1,50 vom Hundertder Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.
- (2) Der Umlagesatz für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen im U2-Verfahren beträgt 0,37 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.

§ 41 – Fälligkeit der Umlagen

Für die Umlagen gilt die Fälligkeitsregelung des § 23 SGB IV zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag.

Fünfter Unterabschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 42 – Betriebsmittel

- (1) Die KKH verwaltet die Mittel für die Ausgleichsverfahren als Sondervermögen.
- (2) Es werden gesonderte Betriebsmittel gebildet für

- den Ausgleich der Arbeitgebereaufwendungen im U1-Verfahren und
- den Ausgleich der Arbeitgebereaufwendungen im U2-Verfahren.

- (3) Die Betriebsmittel dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG).

§ 43 – Haushaltsplan und Rechnungsabschluss

- (1) Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf.
- (2) Die Feststellung des Haushaltsplanes erfolgt durch die Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat.
- (3) Der jährliche Rechnungsabschluss wird von einem vom Verwaltungsrat bestellten unabhängigen Prüfer geprüft, der über das Ergebnis der Prüfung einen Prüfbericht erstellt. Der geprüfte Rechnungsabschluss ist den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat zur Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes spätestens bis zum Ende des Folgejahres vorzulegen.

**Anlage 1 zur Satzung der KKH
(§ 9 Abs. 2 der Satzung)**

**Regelung der Entschädigungen an Mitglieder
des Verwaltungsrates**

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten bei Wahrnehmung von Geschäften, die sie im Interesse der Kasse aufgrund des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, der Satzung oder auf Beschluss des Verwaltungsrates vornehmen:

I. Ersatz der baren Auslagen

1. Fahrkosten in der entstandenen, notwendigen Höhe.
Bei Benutzung regelmäßig verkehrender öffentlicher Beförderungsmittel
 - a) den Fahrpreis der 1. Eisenbahnklasse zuzüglich notwendiger Nebenkosten (Zuschläge, Platzkarten, Gepäckbeförderung und -aufbewahrung, Schlafwagen – Einbettklasse),
 - b) bei Flugreisen den Preis für den Flugschein (Hin- und Rückflugkarte) der niedrigsten Flugklasse zuzüglich notwendiger Nebenkosten (Gepäckbeförderung),
 - c) den Fahrpreis für Zu- und Abgang zuzüglich der notwendigen Nebenkosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind (z. B. für Gepäckbeförderung).
2. Bei Benutzung privateigener Kraftwagen werden die Nutzungskosten des Kraftwagens durch eine Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 2 Bundesreisekostengesetz (in der jeweils geltenden Fassung) abgegolten. Daneben werden notwendige Nebenkosten (z. B. Garagen- oder Parkplatzgebühren) erstattet.
3. Ein Tagegeld nach § 6 Bundesreisekostengesetz.
4. Ein Übernachtungsgeld nach § 7 Bundesreisekostengesetz.
5. Soweit die Mitglieder des Verwaltungsrates in ihrer Eigenschaft als Organmitglieder einen Personenkraftwagen benutzen und hierbei eine/n Kraftfahrer/in in Anspruch nehmen, weil sie das Fahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst fahren können, wird für die/den Fahrer/in Tage- und Übernachtungsgeld nach Maßgabe des Bundesreisekostengesetzes gezahlt.
6. Zur Abgeltung barer Auslagen (Telefongebühren, Porto und Schreibpapier usw.) für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen, mit Ausnahme von Reisekosten, erhalten der Vorsitzende des Verwaltungsrates 74 Euro und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates 37 Euro als feste monatliche Pauscheträge gemäß § 41 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch. Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

Beim Ausscheiden des Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhält der stellvertretende Vorsitzende bis zur Wahl des Nachfolgers die für den Vorsitzenden festgesetzten Pauschbeträge.

Anderen Mitgliedern des Verwaltungsrates werden die notwendigen und angemessenen Auslagen, für die keine der vorgenannten Regelungen greift, in Höhe der tatsächlichen Kosten erstattet.

