

Techniker  
Krankenkasse

Techniker  
Krankenkasse

# Satzung

Techniker Krankenkasse  
Stand: 1. März 2015

Techniker Krankenkasse  
Pflegerversicherung  
Stand: 1. April 2015





## Vorwort

Sehr geehrtes Mitglied der Techniker Krankenkasse,  
sehr geehrte Damen und Herren,

die TK ist ein modernes und fortschrittliches Dienstleistungsunternehmen. Sie steht dabei in der Tradition einer anspruchsvollen Versichertengemeinschaft aus technischen, naturwissenschaftlichen und handwerklichen Berufen, der sie sich auch künftig in besonderem Maße verpflichtet fühlt.

Die TK tritt für eine starke Patientenorientierung ein, die geprägt ist durch Gestaltungsfreiheit und Wahlmöglichkeiten; ihr Ziel ist eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung. Dies schließt die Aufgabe ein, das Dienstleistungsangebot zeitgemäß auszubauen und weiterzuentwickeln – zum Vorteil der Versicherten, ihrer Arbeitgeber und der Vertragspartner der TK.

Zu der neuesten Ausgabe unserer Satzung möchten wir Ihnen einige Erläuterungen geben.

In Abschnitt A der Satzung ist die Verfassung der Techniker Krankenkasse (TK) eingearbeitet. In den Abschnitten B - Mitgliedschaft, C - Beiträge und F - Leistungen wird ausschließlich das beschrieben, was nicht durch gesetzliche Bestimmungen geregelt ist. Abschnitt D enthält eine Vorschrift zur Höhe der Rücklage und Abschnitt E enthält die Regelungen der TK nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz. Der Abschnitt G informiert über die Möglichkeit zum Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge. Der sich anschließende Abschnitt H beinhaltet die Wahltarife, die die TK ihren Mitgliedern anbietet.

Abschließend möchten wir Sie noch darauf hinweisen, dass die in dieser Satzung enthaltenen personen- bzw. funktionsbezogenen Begriffe geschlechtsneutral zu verstehen sind, auch wenn – den allgemeinen Gepflogenheiten entsprechend – maskuline Bezeichnungen verwendet werden.

Falls Sie Fragen oder Anregungen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bundesweit an über 200 Orten mit Rat und Tat zur Seite.

Mit freundlichen Grüßen



Dominik Kruchen  
Alternierender Vorsitzender  
des Verwaltungsrats



Dieter F. Märtens  
Alternierender Vorsitzender  
des Verwaltungsrats



Dr. Jens Baas  
Vorsitzender des Vorstands

# Satzung der Techniker Krankenkasse

Artikel I	Seite
<b>A Verfassung</b>	
§ 1 Name, Rechtsstellung, Geschäftsgebiet und Sitz	7
§ 2 Verwaltungsrat	7
§ 3 Vorstand	9
§ 4 Widerspruchsausschüsse	10
§ 5 Entschädigung der Organmitglieder	10
§ 6 Bekanntmachungen der TK	10
§ 7 Ehrenamtliche Berater	10
<b>B Mitgliedschaft</b>	
§ 8 Versicherter Personenkreis	11
§ 9 Beginn und Ende der Mitgliedschaft	11
<b>C Beiträge</b>	
§ 10 Beitragsbemessung	11
§ 11 zurzeit nicht belegt	11
§ 12 zurzeit nicht belegt	11
<b>D Rücklage</b>	
§ 13 Rücklage	12
<b>E Aufwendungsausgleich</b>	
§ 14 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	12
§ 15 Höhe der Erstattungen	12
§ 16 Aufbringung der Mittel, Umlagen	13
§ 17 Betriebsmittel	13
<b>F Leistungen</b>	
§ 18 Prävention	14
§ 19 Krankheitsverhütung	14
§ 20 Medizinische Leistungen der Vorsorge	15
§ 21 Kostenerstattung	15
§ 21a Kostenerstattung Wahlarzneimittel	15
§ 22 Leistungsanspruch bei Aufenthalt im Ausland	15
§ 23 Häusliche Krankenpflege	16
§ 24 Haushaltshilfe	16
§ 25 Modellvorhaben	17
§ 26 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	18
§ 26a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	18
§ 27 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V	18
§ 27a Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)	18
§ 27b Osteopathie	19

§ 27c	Nicht zugelassene Leistungserbringer – Ambulante Behandlung	19
§ 27d	Nicht zugelassene Leistungserbringer – Stationäre Behandlung	20
§ 27e	Sportmedizinische Untersuchung und Beratung	20
§ 27f	Stationäre Vorsorgeleistung für Lebendorganspender	20
§ 27g	Rufbereitschaft Hebammen	20
§ 27h	Künstliche Befruchtung	21

## G Private Zusatzversicherungsverträge

§ 28	Private Zusatzversicherungsverträge	21
------	-------------------------------------	----

## H Wahltarife

§ 29	Wahltarife für besondere Versorgungsformen	21
§ 29a	Integrierte Versorgung	22
§ 29b	Hausarztzentrierte Versorgung	22
§ 29c	Besondere ambulante ärztliche Versorgung	23
§ 29d	Strukturierte Behandlungsprogramme	23
§ 30	TK-Tarif PrämieXtra	23
§ 31	TK-Tarif 150 Plus und 300Plus	24
§ 32	TK-Tarif Traveller	26
§ 33	TK-Tarif Praxis	28
§ 34	TK-Tarif Natur-Arznei	29
§ 35	Wahltarife Krankengeld	31
§ 35a	TK-Tarif KG Klassik 22	32
§ 35b	TK-Tarif KG Klinik	34
§ 35c	TK-Tarif KG Plus	36
§ 35d	TK-Tarif KG Künstler und Publizisten	37
§ 36	TK-Tarif Select	39

## Artikel II

Inkrafttreten	40
---------------	----

## Anlage 1

Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung	41
--	----

## Anlage 2

Teilnahmebedingungen nach § 26 TK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten	43
---	----

## Anlage 3

Maßnahmenkatalog nach § 26 TK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten	46
---	----

## Anlage 4

Katalog der Zuschussleistungen nach § 26 TK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten   TK-Gesundheitsdividende	48
---	----

# Satzung der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung

Artikel I	Seite
<b>A Verfassung</b>	
§ 1 Name, Rechtsstellung, Geschäftsgebiet und Sitz	49
§ 2 Verwaltungsrat	49
§ 3 Vorstand	50
§ 4 Widerspruchsausschüsse	51
§ 5 Entschädigung der Organmitglieder	51
§ 6 Bekanntmachungen der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung	51
<b>B Mitgliedschaft</b>	
§ 7 Versicherter Personenkreis	52
§ 8 Beginn und Ende der Mitgliedschaft	52
<b>C Beiträge</b>	
§ 9 Beitragsbemessung	53
§ 10 zurzeit nicht belegt	53
§ 11 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	53
<b>D Rücklage</b>	
§ 12 Rücklage	53
<b>E Leistungen</b>	
§ 13 Leistungen	53
<b>Artikel II</b>	
Inkrafttreten	53

# Satzung der Techniker Krankenkasse

vom 1. Januar 2009 unter Berücksichtigung des 45. Nachtrages

Stand: 1. März 2015

## Artikel I

### A Verfassung

#### § 1 Name, Rechtsstellung, Geschäftsgebiet und Sitz

- (1) Die im Jahre 1884 vom Deutschen Techniker-Verband als „Eingeschriebene Hilfskasse 58“ errichtete, im Jahre 1965 mit der 1891 errichteten „Berufskrankenkasse der Werkmeister (Ersatzkasse)“ sowie im Jahre 2000 mit der 1882 gegründeten „Gärtner-Krankenkasse (Ersatzkasse)“ und im Jahre 2009 mit der 2003 gegründeten IKK-Direkt vereinigte Kasse führt den Namen: Techniker Krankenkasse (TK).
- (2) Die TK ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und ist Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.
- (3) Die Organe der TK sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand.
- (4) Das Geschäftsgebiet der TK umfasst das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.
- (5) Sitz der TK ist Hamburg.

#### § 2 Verwaltungsrat

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Wahl, Amtsdauer sowie Rechte und Pflichten richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen der Satzung.
- (2) Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.
- (3) Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen den alternierenden Vorsitzenden jeweils jährlich zum 1. Januar. Die alternierenden Vorsitzenden dürfen nicht derselben Gruppe angehören.
- (4) Der Verwaltungsrat bildet zur Vorbereitung oder zur Erledigung von Aufgaben – mit Ausnahme der Rechtssetzung – Fachausschüsse. Die Ausschüsse werden paritätisch und grundsätzlich unter Anwendung der Verhältniswahl nach dem Höchstzahlverfahren d'Hondt besetzt.
- (5) Der Verwaltungsrat bestimmt die Grundzüge der Kassenpolitik – auch für die Verbandsarbeit – und trifft alle Entscheidungen, die für die TK von grundsätzlicher Bedeutung sind.
- (6) Der Verwaltungsrat hat insbesondere folgende Aufgaben:
  - Die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen.
  - Die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates zu beschließen.
  - Wahl der alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates.
  - Wahl der Mitglieder des Vorstandes sowie eines Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden aus deren Mitte.
  - Amtsenthebung und Amtsentbindung der Mitglieder des Vorstandes.
  - Regelung der Anstellungsbedingungen der Mitglieder des Vorstandes in Dienstverträgen.