II. Ersatz für den tatsächlichen entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienst

Die Kasse ersetzt den Mitgliedern des Verwaltungsrates den tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienst und erstattet ihnen die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach den Vorschriften des SGB VI selbst zu tragen haben. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens ein Fünfundsiebzigstel der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ein Drittel des in Satz 2 genannten Höchstbetrages zu ersetzen. Der Verdienstausschlag wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden geleistet; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen.

III. Vergütung für Zeitaufwand

1. Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung (dazu gehören auch Sitzungen der Ausschüsse des Verwaltungsrates und Fraktionssitzungen der Mitglieder des Verwaltungsrates) einen Pauschbetrag für Zeitaufwand gemäß § 41 Abs. 3 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in Höhe von 70 Euro. Die Vorsitzenden von Ausschüssen des Verwaltungsrates und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Betrag nach Satz 1.
2. Bei Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tag können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und gegebenenfalls Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch Pflegekasensensoren stattfinden.
3. Für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen erhalten der Vorsitzende des Verwaltungsrates das Achtfache, der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates das Vierfache des Betrages nach III. 1 als monatliche Pauschbeträge gemäß § 41 Abs. 3 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch. Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

Beim Ausscheiden des Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhält der stellvertretende Vorsitzende bis zur Wahl des Nachfolgers die für den Vorsitzenden festgesetzten Pauschbeträge.

Anlage 2 zur Satzung der KKH
(§ 24a Absatz 4 Satz 2 der Satzung)

	Pro Boni Basis	Kinder-Bonus	Jugend-Bonus
Teilnahmeberechtigte	Alle Mitglieder und Familienversicherten der KKH.	Alle Mitglieder und Familienversicherten der KKH, die bei Teilnahmebeginn das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.	Alle Mitglieder und Familienversicherten der KKH, die bei Teilnahmebeginn das 15., aber noch nicht das 19. Lebensjahr vollendet haben.
Teilnahmezeitraum (Zeitraum, während dessen der Teilnahmeberechtigte in einer Bonusvariante eingeschrieben ist)	unbefristet	längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	frühestens ab Vollendung des 15. und längstens bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres
Sammelzeitraum	12 Monate	36 Monate	24 Monate
Mindestanzahl an nachzuweisenden Maßnahmen	3 Maßnahmen im Teilnahmezeitraum, wobei die Zeitspanne zwischen zwei Maßnahmen nicht mehr als 2 Teilnahmejahre betragen darf.	3 Maßnahmen im Teilnahmezeitraum.	2 Maßnahmen im Teilnahmezeitraum.
Maximal bonifizierbare Anzahl an Maßnahmen	3 unterschiedliche Maßnahmen je Sammelzeitraum.	15 Maßnahmen je Sammelzeitraum, wobei die gleiche Maßnahme nur einmal pro Teilnahmejahr (also maximal dreimal je Sammelzeitraum) berücksichtigt werden kann.	10 Maßnahmen je Sammelzeitraum, wobei die gleiche Maßnahme nur einmal pro Teilnahmejahr (also maximal zweimal je Sammelzeitraum) berücksichtigt werden kann.
Bonus als Sachleistung	ja	nein	nein
Bonus als Geldleistung	ja (mind. 30 € für den gesamten Teilnahmezeitraum, max. 30 € je Sammelzeitraum)	ja (mind. 30 € für den gesamten Teilnahmezeitraum, max. 300 € je Sammelzeitraum ggf. zzgl. Geldwert nach § 24a Abs. 11 Buchst. b übertragener Bonuspunkte, wobei jeder Bonuspunkt 0,05 € entspricht)	ja (mind. 20 € für den gesamten Teilnahmezeitraum, max. 150 € je Sammelzeitraum)
Bonus als zweckgebundener Zuschuss,	ja (max. 35 € für PZR, max. 100 € für osteopathische Behandlungen, max. 100 € für den ersten Jahresbeitrag einer von der KKH vermittelten Zusatzversicherung, max. 100 € für eine Auslandsschutzimpfung; vgl. § 24a Abs. 10 Buchst. c)	nein	nein

Anlage 3 zur Satzung der KKH
(§ 24b Absatz 4 Satz 1 der Satzung)

Parameter	Normbereich bzw. Normwerte
Gesamtcholesterin	≤ 200 mg/dl (5,17 mmol/l)
Blutzucker	< 110 mg/dl (6,1 mmol/l)
Blutdruck	systolischer Wert kleiner als 140 mm Hg, diastolischer Wert kleiner als 90 mm Hg
Body Mass Index	18,5 bis 24,99

Die Werte entsprechen den von der WHO festgelegten Grenzwerten.

Anlage 4 zur Satzung der KKH
(§ 29b Absatz 2 Buchstabe a der Satzung)

Kardiologische oder kardiochirurgische Operationen bzw. Eingriffe im Sinne des § 29b Absatz 2 Buchstabe a der Satzung:

- Bypass-Operation
- Operation bei Herzfehler
- Einbringen eines Herzkatheters (diagnostisch oder therapeutisch)
- Minimalinvasive Herzklappenintervention (z. B. TAVI, MitraClip)
- Herzklappen-Operation
- Rhythmuschirurgische Operation am Herzen

Anlage 5 zur Satzung der KKH
(§ 29b Absatz 2 Buchstabe b der Satzung)

Onkologische Erkrankungen im Sinne des § 29b Absatz 2 Buchstabe b der Satzung:

- C00-C14 Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
- C15-C26 Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
- C30-C39 Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
- C40-C41 Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
- C43-C44 Bösartige Neubildungen der Haut (Melanom und sonstige)
- C45-C49 Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
- C50-C50 Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]
- C51-C58 Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
- C60-C63 Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
- C64-C68 Bösartige Neubildungen der Harnorgane
- C69-C72 Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
- C73-C75 Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
- C76-C80 Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
- C81-C96 Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet
- C97-C97 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

Anlage 6 zur Satzung der KKH
(§ 29k Abs. 2 Satz 1 der Satzung)

Eine Inanspruchnahme des Physiochecks (§ 29k) ist ausgeschlossen, wenn innerhalb der letzten 12 Monate vor Beantragung der Leistung für den Versicherten im Rahmen eines Arztbesuches eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert wurde:

ICD	Langtext
M00.-	Eitrige Arthritis
M02.-	Reaktive Arthritiden
M05.-	Seropositive chronische Polyarthritis
M06.-	Sonstige chronische Polyarthritis
M07.-	Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten
M08.-	Juvenile Arthritis
M10.-	Gicht
M11.-	Sonstige Kristall-Arthropathien
M12.-	Sonstige näher bezeichnete Arthropathien
M13.-	Sonstige Arthritis
M15.0, M15.3, M15.4, M15.8, M15.9	Polyarthrose
M16.-	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
M17.-	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
M19.01, M19.02, M19.05, M19.07, M19.08	Sonstige Arthrose
M22.4	Krankheiten der Patella
M23.4-	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement], freier Gelenkkörper
M24.-	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen
M25.0-, M25.1-	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert
M30.-	Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände
M31.-	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
M32.-	Systemischer Lupus erythematoses

M33.-	Dermatomyositis-Polymyositis
M34.-	Systemische Sklerose
M35.-	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
M36.-	Systemkrankheiten des Bindegewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M41.4-, M41.5-	Skoliose
M43.3, M43.4, M43.5-, M43.6	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M45.-	Spondylitis ankylosans
M46.-	Sonstige entzündliche Spondylopathien
M47.0-, M47.1-, M47.2-	Spondylose
M48.1-, M48.3-, M48.4-, M48.5-	Sonstige Spondylopathien
M49.-	Spondylopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M50.0, M50.1, M50.2	Zervikale Bandscheibenschäden
M51.0, M51.1, M51.2	Sonstige Bandscheibenschäden
M53.-	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert
M54.0-, M54.1-, M54.2, M54.3, M54.4	Rückenschmerzen
M60.-	Myositis
M61.1-, M61.2-, M61.3-	Kalzifikation und Ossifikation von Muskeln
M62.1-, M62.2-, M62.3-, M62.4-	Sonstige Muskelkrankheiten
M63.-	Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M65.0-, M65.1-, M65.2-	Synovitis und Tenosynovitis
M66.-	Spontanruptur der Synovialis und von Sehnen
M71.0, M71.1-	Sonstige Bursopathien
M72.2, M72.4-, M72.6-	Fibromatosen
M73.-	Krankheiten des Weichteilgewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M75.0, M75.1, M75.2, M75.5	Schulterläsionen
M79.-	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert

M80.-	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
M82.-	Osteoporose bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M83.-	Osteomalazie im Erwachsenenalter
M84.-	Veränderungen der Knochenkontinuität
M86.-	Osteomyelitis
M87.-	Knochennekrose
M88.-	Osteodystrophia deformans [Paget-Krankheit]
M89.-	Sonstige Knochenkrankheiten
M90.-	Osteopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M91.-	Juvenile Osteochondrose der Hüfte und des Beckens
M92.-	Sonstige juvenile Osteochondrosen
M93.0, M93.1, M93.2	Sonstige Osteochondropathien
M94.2-, M94.3.-	Sonstige Knorpelkrankheiten
M96.-	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen

Die Satzung wurde im Bundesanzeiger Nr. 94 vom 1. Juli 2009, S. 2275 ff. bekannt gemacht. Die Änderungen durch den 1. bis 41. Nachtrag wurden wie folgt bekannt gemacht:

1. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 118 vom 12. August 2009, S. 2779,
2. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 135 vom 10. September 2009, S. 3224 ff.,
3. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 8 vom 18. Januar 2010, S. 161,
4. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 198 vom 31. Dezember 2009, S. 4607,
5. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 38 vom 10. März 2010, S. 989,
6. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 38 vom 10. März 2010, S. 989,
7. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 150 vom 5. Oktober 2010, S. 3334 f.,
8. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 156 vom 14. Oktober 2010, S. 3435,
10. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 191 vom 16. Dezember 2010, S. 4212 f.,
11. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 6 vom 12. Januar 2011, S. 120 f.,
12. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 6 vom 12. Januar 2011, S. 120,
13. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 54 vom 6. April 2011, S. 1298,
14. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 54 vom 6. April 2011, S. 1299,
15. Nachtrag auf www.kkh-allianz.de am 30. September 2011,
16. Nachtrag auf www.kkh-allianz.de am 29. Dezember 2011,
17. Nachtrag auf www.kkh-allianz.de am 29. Dezember 2011,
18. Nachtrag auf www.kkh-allianz.de am 17. April 2012,
19. Nachtrag auf www.kkh-allianz.de am 17. April 2012,
20. Nachtrag auf www.kkh-allianz.de am 17. Oktober 2012,
21. Nachtrag auf www.kkh.de am 11. Januar 2013,
22. Nachtrag auf www.kkh-allianz.de am 28. Dezember 2012,
23. Nachtrag auf www.kkh-allianz.de am 28. Dezember 2012,
24. Nachtrag auf www.kkh.de am 19. April 2013,
25. Nachtrag auf www.kkh.de am 16. Oktober 2013,
26. Nachtrag auf www.kkh.de am 27. Dezember 2013,
27. Nachtrag auf www.kkh.de am 27. Dezember 2013,
28. Nachtrag auf www.kkh.de am 27. Dezember 2013,
29. Nachtrag auf www.kkh.de am 14. Mai 2014,
30. Nachtrag auf www.kkh.de am 30. September 2014,
31. Nachtrag auf www.kkh.de am 31. Dezember 2014,
32. Nachtrag auf www.kkh.de am 29. Dezember 2014,
33. Nachtrag auf www.kkh.de am 29. Dezember 2014,
34. Nachtrag auf www.kkh.de am 20. Februar 2015,
35. Nachtrag auf www.kkh.de am 27. März 2015,
36. Nachtrag auf www.kkh.de am 5. November 2015,
37. Nachtrag auf www.kkh.de am 5. November 2015,
38. Nachtrag auf www.kkh.de am 29. Dezember 2015,
39. Nachtrag auf www.kkh.de am 29. Dezember 2015,
40. Nachtrag auf www.kkh.de am 29. Dezember 2015,
41. Nachtrag auf www.kkh.de am 15. Januar 2016.