- Die organisatorische Grundentscheidung über die Abgrenzung der Geschäftsbereiche des Vorstandes.
  - Überwachung der Vorstandsarbeit.
  - Beschlussfassung über die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltung.
  - Feststellung des Haushaltsplanes.
  - Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes.
  - Bestellung sachverständiger Prüfer zur jährlichen Prüfung der Betriebsführung.
  - Bestellung sachverständiger Prüfer zur jährlichen Prüfung der Rechnungsführung.
  - Bestellung des Wahlausschusses für die Sozialversicherungswahl.
  - Den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und Gebäuden sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen.
  - Die Bestimmung der Widerspruchsstelle nach den Vorschriften des SGB.
  - Die Bestimmung der Einspruchsstelle nach den Vorschriften des SGB und Ordnungswidrigkeitengesetzes.
  - Vertretung der TK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern.
  - Beschlussfassung über Vereinbarungen und Verträge mit anderen Krankenkassen, soweit diese nicht in die Zuständigkeit des Vorstandes fallen.
  - Amtsenthebung und Amtsentbindung von Mitgliedern des Verwaltungsrates.
  - Bestellung der Vertreter des Verwaltungsrates für die Gremien des vdek.
  - Entsendung der Vertreter für die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes.
  - Benennung der Vertreter für den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes.
  - Beschlussfassung über die freiwillige Vereinigung mit einer oder mehreren anderen Krankenkassen.
- (7)** Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (8)** Die ordentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates finden nach Bedarf, jedoch mindestens dreimal jährlich statt. Der Verwaltungsrat ist außerdem einzuberufen, wenn es ein Drittel seiner Mitglieder oder die Aufsichtsbehörde verlangt. Derartige Sitzungen müssen innerhalb von vier Wochen stattfinden.
- (9)** Für die Beratung und Beschlussfassung gelten die entsprechenden Vorschriften des SGB.
- (10)** Änderungen der Satzung mit Ausnahme der Beschlussfassung über die Erhebung eines Zusatzbeitrages (§ 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V) bedürfen der Zustimmung von zwei Drittel der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates.
- (11)** Beschlüsse über die Erhebung eines Zusatzbeitrages (§ 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V) bedürfen der Zustimmung der Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates.
- (12)** Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen bei
1. Angelegenheiten, in denen auf einer Sitzung des Verwaltungsrates oder einzelner von ihm zu bestimmender Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
  2. Angelegenheiten, die nach Beratung auf einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen.
- Wenn ein Fünftel seiner Mitglieder der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.



### § 3 Vorstand

- (1) Der aus drei Mitgliedern bestehende Vorstand übt seine Tätigkeit hauptamtlich aus.
- (2) Der Vorstand verwaltet die TK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die TK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.
- (3) Die TK kann im Einzelfall auf Beschluss des Vorstandes auch durch ein Mitglied des Vorstandes allein vertreten werden.
- (4) Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:
  - Ausgestaltung und Leitung der Verwaltung.
  - Entscheidung über den Abschluss und die Kündigung von Tarifverträgen.
  - Abschluss und Kündigung von Dienstvereinbarungen.
  - Entscheidung über die Anstellung, Eingruppierung und Kündigung von Mitarbeitern.
  - Entscheidung über
    - a) die Beteiligung an gemeinnützigen Einrichtungen,
    - b) die Vergabe von Darlehen zu gemeinnützigen Zwecken,
    - c) die Erweiterung und den Umbau von Gebäuden,
    - d) die Anlegung der Rücklagen, die der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen.
  - Aufnahme von Darlehen.
  - Mitgestaltung und Zustimmung bei Verträgen und Vereinbarungen, die der Beschlussfassung durch den Vorstand des vdek bedürfen.
  - Erlass von Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte.
  - Aufstellung des Haushaltsplanes.
  - Aufstellung der Jahresrechnung.
  - Vorlage der geprüften Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Feststellungen des Prüfberichtes beim Verwaltungsrat.
  - Vorlage des Berichtes über die jährliche Prüfung der Betriebsführung beim Verwaltungsrat.
- (5) Der Vorstand trifft Entscheidungen im Benehmen mit dem Verwaltungsrat über
  - die Anstellung und Kündigung von Mitarbeitern, die unmittelbar dem Vorstand berichten und nicht unter die Bestimmungen des TKT fallen,
  - die Einrichtung und Auflösung von Dienststellen und Eigeneinrichtungen, soweit diese nicht im Rahmen einer Strategie beschlossen wurden.
- (6) Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat zu berichten über
  - die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung.
  - die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung.
  - alle Angelegenheiten, in denen der Vorstand Entscheidungen im Benehmen mit dem Verwaltungsrat zu treffen hat.
- (7) Den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates ist aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

#### § 4 Widerspruchsausschüsse

- (1) Für den Erlass von Widerspruchsbescheiden werden besondere Ausschüsse nach den Vorschriften des SGB gebildet. Sie sind auch Einspruchsstelle nach den Bußgeldvorschriften des SGB und nehmen die Aufgaben der Verwaltungsbehörde nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.
- (2) Sitz der Widerspruchsausschüsse ist Hamburg.
- (3) Jeder Widerspruchsausschuss besteht aus je zwei Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Jedes Mitglied hat mindestens einen Stellvertreter.
- (4) Die Mitglieder und Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat aus dem Kreis der Mitglieder und Stellvertreter des Verwaltungsrates mit einfacher Mehrheit für deren Amtsdauer gewählt, wobei grundsätzlich die Verhältniswahl nach dem Höchstzahlverfahren d'Hondt angewendet wird. Die Vorschrift des SGB zum Verlust der Mitgliedschaft gilt entsprechend. Sie bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
- (5) Jeder Widerspruchsausschuss wählt aus seiner Mitte die alternierenden Vorsitzenden. Der Vorsitz wechselt zwischen den alternierenden Vorsitzenden jeweils jährlich zum 1. Januar. Die alternierenden Vorsitzenden müssen verschiedenen Gruppen angehören.
- (6) An den Sitzungen nehmen die Berater des Widerspruchsausschusses ohne Stimmrecht teil.

#### § 5 Entschädigung der Organmitglieder

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine Entschädigung nach der entsprechenden Vorschrift des SGB. Die Entschädigungen legt der Verwaltungsrat in der „Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung“, die als Anlage 1 Bestandteil dieser Satzung ist, fest.

#### § 6 Bekanntmachungen der TK

- (1) Die Satzung und sonstiges autonomes Recht werden durch datierten und befristeten Aushang in der Hauptverwaltung und in den Dienststellen sowie auf der Internetseite [www.tk.de](http://www.tk.de) öffentlich bekannt gemacht. Es ist eine Aushangfrist von einer Woche einzuhalten; auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.
- (2) Die „Öffentliche Zustellung“ nach dem Verwaltungszustellungsgesetz wird in einer Dienststelle oder in der Hauptverwaltung ausgehängt.
- (3) Die wesentlichen Ergebnisse der Rechnungslegung werden den Versicherten zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres im elektronischen Bundesanzeiger, auf der Internetseite [www.tk.de](http://www.tk.de) und durch Einsichtnahme in den Dienststellen zugänglich gemacht.

#### § 7 Ehrenamtliche Berater

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

## B Mitgliedschaft

### § 8 Versicherter Personenkreis

(1) Zum Mitgliederkreis der TK gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. Studenten und Berufspraktikanten,
3. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten, soweit gesetzlich nichts anderes geregelt ist.

Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen können der TK nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

### § 9 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- (1) Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die gesetzlichen Vorschriften und die folgende Bestimmung der Satzung.
- (2) Die Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft ist abweichend von § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V zum Ablauf des Vortages möglich, an dem das Mitglied die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt.

## C Beiträge

Für die Bemessung, Tragung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge gelten die Vorschriften des SGB, die sonstigen für die Krankenkassen verbindlichen Regelungen und die folgenden Bestimmungen der Satzung.

### § 10 Beitragsbemessung

Für Mitglieder wird ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag (§ 242 Abs. 1 SGB V) in Höhe von 0,8 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung erhoben. Zusammen mit den gesetzlich bestimmten Vomhundertsätzen werden danach Beiträge für Mitglieder, für die der allgemeine Vomhundertsatz (§ 241 SGB V) gilt, mit insgesamt 15,4 vom Hundert und für Mitglieder, für die der ermäßigte Vomhundertsatz (§ 243 SGB V) gilt, mit insgesamt 14,8 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung erhoben.

### § 11 zurzeit nicht belegt

### § 12 zurzeit nicht belegt

# D Rücklage

## § 13 Rücklage

Die Höhe der Rücklage hat 50 vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben zu betragen.

# E Aufwendungsausgleich

- (1) Für den nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) durchzuführenden Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen finden die Bestimmungen der übrigen Teile der Satzung der TK entsprechende Anwendung, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist. Dies gilt insbesondere für
  1. den Haushaltsplan und die Jahresrechnung sowie
  2. die Bildung von Widerspruchsausschüssen und Einspruchsstellen.
- (2) Bei der Beratung und Beschlussfassung über Ausgleichsangelegenheiten im Verwaltungsrat wirken nur die Vertreter der Arbeitgeber mit. Derjenige Vertreter der Arbeitgeber, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates gewählt ist, übt dabei das Amt des Vorsitzenden aus. Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat wählen aus ihrer Mitte einen stellvertretenden Vorsitzenden.

## § 14 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

- (1) An dem Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen die Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer im Sinne der §§ 1 Abs. 1 und 3, 3 Abs. 1 AAG beschäftigen.
- (2) Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen grundsätzlich alle Arbeitgeber teil.
- (3) Nicht an dem Ausgleichsverfahren beteiligt sind die in § 11 AAG genannten Personen, Einrichtungen und Verbände.

## § 15 Höhe der Erstattungen

- (1) Die TK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern nach § 14 Abs. 1 70 vom Hundert des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei wird das Arbeitsentgelt auf die jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung begrenzt. Die auf das Arbeitsentgelt entfallenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG sind mit dieser Erstattung abgegolten.
- (2) Die TK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern nach § 14 Abs. 2
  1. 100 vom Hundert des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld,
  2. 100 vom Hundert des vom Arbeitgeber nach § 11 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts,
  3. die auf die Arbeitsentgelte nach Nr. 2 entfallenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse der Arbeitgeber (§ 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG), wobei insoweit das Arbeitsentgelt nach Nummer 2 höchstens bis zur jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt wird.

- (3) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Abs. 1 auf 80 vom Hundert erhöht oder auf 50 vom Hundert ermäßigt. Der Antrag gilt ab Beginn des nächsten Kalenderjahres und kann zum Ende des Kalenderjahres zurückgenommen werden.

### § 16 Aufbringung der Mittel, Umlagen

- (1) Die Mittel zur Durchführung des jeweiligen Ausgleichsverfahrens werden durch Umlagen von den beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.
- (2) Der Umlagesatz beträgt für Aufwendungen
1. nach § 1 Abs. 1 AAG 1,6 vom Hundert,
  2. nach § 1 Abs. 2 AAG 0,49 vom Hundert.
- (3) Hat der Arbeitgeber die erhöhte bzw. die ermäßigte Erstattung nach § 15 Abs. 3 gewählt, so beträgt die Umlage
1. 2,7 vom Hundert (erhöhte Umlage) bzw.
  2. 1,1 vom Hundert (ermäßigte Umlage).
- (4) Bemessungsgrundlage für die Umlage sind die in § 7 Abs. 2 AAG genannten Entgelte.
- (5) Die Fälligkeit der Umlage richtet sich jeweils nach § 12 Abs. 1.

### § 17 Betriebsmittel

- (1) Die TK verwaltet die Mittel für das Ausgleichsverfahren als Sondervermögen.
- (2) Die Betriebsmittel dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen.

## F Leistungen

Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Vorschriften. Dazu gehören u. a. Leistungen

- zur Förderung der Gesundheit,
- zur Verhütung von Krankheiten,
- zur Früherkennung von Krankheiten,
- zur Behandlung einer Krankheit,
- zur medizinischen Rehabilitation,
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- zur Empfängnisverhütung,
- bei Abbruch der Schwangerschaft und Sterilisation.

Es gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen, wobei Versicherte Zuzahlungen nur bis zur Belastungsgrenze zu leisten haben. Werden in der Satzung vertragliche Regelungen genannt, werden die Versicherten bei Bedarf über die Inhalte dieser Regelungen informiert. Im Übrigen gelten die folgenden Bestimmungen der Satzung.

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB 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.

Zur Prüfung dieses Leistungsausschlusses kann die TK in begründeten Fällen eine Untersuchung des Versicherten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung verlangen.

## § 18 Prävention

- (1) Die TK gewährt ausgewählte Leistungen zur primären Prävention. Maßnahmen zur primären Prävention sollen durch Hilfestellung zur gesunden Lebensweise die Entstehung und Verschlimmerung von Krankheiten verhindern oder verzögern. Die Ausgestaltung dieser Leistungen orientiert sich an den vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V (Leitfaden Prävention) in der jeweils gültigen Fassung. Leistungen für individuelle Maßnahmen der primären Prävention werden in folgenden Handlungsfeldern gewährt:
  - Bewegungsgewohnheiten
    - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten
    - Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
  - Ernährung
    - Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
    - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
  - Stressreduktion/Entspannung
    - Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken
  - Genuss- und Suchtmittelkonsum
    - Förderung des Nichtrauchens
    - Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums
- (2) Präventionsmaßnahmen, die mit Übernachtungsaufenthalten verbunden sind, bietet die TK als Sachleistung an. Zuschüsse werden nicht gewährt.
- (3) Die TK fördert – insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – nachhaltig angelegte Settingansätze. Auf Antrag erfolgt eine Förderung von oder Beteiligung an entsprechenden qualitätsgesicherten Projekten auf Basis der vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) Die TK gewährt die Leistungen nach Abs. 1 und Abs. 3 grundsätzlich im Rahmen von Zuschüssen. Für individuelle Maßnahmen zur primären Prävention ist für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres ein Eigenanteil von 20 vom Hundert vorzusehen. Für Versicherte, die mit ihren gesetzlichen Zuzahlungen die Belastungsgrenze des jeweiligen Kalenderjahres nach § 62 SGB V erreicht haben, reduziert sich der Eigenanteil auf 10 vom Hundert. Die TK gewährt Zuschüsse für maximal zwei Kurse innerhalb eines Kalenderjahres. Die Höhe der Zuschüsse ist für alle Versicherten auf höchstens 75 Euro je Kurs begrenzt. Im Rahmen von TK-Verträgen können abweichende Zuschussregelungen vereinbart werden.

## § 19 Krankheitsverhütung

- (1) Die TK gewährt zur Verhütung von Krankheiten Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten. Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20d Abs. 1 SGB V besteht.
- (2) Die TK gewährt die Leistungen nach Abs. 1 grundsätzlich als Sachleistungen oder erstattet die Kosten in Höhe der vertraglichen Regelungen. Wenn keine vertraglichen Regelungen bestehen, übernimmt die TK die Kosten oder gewährt Zuschüsse. Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, gewährt die TK keine Leistungen für Schutzimpfungen.

## § 20 Medizinische Leistungen der Vorsorge

Zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach besonderen TK-Richtlinien wird ein Zuschuss gewährt, sofern die Maßnahme mindestens 14 Kalendertage dauert. Der Zuschuss beträgt für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 13 Euro täglich und für chronisch kranke Kleinkinder 21 Euro täglich. Allen anderen Versicherten wird ein Pauschalbetrag in Höhe von 100 Euro gewährt.

## § 21 Kostenerstattung

(1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl kann für alle Leistungen getroffen werden oder auf einen oder mehrere der folgenden Bereiche beschränkt werden:

- ambulante ärztliche Versorgung
- ambulante zahnärztliche Versorgung
- stationäre Versorgung
- ärztlich/zahnärztlich veranlasste ambulante Leistungen.

Die TK ist vor der Inanspruchnahme der Leistung vom Versicherten über die Wahl der Kostenerstattung zu informieren. An die gewählte Kostenerstattung ist der Versicherte mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Der Zeitraum beginnt frühestens mit dem Eingang der Erklärung bei der TK. Hat der Versicherte mindestens ein Kalendervierteljahr an der gewählten Kostenerstattung teilgenommen, kann er die Teilnahme jederzeit beenden; die Teilnahme endet frühestens mit Eingang der Beendigungsmitteilung bei der TK.

(2) Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die TK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen.

## § 21a Kostenerstattung Wahlarzneimittel

(1) Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die TK einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. Versicherte haben jedoch auch die Wahlmöglichkeit, ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabatt-Arzneimittel der TK zu wählen.

(2) Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die TK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Vom Erstattungsbetrag werden 20 vom Hundert als Abschlag für die der TK entgangenen Vertragsrabatte und 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

## § 22 Leistungsanspruch bei Aufenthalt im Ausland

(1) Versicherte, die in Staaten, mit denen Regelungen über die Leistungsaushilfe bei Krankheit und Mutterschaft bestehen, behandlungsbedürftig werden, erhalten im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts Sach- und Dienstleistungen vom aushelfenden ausländischen Krankenversicherungsträger nach dessen Rechtsvorschriften. Haben Versicherte nicht Sach- und Dienstleistungen nach Satz 1 in Anspruch genommen, sondern die Kosten verauslagt, sind zur Ermittlung eines Erstattungsbetrages spezifizierte Rechnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der Vergütung, die die TK nach Satz 1 zu tragen hätte.