Satzung der Pflegekasse bei der KKH

in der Fassung vom 1. Juli 2009

zuletzt geändert durch den 6. Nachtrag vom
15. September 2015

Nachträge zur Satzung und deren aktuell gültige Fassung
können unter www.kkh.de/bekanntmachungen eingesehen
werden.

Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis der Satzung der Pflegekasse bei der KKH

Seite

Abschnitt I – Verfassung

§ 1 – Name und Rechtsstellung	3
§ 2 – Sitz, Geschäftsgebiet	3
§ 3 – Organe	3
§ 4 – Verwaltungsrat	3
§ 5 – Vorstand	3
§ 6 – Widerspruchsausschüsse	3
§ 7 – Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen	4
§ 8 – Änderung der Satzung	4
§ 9 – Bekanntmachungen	4

Abschnitt II – Mitgliedschaft

§ 10 – Mitgliederkreis	5
§ 11 – Beginn und Ende der Mitgliedschaft	5–6
§ 12 – Familienversicherung	6

Abschnitt III – Beiträge

§ 13 – Bemessung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge	6
---	---

Abschnitt IV – Leistungen

§ 14 – Leistungen	6
§ 15 – Leistungsausschluss	6–7
§ 16 – Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen	7

Abschnitt V – Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 17 – Jahresrechnung, Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung ..	7
§ 18 – Rücklage	7

Ein **Abkürzungsverzeichnis** finden Sie im Anschluss an die Satzung.

Satzung der Pflegekasse bei der KKH

in der Fassung vom 1. Juli 2009

Abschnitt I

Verfassung

§ 1 – Name und Rechtsstellung

- (1) Die Pflegekasse bei der KKH führt den Namen
„Pflegekasse bei der KKH“.
- (2) Die Pflegekasse ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

§ 2 – Sitz, Geschäftsgebiet

- (1) Sitz der Pflegekasse ist Hannover.
- (2) Das Geschäftsgebiet der Pflegekasse umfasst die Bundesrepublik Deutschland.

§ 3 – Organe

Organe der Pflegekasse sind der Verwaltungsrat (Selbstverwaltungsorgan) sowie der Vorstand.

§ 4 – Verwaltungsrat

- (1) Verwaltungsrat der Pflegekasse ist der Verwaltungsrat der KKH. Ein Mitglied, das verhindert ist, wird durch einen Stellvertreter vertreten.
- (2) Für die Vertretungsbefugnis, Aufgaben, Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung gelten die Bestimmungen des § 4 Abs. 3, Abs. 4 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9, Abs. 5 und 6 sowie § 6 Abs. 1 der Satzung der KKH entsprechend.
- (3) Die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates der KKH gilt für den Verwaltungsrat der Pflegekasse entsprechend.

§ 5 – Vorstand

- (1) Vorstand der Pflegekasse ist der Vorstand der KKH.
- (2) Für die Aufgaben und Vertretungsbefugnisse des Vorstandes gelten die Bestimmungen des § 5 Abs. 2, Abs. 3 Nr. 1 - 7 und 10 sowie § 6 Abs. 2 und 4 der Satzung der KKH entsprechend.

§ 6 – Widerspruchsausschüsse

- (1) Der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird besonderen Ausschüssen (Widerspruchsausschüsse) übertragen. Widerspruchsausschüsse der Pflegekasse sind die Widerspruchsausschüsse der KKH. Sitz der Widerspruchsstelle ist Hannover.

- (2) § 8 Abs. 2 Satz 3 und 4 der Satzung der KKH und die Geschäftsordnung für die Widerspruchsausschüsse der KKH gelten für die Widerspruchsausschüsse der Pflegekasse entsprechend.
- (3) Die bei einem Einspruch gegen einen Bußgeldbescheid zuständige Stelle nach § 112 Abs. 2 SGB IV sind die Widerspruchsausschüsse. Sie entscheiden auch über Widersprüche nach § 9 Abs. 4 des Informationsfreiheitsgesetzes sowie über Widersprüche im Rahmen des Gesetzes zur Weiterverwendung von Informationen öffentlicher Stellen.