Soweit die nach über- und zwischenstaatlichem Recht vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt sind, erfolgt die Erstattung auf der Basis der deutschen Vertragssätze. Der Anspruch ist begrenzt

auf die tatsächlich entstandenen Kosten. Versicherte, die sich zur Inanspruchnahme von Leistungen in einen anderen Staat begeben, erhalten im Rahmen der Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts bei Krankheit und Mutterschaft Sach- und Dienstleistungen vom ausländischen Krankenversicherungsträger nach dessen Rechtsvorschriften, soweit die TK die Genehmigung erteilt hat.

Diese Genehmigung wird erteilt, wenn

- ein Anspruch auf die Leistung auch im Inland besteht und
- die Behandlung in Anbetracht des derzeitigen Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit nicht in dem notwendigen Zeitraum in Deutschland erfolgen kann.

Im Übrigen steht die Erteilung der Genehmigung im Ermessen der TK. § 21 findet keine Anwendung.

- (2) Alternativ zum Leistungsanspruch nach Abs. 1 sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung ist, dass
- alle Voraussetzungen wie bei einer Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind, z. B. die Antragstellung und eine ggf. erforderliche medizinische Begutachtung vor Behandlungsbeginn und
  - nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Abweichend von Satz 1 besteht ein Anspruch auf Erstattung der Krankenhauskosten nach § 39 SGB V nur, wenn die TK der Behandlung vor Behandlungsbeginn zugestimmt hat. Vom Erstattungsbetrag werden 5 vom Hundert als Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen abgezogen; hierbei beträgt der Mindestbetrag 2,50 Euro und der Höchstbetrag 25 Euro.

- (3) Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich, kann die TK die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen. Die TK kann in diesen Fällen auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesen Fällen nicht.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht für Leistungen an Versicherte, die die TK im anderen Staat auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten hat oder die aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung unterliegen.

### § 23 Häusliche Krankenpflege

- (1) Zusätzlich zur Behandlungspflege erhalten Versicherte als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung notwendig sind.
- (2) Der Anspruch besteht ohne zeitliche Begrenzung.

### § 24 Haushaltshilfe

- (1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen Krankheit vorübergehend nicht möglich ist und die TK die Kosten der Behandlung trägt.
- (2) Haushaltshilfe wird ferner gewährt, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines Versicherten nicht möglich ist.



- (3) Voraussetzung für Leistungen nach Abs. 1 und 2 ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
- (4) Darüber hinaus erhalten Versicherte zur Vermeidung ihrer vollstationären Krankenhausbehandlung kurzzeitig (i.d.R. bis zu 4 Wochen) Haushaltshilfe, sofern ihnen die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

## § 25 Modellvorhaben

### Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung

- (1) Modellvorhaben sind ein wesentliches Element zur Gestaltung der Leistungen der TK. Die Modellvorhaben verfolgen dabei vier übergeordnete Ziele:
  - a) Die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern.  
Modellvorhaben der TK stärken die Kompetenz der Versicherten im Umgang mit Erkrankungen und ihre Stellung im Versorgungssystem (Patientenorientierung). Qualität und Effektivität der medizinischen Versorgung in den Strukturen und Prozessen sollen gesteigert werden.
  - b) Die Effizienz der medizinischen Versorgung steigern.  
Modellvorhaben der TK unterstützen eine zielgerichtete Diagnose und Behandlung und stellen sicher, dass Diagnostik und Therapie auf der jeweils richtigen Ebene des Versorgungssystems erfolgen und die Interessen der Patienten im Sinne einer Ergebnisorientierung einbezogen und geschützt werden.
  - c) Die medizinische Versorgung mit innovativen Ansätzen voranbringen.  
Modellvorhaben der TK sind durch ein hohes Innovationspotenzial gekennzeichnet. Durch den Einsatz neuer Instrumente und Ansätze tragen sie in besonderem Maße zu Erkenntnisgewinn und Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung bei.
  - d) Die Gesundheitsversorgung an den Bedürfnissen und am Bedarf der Versicherten der TK ausrichten.  
Im Mittelpunkt der Modellvorhaben der TK stehen die Interessen der TK-Versichertengemeinschaft. Dabei gilt es einerseits, den besonderen Bedarf der Versicherten zu berücksichtigen sowie andererseits den Erwartungen der Versicherten an eine moderne medizinische Versorgung und Dienstleistung Rechnung zu tragen. Mit den Modellvorhaben werden den Versicherten bedarfsgerechte Versorgungsangebote eröffnet.
- (2) Die TK leistet einen aktiven Beitrag zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu diesem Zweck kann die TK Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 (Strukturmodelle) und Abs. 2 SGB V (Leistungsmodelle) allein oder zusammen mit dem vdek, anderen gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Verbänden durchführen oder die Durchführung des jeweiligen Vorhabens mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbaren.
- (3) Strukturmodelle im Sinne des § 63 Abs. 1 SGB V dienen der Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung. Ziel ist es, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu erhöhen. Eventuelle Mehraufwendungen werden durch eine aus den Modellvorhaben resultierende Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und damit verbundenen Kostensenkung kompensiert. Einsparungen kommen den Vertragspartnern, den Maßnahmen der Vorhaben oder den am Modellvorhaben beteiligten Versicherten zu Gute. Dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird Rechnung getragen.
- (4) Leistungsmodelle im Sinne des § 63 Abs. 2 SGB V dienen der Optimierung von Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie der Verbesserung der Therapieformen. Modellvorhaben können nur zu Leistungen durchgeführt werden, über deren Eignung als Leistung der Krankenkasse die Bundesausschüsse keine ablehnende Entscheidung getroffen haben. Fragen der biomedizinischen Forschung sowie die Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

- (5) Die Dauer der Modellvorhaben ist befristet und beträgt längstens acht Jahre. Das Modellvorhaben kann vorzeitig beendet werden, wenn die zu Grunde liegenden Ziele bereits erreicht worden sind oder wenn deutlich wird, dass die Ziele nicht erreicht werden können. Es erfolgt entsprechend § 65 SGB V eine wissenschaftliche Begleitung.
- (6) Die Teilnahme der Versicherten an den Modellvorhaben ist freiwillig, sofern die Vorhaben eine Teilnahme vorsehen. Die Voraussetzungen und Modalitäten der Teilnahme sowie des Ausscheidens von Versicherten werden im jeweiligen Modell geregelt.

## **§ 26 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

- (1) Versicherte können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig und erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters. Die Teilnahme erfolgt für jeweils 12 Monate. Mit dem Ende der Versicherung bei der TK endet zeitgleich auch die Teilnahme am Bonusprogramm.
- (2) Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention nach § 18 oder anderen qualitätsgesicherten von der TK anerkannten Maßnahmen der Primärprävention in Anspruch nehmen. Der Versicherte weist die Inanspruchnahme der Leistungen durch Bestätigung des Leistungserbringers nach.
- (3) Näheres zum Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten ist in den Anlagen 2 bis 4 zu dieser Satzung geregelt.

## **§ 26a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

- (1) Arbeitgeber erhalten einen Bonus, wenn sie ein mit der TK vereinbartes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Das Programm muss sich an den vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20a Abs. 1 SGB V orientieren. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz gesetzlich verpflichtet ist, kann kein Bonus gewährt werden.
- (2) Die TK schließt auf Antrag des Arbeitgebers mit diesem einen Vertrag, der die Voraussetzungen der Bonusgewährung, deren Nachweise sowie die Höhe des Bonus regelt. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden von der TK nach § 20a Abs. 1 SGB V erbracht. Der Bonus kann bis zu 20 vom Hundert der Aufwendungen betragen, die vom Arbeitgeber im Rahmen des vereinbarten Programms nach Abs. 1 für die betriebliche Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen. Dieser Bonus ist vom Arbeitgeber vollständig für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verwenden. In dem Vertrag kann auch vereinbart werden, dass dem Arbeitgeber der Bonus vollständig oder teilweise in Form von Beratungsleistungen gewährt wird. Der Bonus wird für jedes vereinbarte Programm nur einmal gewährt.

## **§ 27 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V**

Die TK gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

### **§ 27a Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)**

- (1) Die TK erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
  - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
  - b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und

- c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
- (2) Die TK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Abs. 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.
  - (3) Zur Erstattung sind der TK die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.
  - (4) Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
  - (5) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

### § 27b Osteopathie

- (1) Versicherte können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen Parietale, Viszerale und Craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre.
- (2) Die TK übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 40 Euro pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die schriftliche ärztliche Anordnung vorzulegen.

### § 27c Nicht zugelassene Leistungserbringer - Ambulante Behandlung

- (1) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die TK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
- (2) Die TK trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die 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 TK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite [www.tk.de](http://www.tk.de) öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die TK den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- (4) Für die veranlassten Leistungen gilt § 21 Abs. 2 entsprechend.

## § 27d Nicht zugelassene Leistungserbringer – Stationäre Behandlung

- (1)** Die TK übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:
  - a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt 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 TK vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
  - e) die TK hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
- (2)** Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
- (3)** Mit der Zustimmung nach Abs. 1 Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die TK sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

## § 27e Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

- (1)** Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.
- (2)** Die TK erstattet 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Behandlung nach Abs. 1 Satz 1 und nicht mehr als 120 Euro pro Behandlung nach Abs. 1 Sätze 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

## § 27f Stationäre Vorsorgeleistung für Lebendorganspender

- (1)** Bei der TK versicherte Lebendorganspender erhalten zur Regenerierung ihrer Gesundheit sowie zur Vermeidung ambulanter Behandlungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Organentnahme nach vorheriger Bewilligung eine stationäre Vorsorgeleistung entsprechend § 23 SGB V. § 23 Abs. 6 SGB V findet keine Anwendung.
- (2)** Eine Leistung nach Abs. 1 kommt nur in Betracht, sofern nach den für andere Leistungsträger geltenden Vorschriften keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gewährt wird.

## § 27g Rufbereitschaft Hebammen

- (1)** Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die TK Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung

ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 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 der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 Euro einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der TK die Originalrechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.
- (3) Der Anspruch auf Leistungen nach Abs. 2 besteht nicht, wenn die Schwangerschaft vor dem 1. Januar 2013 geendet hat.

### § 27h Künstliche Befruchtung

Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, erhalten 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 250 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 TK versichert sind. Zur Erstattung ist der TK die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

## G Private Zusatzversicherungsverträge

### § 28 Private Zusatzversicherungsverträge

Die TK macht von der ihr in § 194 Abs. 1a SGB V eingeräumten Befugnis Gebrauch, ihren Versicherten den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge auf Grundlage der jeweiligen Kooperationsvereinbarung mit einem Unternehmen der Privaten Krankenversicherung zu ermöglichen. Die Belange des Sozialdatenschutzes werden gewahrt.

## H Wahltarife

- (1) Die TK bietet Wahltarife nach § 53 SGB V an. Damit schafft sie für ihre Versicherten die Möglichkeit, nach individuellen Bedürfnissen innovative Tarifangebote wählen zu können. Darüber hinaus wird durch das Angebot von Wahltarifen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessert. Die Teilnahme an den einzelnen Wahltarifoptionen ist freiwillig und unterliegt den verschiedenen Teilnahmebedingungen in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Die Versicherten können Tarife aus dem Angebot der TK wählen. Die Höhe der Prämienzahlung aus diesen Tarifen unterliegt den Regelungen des § 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V.
- (3) Mindestbindungsfristen werden in den nachfolgenden Satzungsbestimmungen geregelt. In besonderen Härtefällen steht den Versicherten gemäß § 53 Abs. 8 Satz 3 SGB V ein Sonderkündigungsrecht zu.

### § 29 Wahltarife für besondere Versorgungsformen

- (1) Die TK führt zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten besondere Versorgungsformen im Sinne von § 53 Abs. 3 SGB V durch.

- (2)** Versicherte haben ihre Teilnahme an den besonderen Versorgungsformen nach § 29a, § 29b und § 29c schriftlich zu erklären. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung stellt die TK den Versicherten schriftliche Informationen über den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages, die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung, die Möglichkeit und die Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung, die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten zur Verfügung.
- (3)** Die Versicherten können ihre Teilnahmeerklärung nach Abs. 2 Satz 1 innerhalb von zwei Wochen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der TK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die TK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die TK dem Versicherten eine vollständige Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung erfolgt textlich hervorgehoben in dem Formular der Teilnahmeerklärung; davon abweichend kann eine gesonderte Belehrung in Textform erfolgen. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Für die barrierefreie Zugänglichkeit der Widerrufsbelehrung gelten § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz sowie die Verordnung über barrierefreie Dokumente der Bundesverwaltung. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

### § 29a Integrierte Versorgung

- (1)** Die TK führt integrierte Versorgungsleistungen auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V durch.
- (2)** Für Versicherte, die an integrierten Versorgungsleistungen teilnehmen, kann die TK entsprechend § 53 Abs. 3 SGB V die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen ermäßigen oder Prämienzahlungen anbieten. Voraussetzung ist, dass die jeweiligen Teilnahmebedingungen dies vorsehen und die vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an den Versorgungsleistungen erfüllt sind.
- (3)** Die TK führt ein Verzeichnis über die Versorgungsleistungen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der Versorgung sowie möglicher Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die TK stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

### § 29b Hausarztzentrierte Versorgung

- (1)** Die TK führt hausarztzentrierte Versorgungsleistungen nach § 73b SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsleistungen durch.
- (2)** Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Hausärzte in Anspruch zu nehmen. Ausgenommen hiervon sind grundsätzlich Fachärzte für Gynäkologie, Augenärzte, Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte. Über den Beginn der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung wird der Versicherte durch die TK in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) informiert. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Kosten, die durch Verstöße des Versicherten gegen die freiwilligen Verpflichtungen nach den Sätzen 1 bis 3 entstehen, sollen dem Versicherten auferlegt werden. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach den Sätzen 1 bis 4 kann unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen frühestens zum Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der TK schriftlich zu erklären. Die besonderen Teilnahmevoraussetzungen der jeweiligen hausarztzentrierten Versorgungsleistungen ergeben sich aus dem in Abs. 4 genannten Verzeichnis.

- (3) Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, kann die TK entsprechend § 53 Abs. 3 SGB V die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen ermäßigen oder Prämienzahlungen anbieten. Voraussetzung ist, dass die jeweiligen Teilnahmebedingungen dies vorsehen und die vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an den Versorgungsverträgen erfüllt sind.
- (4) Die TK führt ein Verzeichnis über die Versorgungsverträge nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der Versorgung sowie möglicher Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die TK stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

### § 29c Besondere ambulante ärztliche Versorgung

- (1) Die TK führt besondere ambulante ärztliche Versorgungsleistungen nach § 73c SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen durch. § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt.
- (2) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung in die besondere ambulante ärztliche Versorgung. Kosten, die durch Verstöße des Versicherten gegen die freiwilligen Verpflichtungen nach Satz 1 entstehen, sollen dem Versicherten auferlegt werden. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach den Sätzen 1 bis 2 kann unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende erfolgen.
- (3) Für Versicherte, die an besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsverträgen teilnehmen, kann die TK entsprechend § 53 Abs. 3 SGB V die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen ermäßigen oder Prämienzahlungen anbieten. Voraussetzung ist, dass die jeweiligen Teilnahmebedingungen dies vorsehen und die vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an den Versorgungsverträgen erfüllt sind.
- (4) Die TK führt ein Verzeichnis über die Versorgungsverträge nach § 73c SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der Versorgung sowie möglicher Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die TK stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

### § 29d Strukturierte Behandlungsprogramme

Die TK führt strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V durch.

### § 30 TK-Tarif PrämieXtra

- (1) Der TK-Tarif PrämieXtra ist ein Wahltarif nach § 53 Abs. 2 SGB V. In diesem Tarif erhalten die Mitglieder eine Prämie, wenn
  - sie im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren und
  - sie und ihre nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen keine Leistungen zu Lasten der TK in Anspruch genommen haben.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind alle volljährigen Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange
  - Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung vorliegt (§§ 224 und 225 SGB V),
  - der Leistungsanspruch gesetzlich ruht oder ausgeschlossen ist,
  - ein Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder ein Prämienrückstand in einem Wahltarif der TK besteht.

Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach den §§ 31, 32, 33 und 36 ist nicht möglich.

- (3) Die Teilnahme ist vom Mitglied schriftlich zu erklären. Sie beginnt mit dem Ersten des auf den Eingang der Teilnahmeerklärung folgenden Kalendermonats. Die Mindestbindungsfrist beträgt nach gesetzlicher Bestimmung ein Jahr.

Sofern das Mitglied die Teilnahme nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt, verlängert sie sich automatisch um ein Jahr. Dies gilt entsprechend für eine weitere Verlängerung der Teilnahme. Die Teilnahme endet jedoch spätestens drei Jahre nach ihrem Beginn, ohne dass es einer Kündigung durch das Mitglied bedarf.

Unabhängig von der Mindestbindungs- bzw. Verlängerungsfrist endet die Teilnahme bei

- Beitragsfreiheit wegen des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld (§ 224 Abs. 1 SGB V) mit dem Tag vor dem Beginn der Beitragsfreiheit,
- gesetzlich ruhemdem oder ausgeschlossenen Leistungsanspruch mit dem Tag vor dem Beginn des Leistungsruhens bzw. -ausschlusses,
- Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder Prämienrückstand in einem Wahltarif der TK mit dem Tag vor dem Beginn des Zeitraums für den der Beitrags- bzw. Prämienrückstand besteht.

Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). Dies gilt auch für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme. Endet die TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz, endet gleichzeitig die Teilnahme am TK-Tarif PrämieXtra.

- (4) Für die Zahlung der Prämie ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Leistungen zur Krankheitsverhütung (§§ 20, 20d SGB V)
- Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgekuren (§ 23 Abs. 2 SGB V)
- Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung (§§ 24c bis 24i SGB V)
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V).

Ebenfalls unschädlich für die Zahlung der Prämie ist die Inanspruchnahme übriger Leistungen für nach § 10 SGB V mitversicherte Familienangehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

- (5) Die Prämie beträgt 1/12 der im Kalenderjahr während der Teilnahme vom Mitglied selbst getragenen Beiträge zur Krankenversicherung. Unberücksichtigt bleiben

- Prämienzahlungen für Wahltarife nach § 53 Abs. 4, 5 und 6 SGB V sowie
- Beitragszuschüsse nach § 257 Abs. 1 SGB V und § 106 Abs. 2 SGB VI.

Für die Prämienhöhe gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V). Die Prämie wird jeweils bis zum Ende des auf das Kalenderjahr der Teilnahme folgenden Kalenderjahres an das Mitglied ausgezahlt.

### § 31 TK-Tarife 150Plus und 300Plus

- (1) Bei den TK-Tarifen 150Plus und 300Plus handelt es sich um Wahltarife nach § 53 Abs. 1 SGB V. In diesen Tarifen erhalten die Mitglieder eine Prämie, weil sie einen Teil der Kosten übernehmen, die von der TK für sie zu tragen sind (Selbstbehalt).
- (2) Teilnahmeberechtigt sind volljährige Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. Voraussetzung für die Teilnahme am TK-Tarif 150Plus ist, dass das Mitglied über ein beitragspflichtiges Jahreseinkommen in Höhe von mindestens 15.000 Euro verfügt; für die



Teilnahme am TK-Tarif 300Plus ist ein beitragspflichtiges Jahreseinkommen in Höhe von mindestens 30.000 Euro erforderlich.

Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

- Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung vorliegt (§§ 224 und 225 SGB V),
- der Leistungsanspruch gesetzlich ruht oder ausgeschlossen ist,
- ein Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder ein Prämienrückstand in einem Wahltarif der TK besteht.

Die gleichzeitige Teilnahme an den TK-Tarifen 150Plus und 300Plus ist nicht möglich. Dies gilt auch für die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach den §§ 30, 32, 33 und 36.

- (3)** Die Teilnahme ist vom Mitglied schriftlich zu erklären. Sie beginnt mit dem Ersten des auf den Eingang der Teilnahmeerklärung folgenden Kalendermonats und endet mit dem Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren.

Unabhängig von der Mindestbindungsfrist, endet die Teilnahme bei

- Beitragsfreiheit wegen des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld (§ 224 Abs. 1 SGB V) mit dem Tag vor dem Beginn der Beitragsfreiheit,
- gesetzlich ruhendem oder ausgeschlossenen Leistungsanspruch mit dem Tag vor dem Beginn des Leistungsruhens bzw. -ausschlusses,
- Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder Prämienrückstand in einem Wahltarif der TK mit dem Tag vor dem Beginn des Zeitraums für den der Beitrags- bzw. Prämienrückstand besteht.

Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). Endet die TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz, endet gleichzeitig die Teilnahme am TK-Tarif 150Plus bzw. am TK-Tarif 300Plus.

- (4)** Die kalenderjährliche Prämie beträgt
- im TK-Tarif 150Plus maximal 150 Euro und
  - im TK-Tarif 300Plus maximal 300 Euro.

Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am TK-Tarif teilgenommen, erfolgt eine entsprechend anteilige Berechnung. Für die Prämienhöhe gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V).

- (5)** Der kalenderjährliche Selbstbehalt beträgt
- im TK-Tarif 150Plus maximal 200 Euro und
  - im TK-Tarif 300Plus maximal 400 Euro.

Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am TK-Tarif teilgenommen, erfolgt eine entsprechend anteilige Berechnung. Muss die Prämie nach Abs. 4 Satz 3 begrenzt werden, verringert sich der Selbstbehalt so weit, dass die ursprüngliche Differenz zwischen Prämie und Selbstbehalt erhalten bleibt.

Nicht auf den Selbstbehalt angerechnet werden die Leistungen der TK für

- ambulante vertragsärztliche bzw. -zahnärztliche Behandlungen, die nicht als Einzelleistungen gesondert (extrabudgetär) vergütet werden oder die keine Verordnung zur Folge haben
- Gesundheitskurse zur primären Prävention von Krankheiten (§ 20 SGB V, § 18 Abs. 1 und 2 TK-Satzung)
- Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten (§ 20d SGB V, § 19 TK-Satzung)
- Schwangerschaft und Entbindung (§§ 24c bis 24i SGB V)

- ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (§ 25 Abs. 1 SGB V)
  - ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (§ 25 Abs. 2 SGB V)
  - zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V).
- (6) Die Prämie wird jeweils bis zum Ende des auf das Kalenderjahr der Teilnahme folgenden Kalenderjahres an das Mitglied ausgezahlt. Ein zu berücksichtigender Selbstbehalt wird mit der Prämie verrechnet. Eine eventuelle Forderung der TK gleicht das Mitglied innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der entsprechenden schriftlichen Mitteilung aus.

Maßgebend für die auf den Selbstbehalt anzurechnenden Leistungen ist das Datum der Leistungsanspruchnahme bzw. das Datum der Leistungsabgabe. Grundsätzlich werden dem Mitglied die entstandenen Kosten bis zum geltenden Selbstbehalt in tatsächlicher Höhe in Rechnung gestellt. Davon ausgenommen sind die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen im Ausland, die als Sachleistung nach Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte –EHIC– oder einer entsprechenden Antragsbescheinigung erbracht wurden. Diese Kosten werden pauschal in Höhe von 450 Euro je Behandlungstag auf den Selbstbehalt angerechnet. Das Mitglied meldet der TK entsprechende Behandlungen und macht vollständige Angaben über deren Zeitraum und Zweck.

### § 32 TK-Tarif Traveller

- (1) Der TK-Tarif Traveller ist ein Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V. In diesem Tarif erhalten die Mitglieder als Prämie ein Reiseschutzpaket nach näherer Bestimmung des Abs. 4, weil sie einen Teil der Kosten übernehmen, den die TK für sie zu tragen hat (Selbstbehalt). Der Selbstbehalt gilt nur für bestimmte Leistungen.

- (2) Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden.

Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

- Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung vorliegt (§§ 224 und 225 SGB V),
- der Leistungsanspruch gesetzlich ruht oder ausgeschlossen ist,
- ein Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder ein Prämienrückstand in einem Wahltarif der TK besteht.

Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach den §§ 30, 31, 33 sowie 36 ist ausgeschlossen.

- (3) Die Teilnahme ist vom Mitglied schriftlich zu erklären. Sie beginnt mit dem Tag des Eingangs der Teilnahmeerklärung bei der TK. Alternativ kann ein weiter in der Zukunft liegender Teilnahmebeginn zum Ersten eines Kalendermonats gewählt werden. Die Teilnahme endet mit dem Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren.

Unabhängig von der Mindestbindungsfrist, endet die Teilnahme bei

- Beitragsfreiheit wegen des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld (§ 224 Abs. 1 SGB V) mit dem Tag vor dem Beginn der Beitragsfreiheit,
- gesetzlich ruhendem oder ausgeschlossenen Leistungsanspruch mit dem Tag vor dem Beginn des Leistungsruhens bzw. -ausschlusses,
- Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder Prämienrückstand in einem Wahltarif der TK mit dem Tag vor dem Beginn des Zeitraums für den der Beitrags- bzw. Prämienrückstand besteht.

Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). Endet die TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz, endet gleichzeitig die Teilnahme am TK-Tarif Traveller.

- (4) Die Prämie besteht aus einer durch die TK nach § 28 vermittelten und vom Mitglied abzuschließenden privaten Auslandsreise-Krankenversicherung und zusätzlichen Assistance-Leistungen (Reiseschutzpaket). Der Umfang des Reiseschutzpaketes hängt davon ab, ob das Mitglied die Stufe 1 oder die Stufe 2 des Tarifs wählt. Entsprechend der gewählten Tarifstufe übernimmt das Mitglied für bestimmte Leistungen einen maximalen kalenderjährlichen Selbstbehalt:

	<b>Reiseschutzpaket (Wert jährlich)</b>	<b>Selbstbehalt-Leistungen</b>	<b>Selbstbehalt-Höhe maximal jährlich</b>
<b>Stufe 1</b>	Reiseschutzpaket für Einzelpersonen (12 Euro)	Ambulante Vorsorgeleistungen im Inland nach § 23 Abs. 2 SGB V	24 Euro
<b>Stufe 2</b>	Reiseschutzpaket für Familien (24 Euro)	Ambulante Vorsorgeleistungen im Inland nach § 23 Abs. 2 SGB V und Fahrkosten nach § 60 SGB V zu stationären Vorsorgemaßnahmen nach § 23 Abs. 4 SGB V sowie zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Abs. 2 SGB V	48 Euro

Für die Prämienhöhe gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V).