§ 7 – Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine Entschädigung nach Maßgabe des § 41 SGB IV.
- (2) Für die Höhe der festen Sätze und Pauschbeträge nach § 41 Abs. 1 und 3 SGB IV gelten die Abschnitte I Nr. 1 bis 5, II und III Nr. 1 der Anlage zur Satzung der KKH (§ 9 Abs. 2 der Satzung der KKH) entsprechend.

§ 8 – Änderung der Satzung

- (1) Beschlüsse zur Änderung der Satzung werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.
- (2) Ausfertigungen von Satzungsänderungen werden vom Vorsitzenden des Vorstandes, im Verhinderungsfall von seinem Stellvertreter, unterzeichnet.

§ 9 – Bekanntmachungen

Bekanntmachungen der Pflegekasse erfolgen im Internet unter www.kkh.de.

Abschnitt II**Mitgliedschaft****§ 10 – Mitgliederkreis**

- (1) Mitglieder der Pflegekasse bei der KKH sind die Mitglieder der KKH, sofern sie nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind.
- (2) Personen, die
 1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
 2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
 3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
 4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch beziehen,
 5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
 6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind, und nach § 21 SGB XI der Versicherungspflicht unterliegen, gehören der Pflegekasse bei der KKH als Mitglied an, wenn die KKH mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist oder wenn sie die Pflegekasse nach § 48 SGB XI gewählt haben.
- (3) Weiterversicherte nach § 26 SGB XI gehören der Pflegekasse bei der KKH als Mitglied an, wenn sie vor Beginn der Weiterversicherung zuletzt Mitglied der Pflegekasse oder bei ihr nach §12 (§ 25 SGB XI) versichert waren oder ohne die Bestimmung des § 25 Abs. 3 SGB XI versichert gewesen wären.
- (4) Personen, die gemäß § 26a SGB XI der Pflegekasse bei der KKH beigetreten sind, gehören ihr als Mitglied an.

§ 11 – Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- (1) Beginn und Ende der Mitgliedschaft richten sich nach den Bestimmungen des § 49 SGB XI.

- (2) Die Mitgliedschaft Weiterversicherter und der nach § 26a SGB XI Beigetretenen endet auch, wenn Versicherungspflicht nach den §§ 20, 21 oder 23 Abs. 1, 3 und 4 SGB XI eintritt.
- (3) Die Pflegekasse bei der KKH gibt dem Austritt Weiterversicherter und der nach § 26a SGB XI Beigetretenen abweichend von § 49 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI mit dem Zeitpunkt statt, ab dem ein Anspruch auf Familienversicherung nach § 25 SGB XI besteht.

§ 12 – Familienversicherung

Der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder eines Mitgliedes sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind nach Maßgabe des § 25 SGB XI bei der Pflegekasse versichert. Lebenspartnerschaften im Sinne dieser Satzung sind Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.

Abschnitt III

Beiträge

§ 13 – Bemessung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge

Für die Bemessung, die Zahlung und die Fälligkeit der Beiträge zur Pflegekasse gelten die Vorschriften des SGB XI sowie entsprechend den einschlägigen Regelungen des SGB IV und SGB V die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt IV

Leistungen

§ 14 – Leistungen

Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen.

§ 15 – Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB XI begeben, um auf Basis einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 25 SGB XI missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen (§ 33a SGB XI).

- (2) Die Pflegekasse kann Informationen und Belege sowie eine Bestätigung der Versicherten darüber einfordern, dass der Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB XI nicht allein dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder einer darauf beruhenden Versicherung nach § 25 SGB XI Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Bei den Prüfungen nach Satz 1 sind die Versicherten zur Mitwirkung verpflichtet. Kann mangels ausreichender Mitwirkung des Versicherten nicht geklärt werden, ob der Leistungsausschluss wirksam wird, sind die beanspruchten Leistungen zu versagen (§§ 60 ff. SGB I). Die nach diesem Absatz erhobenen Daten und dabei insbesondere die Angaben zum Gesundheitszustand werden ausschließlich nach den Vorgaben des zweiten Kapitels des SGB X verarbeitet und genutzt.
- (3) Wurden Leistungen bereits erbracht und stellt sich nachträglich heraus, dass es sich um eine missbräuchliche Leistungsanspruchnahme im Sinne von § 33a SGB XI gehandelt hat, können die von der Pflegekasse bereits gewährten Leistungen unter Beachtung der einschlägigen Verfahrensvorschriften des SGB X zurückgefordert werden.

§ 16 – Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen

Die Pflegekasse bei der KKH kann den Abschluss privater Pflegezusatzversicherungen zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln.

Abschnitt V

Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 17 – Jahresrechnung, Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung

- (1) Der Vorstand erstellt eine Jahresrechnung und einen Jahresbericht. Die Jahresrechnung sowie die Betriebs- und Rechnungsführung wird jährlich durch einen vom Verwaltungsrat bestellten sachverständigen Prüfer geprüft. Über das Ergebnis wird ein Prüfbericht erstellt.
- (2) Die geprüfte Jahresrechnung ist dem Verwaltungsrat zur Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes spätestens bis zum Ende des Folgejahres vorzulegen.

§ 18 – Rücklage

Die Rücklage beträgt 50 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).

Die Satzung wurde im Bundesanzeiger Nr. 99 vom 9. Juli 2009, S. 2345 ff. bekannt gemacht. Die Änderungen durch den 1. bis 6. Nachtrag wurden wie folgt bekannt gemacht:

1. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 58 vom 13. April 2011, S. 1398,
2. Nachtrag auf www.kkh-allianz.de am 17. April 2012,
3. Nachtrag auf www.kkh.de am 2. Januar 2013,
4. Nachtrag auf www.kkh.de am 16. Oktober 2013,
5. Nachtrag auf www.kkh.de am 27. März 2015,
6. Nachtrag auf www.kkh.de am 5. November 2015.

Nichtamtliches Verzeichnis der in den Satzungen verwendeten Abkürzungen

<i>AAG</i>	=	<i>Aufwendungsausgleichsgesetz</i>	<i>RVO</i>	=	<i>Reichsversicherungsordnung</i>
<i>Abs.</i>	=	<i>Absatz</i>	<i>SGB</i>	=	<i>Sozialgesetzbuch</i>
<i>AFG</i>	=	<i>Arbeitsförderungsgesetz</i>	<i>SGB III</i>	=	<i>Drittes Buch Sozialgesetzbuch</i>
<i>Art.</i>	=	<i>Artikel</i>	<i>SGB IV</i>	=	<i>Viertes Buch Sozialgesetzbuch</i>
<i>BSeuchG</i>	=	<i>Bundesseuchengesetz</i>	<i>SGB V</i>	=	<i>Fünftes Buch Sozialgesetzbuch</i>
<i>ff.</i>	=	<i>fortfolgend</i>	<i>SGB VI</i>	=	<i>Sechstes Buch Sozialgesetzbuch</i>
<i>ggf.</i>	=	<i>gegebenenfalls</i>	<i>SGB IX</i>	=	<i>Neuntes Buch Sozialgesetzbuch</i>
<i>GRG</i>	=	<i>Gesundheits-Reformgesetz</i>	<i>SGB XI</i>	=	<i>Elftes Buch Sozialgesetzbuch</i>
<i>Nr.</i>	=	<i>Nummer</i>	<i>SGG</i>	=	<i>Sozialgerichtsgesetz</i>
<i>Nrn.</i>	=	<i>Nummern</i>	<i>vdek</i>	=	<i>Verband der Ersatzkassen e.V.</i>
<i>o. Ä.</i>	=	<i>oder Ähnliche(s)</i>	<i>v. H.</i>	=	<i>vom Hundert</i>
<i>RSAV</i>	=	<i>Risikostrukturausgleichsverordnung</i>	<i>Ziff.</i>	=	<i>Ziffer</i>

KKH Kaufmännische Krankenkasse

Hauptverwaltung

30144 Hannover

Telefon 0511 2802-0

Telefax 0511 2802-2699

service@kkh.de

www.kkh.de