Ein Wechsel der Stufe ist zum Beginn des nächsten Teilnahmejahres möglich. Das Mitglied hat der TK vor Beginn des nächsten Teilnahmejahres schriftlich mitzuteilen, dass der Wechsel erfolgen soll.

- (5) Das Mitglied schließt einen eigenständigen Vertrag über eine private Zusatzversicherung mit dem Kooperationspartner der TK, um den Versicherungsschutz der Auslandsreise-Krankenversicherung und die Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Anbieter und Risikoträger ist der Kooperationspartner. Inhalt, Umfang und Dauer des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den jeweils geltenden Versicherungsbedingungen des Kooperationspartners für die Auslandsreise-Krankenversicherung. Mit der erforderlichen Einwilligung des Mitglieds, werden die zur Vertragsführung notwendigen Daten von der TK an den Kooperationspartner übermittelt. In der Stufe 2 des Tarifs sind zusätzlich Einwilligungserklärungen der Familienangehörigen erforderlich, die das 15. Lebensjahr bereits vollendet haben.
- (6) Die TK rechnet jedes Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des folgenden Kalenderjahres ab. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme unterjährig begonnen hat.

Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am TK-Tarif Traveller teilgenommen, erfolgt eine entsprechend anteilige Berechnung des Selbstbehalts. Muss die Prämie nach Abs. 4 Satz 4 begrenzt werden, verringert sich der Selbstbehalt so weit, dass die ursprüngliche Differenz zwischen Prämie und Selbstbehalt erhalten bleibt.

Maßgebend für die auf den Selbstbehalt anzurechnenden Leistungen ist das Datum der Leistungsanspruchnahme. Dem Mitglied werden die entstandenen Kosten bis zum geltenden Selbstbehalt in tatsächlicher Höhe in Rechnung gestellt. Eine eventuelle Forderung der TK gleicht das Mitglied innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der entsprechenden schriftlichen Mitteilung aus.

- (7) Hat die Teilnahme am TK-Tarif Traveller bereits vor dem 1. Januar 2015 begonnen (§ 32 a.F.), endet diese mit dem Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren. Befindet sich die Teilnahme am 1. Januar 2015 bereits in der Verlängerung nach § 32 Abs. 3 Sätze 6 und 7 a.F., endet diese mit dem Ablauf der jeweiligen Verlängerungsfrist.

### § 33 TK-Tarif Praxis

- (1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen anstelle der Sach- oder Dienstleistung diesen Tarif für die Erstattung von Kosten bei ambulanter ärztlicher Behandlung wählen.
- (2) Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach §§ 29 b, 30 - 32 sowie 36 ist ausgeschlossen.
- (3) Die Wahl des Tarifs ist vom Mitglied unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen schriftlich zu erklären. Die Teilnahme beginnt drei Monate nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der TK. Das Mitglied kann einen weiter in der Zukunft liegenden Teilnahmebeginn wählen. Bis zum Teilnahmebeginn kann die Wahl des Tarifs vom Mitglied schriftlich widerrufen werden; die Erklärung muss vor Teilnahmebeginn bei der TK eingegangen sein. Das Mitglied und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, sind ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme mindestens ein Jahr an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von einem Jahr gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

Sofern das Mitglied die Teilnahme am Tarif nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Jahr. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen. Auch für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der TK nicht möglich.

Unabhängig davon, endet die Teilnahme am Tarif automatisch mit dem Ende der TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz oder dem Ende der TK-Familienversicherung.

- (4) Die dem Versicherten entstandenen Kosten für ambulante ärztliche Leistungen werden aus diesem Tarif erstattet, wenn es sich um in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch einen zugelassenen Leistungserbringer handelt. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder ruht dieser Anspruch, ist eine Erstattung im Rahmen des Tarifs ausgeschlossen.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen vorzulegen. Die Höhe der Erstattung beträgt 80 vom Hundert des Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen ärztlichen Leistungen. Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages werden die in Rechnung gestellten ärztlichen Leistungen bis zum 3,5fachen des einfachen Gebührensatzes nach der GOÄ berücksichtigt. Der dem Versicherten verbleibende Kostenanteil für die erstattungsfähigen ärztlichen Leistungen in Höhe von 20 vom Hundert des Rechnungsbetrages ist je Versicherten auf maximal 800 Euro pro Jahr der Teilnahme am Tarif begrenzt.

- (5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und jeden nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, eine Monatsprämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 5. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Beginnt die Teilnahme nicht am 1. Tag eines Kalendermonats oder endet die Teilnahme nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie für den betreffenden Monat anteilig nach den tatsächlichen Kalendertagen berechnet.

Für die Bestimmung der Prämienhöhe ist das Alter des Versicherten zu Beginn des jeweiligen Teilnahmejahres maßgebend.

Die Höhe der altersabhängigen Monatsprämie beträgt:

<b>Alter in Jahren</b>	<b>Monatsprämie in Euro</b>
------------------------	-----------------------------

0 - 18	30,90 Euro
19 - 25	43,90 Euro
26 - 35	66,90 Euro
36 - 45	70,90 Euro
46 - 55	84,90 Euro
56 - 65	101,90 Euro
ab 66	127,90 Euro

Anstelle der kalendermonatlichen Zahlung der Prämie kann die Prämie wahlweise auch für ein halbes Jahr oder für ein Jahr im Voraus entrichtet werden. Das Mitglied erhält bei halbjährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 2 vom Hundert der Prämie oder bei jährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 4 vom Hundert der Prämie.

- (6) Für Versicherte, die in einem vollständigen Teilnahmejahr keine Leistungen aus dem Tarif in Anspruch genommen haben, erhält das Mitglied eine Prämienrückerstattung. Voraussetzung ist, dass die Prämie für das Teilnahmejahr sowie eventuell angefallene Kosten, die durch verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig gezahlt wurden. Die Höhe der Prämienrückerstattung beträgt 5 vom Hundert der für den Versicherten im Teilnahmejahr gezahlten Prämie. Sofern ein Versicherter in mehreren ohne Unterbrechung aufeinanderfolgenden Teilnahmejahren keine Leistungen aus dem Tarif in Anspruch nimmt, erhöht sich die Prämienrückerstattung mit jedem weiteren Jahr ohne Leistungen aus dem Tarif um 5 vom Hundert. Die Höhe der Prämienrückerstattung ist auf maximal 50 vom Hundert der für den Versicherten im Teilnahmejahr gezahlten Prämie begrenzt.

### § 34 TK-Tarif Natur-Arznei

- (1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen ab dem Alter von zwölf Jahren diesen Tarif zur Erstattung von Kosten für Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie wählen (§ 53 Abs. 5 SGB V).
- (2) Die Wahl des Tarifs ist vom Mitglied unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen schriftlich zu erklären. Die Teilnahme beginnt mit dem ersten Tag des Monats, der auf den Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der TK folgt. Das Mitglied kann einen weiter in der Zukunft liegenden Teilnahmebeginn zum Monatsersten wählen. Bis zum Teilnahmebeginn kann die Wahl des Tarifs vom Mitglied schriftlich widerrufen werden; die Erklärung muss vor Teilnahmebeginn bei der TK eingegangen sein. Das Mitglied und seine familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, sind ab dem Beginn der Teilnahme ein Jahr an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von einem Jahr gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

Sofern das Mitglied die Teilnahme am Tarif für sich und/oder seine familienversicherten Angehörigen nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Jahr. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen. Auch für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der TK nicht möglich.

Unabhängig davon, endet die Teilnahme am Tarif automatisch mit dem Ende der TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz oder dem Ende der TK-Familienversicherung.

- (3) Erstattet werden dem Mitglied die für sich und/oder seine familienversicherten Angehörigen entstandenen, den Höchstbetrag nach § 27a Abs. 2 übersteigenden Kosten für nicht verschreibungsbefreierte apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel
- durch einen Arzt auf Privatrezept verordnet und
  - über eine Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen und die ärztlichen Verordnungen vorzulegen.

Die Erstattung ist ausgeschlossen für

- Arzneimittel, die im Rahmen stationärer Krankenhausbehandlung verordnet wurden
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Hierzu zählen insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen und
- Arzneimittel der so genannten Negativliste (§ 34 Abs. 3 SGB V).

Je Versicherten, für den eine Prämie entrichtet wird, ist die Leistung im Rahmen des Tarifs auf einen kalenderjährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt. Dieser ist abhängig vom Alter des Versicherten zum Beginn des jeweiligen Kalenderjahres.

Altersabhängige Rechnungshöchstbeträge je Kalenderjahr:

<b>Altersklassen</b> (in Jahren)	<b>Rechnungshöchstbetrag</b> (in Euro)
12 - 35	100,00 Euro
36 - 55	150,00 Euro
über 55	200,00 Euro

Für Teilzeiträume gelten je Kalendermonat 1/12 des kalenderjährlichen Rechnungshöchstbetrages.

- (4) Wurden in einem vollen Kalenderjahr der Teilnahme keine Leistungen des Tarifs in Anspruch genommen, steigt der nach Abs. 3 gültige Rechnungshöchstbetrag für das folgende Kalenderjahr um 50 Euro (erweiterter Rechnungshöchstbetrag). Besteht die Leistungsfreiheit durchgehend fort, steigt der kalenderjährliche Rechnungshöchstbetrag stufenweise jeweils um weitere 50 Euro; insgesamt jedoch um maximal 300 Euro.

Gilt ein erweiterter Rechnungshöchstbetrag und nimmt der Versicherte Leistungen in Anspruch, die über den Grundleistungsanspruch des Tarifs hinausgehen, so sinkt der erweiterte Rechnungshöchstbetrag ab dem folgenden Kalenderjahr je angefangene 50 Euro um eine Stufe.

- (5) Für Zeiten, in denen der Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist, besteht kein Anspruch auf Erstattung der Arzneimittelkosten aus diesem Tarif. Dies gilt auch, sofern die Prämien zum Fälligkeitstag nicht in voller Höhe gezahlt werden. In diesem Fall ruht der Anspruch bis zu dem Tag, an dem die Prämien – zuzüglich der durch die verspätete Zahlung entstandenen Kosten – vollständig nachentrichtet sind.
- (6) Für die Teilnahme am Tarif ist eine monatliche Prämie zu zahlen. Hat das Mitglied die Teilnahme am Tarif für einen oder mehrere seiner familienversicherten Angehörigen ab dem Alter von zwölf Jahren erklärt, sind vom Mitglied für jeden einzelnen dieser Angehörigen Prämien zu entrichten.

Für die Bestimmung der Prämienhöhe ist das Alter des Versicherten zu Beginn des jeweiligen Kalenderjahres maßgebend. Die Höhe der altersabhängigen Prämie je Kalendermonat beträgt:

<b>Altersklassen</b> (in Jahren)	<b>Prämie</b> (in Euro)
12 - 35	3,90 Euro
36 - 55	6,90 Euro
über 55	13,90 Euro

Die Prämie wird jeweils am 5. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Endet die Teilnahme nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie für den betreffenden Monat anteilig nach den tatsächlichen Kalendertagen berechnet.

Anstelle der monatlichen Zahlung der Prämie kann die Prämie wahlweise auch für ein halbes Jahr oder für ein Jahr im Voraus entrichtet werden. Das Mitglied erhält bei halbjährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 2 vom Hundert der Prämie oder bei jährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 4 vom Hundert der Prämie.

- (7) Wählt das Mitglied den Tarif nur für sich selbst oder für sich und seinen familienversicherten Ehegatten/Lebenspartner, sind die familienversicherten Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren prämienvfrei mitversichert. Erstattungen für diese Kinder, die den Betrag nach § 27a Abs. 2 übersteigen, werden auf den für das Mitglied nach den Absätzen 3 und 4 geltenden Rechnungshöchstbetrag angerechnet.

Wählt das Mitglied den Tarif nur für seinen familienversicherten Ehegatten/Lebenspartner, sind die familienversicherten Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren prämienvfrei mitversichert. Erstattungen für diese Kinder, die den Betrag nach § 27a Abs. 2 übersteigen, werden auf den für den Ehegatten/Lebenspartner nach den Absätzen 3 und 4 geltenden Rechnungshöchstbetrag angerechnet.

### § 35 Wahltarife Krankengeld

- (1) Die TK bietet Wahltarife für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V an.

Mitglieder, die

- hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und ein positives Arbeitseinkommen aus dieser Tätigkeit nachweisen

oder

- bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben,

können die Tarife nach den §§ 35a bis c wählen. Die gleichzeitige Teilnahme an den Tarifen nach den §§ 35a und c oder 35b und c ist möglich.

Die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder können nur den Tarif nach § 35d wählen.

- (2) Mitglieder, deren Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist, können an den Tarifen nach den §§ 35a bis d nicht teilnehmen. Dies gilt auch für Anwartschaftsversicherte nach § 240 Abs. 4a SGB V.

Darüber hinaus ist die Teilnahme ausgeschlossen, wenn das Mitglied bei Eingang der Teilnahmeerklärung bei der TK

- arbeitsunfähig ist, es sei denn, unmittelbar vorher bestand bei der TK bereits eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld,
- eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen bezieht,
- voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI ist.

- (3) Die Teilnahme am Tarif beginnt mit Wirkung zum nächsten Monatsersten nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der TK. Das Mitglied kann einen weiter in der Zukunft liegenden Teilnahmebeginn zum Ersten eines Monats wählen. Bis zum Teilnahmebeginn kann die Wahl des Tarifs vom Mitglied schriftlich widerrufen werden; die Erklärung muss vor Teilnahmebeginn bei der TK eingegangen sein. Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme drei Jahre an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

Sofern das Mitglied die Teilnahme am Tarif nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Jahr. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der TK ebenfalls nicht möglich.

Erfüllt das Mitglied die Voraussetzungen für die Teilnahme am Tarif nicht mehr, endet die Teilnahme mit dem Tag vor dem Wegfall der Voraussetzungen. Endet die TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz, endet gleichzeitig auch die Teilnahme am Tarif.

- (4) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs eine monatliche Prämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 5. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Endet die Teilnahme nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie für den betreffenden Monat anteilig nach den tatsächlichen Kalendertagen berechnet.

Anstelle der kalendermonatlichen Zahlung der Prämie kann die Prämie wahlweise auch für ein halbes Jahr oder ein Jahr im Voraus entrichtet werden. Das Mitglied erhält bei halbjährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 2 vom Hundert der Prämie oder bei jährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 4 vom Hundert der Prämie.

- (5) Das Mitglied wählt die Höhe des Tarif-Krankengeldes. In den Tarifen nach den §§ 35a, b und d besteht für die Dauer des Bezugs von Tarif-Krankengeld

- Prämienfreiheit im Wahltarif und
- Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung,

wenn das gewählte Tarif-Krankengeld der Höhe nach mindestens der Hälfte des Betrags entspricht, der unter Anwendung des § 47 SGB V als Brutto-Krankengeld zu zahlen wäre bzw. zu zahlen ist. Im Tarif nach § 35c besteht die Prämienfreiheit während des Leistungsbezugs unabhängig von der Höhe des gewählten Tarif-Krankengeldes; Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung tritt in diesem Fall aufgrund des Bezugs von gesetzlichem Krankengeld ein. Für die Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung nach den Sätzen 2 und 3 gilt § 224 Abs. 1 Satz 2 SGB V entsprechend. Im Falle der Versicherungspflicht in den anderen Zweigen der Sozialversicherung und zur Bundesagentur für Arbeit behält die TK den vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteil vom Tarif-Krankengeld ein und entrichtet diesen an den zuständigen Sozialversicherungsträger.

### § 35a TK-Tarif KG Klassik 22

- (1) Der TK-Tarif KG Klassik 22 kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V gewählt werden.
- (2) Das Mitglied wählt die Höhe des Tarif-Krankengeldes in 5-Euro-Schritten von 30 bis 90 Euro. Beträgt das gewählte Tarif-Krankengeld mehr als 30 Euro, darf es 70 vom Hundert des nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen.

Das Mitglied kann die Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Tarif-Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Tarif-Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Frist von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Drei-Monats-Frist beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die TK. Eine Erhöhung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen:

- im laufenden Leistungsfall,
- solange das Mitglied mit Prämien für Wahltarife der TK oder Beiträgen zur Krankenversicherung im Rückstand ist.

Das höhere Tarif-Krankengeld wird nicht gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der Drei-Monats-Frist eingetreten ist. In diesen Fällen erhält der Teilnehmer das Tarif-Krankengeld in der zuvor gewählten Höhe.



Eine Absenkung des gewählten Tarif-Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Absenkung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen, wenn der jeweilige Anspruch auf Tarif-Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

- (3) Das Mitglied ist verpflichtet, der TK Nachweise über das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der selbständigen Tätigkeit/Beschäftigung herrührenden Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts unverzüglich mitzuteilen. Als Nachweis für die Wahl der Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes gilt der jeweils aktuelle Steuerbescheid bzw. Entgeltnachweis des Arbeitgebers. Erlangt die TK davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Tarif-Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit oder begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.
- (4) Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld entsteht am 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder am 22. Tag der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V), die auf Kosten der TK erfolgt. Das Tarif-Krankengeld wird längstens bis zum Beginn des gesetzlichen Anspruchs am 43. Tag gezahlt. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Außerdem erhält das Mitglied Tarif-Krankengeld bereits ab dem ersten Tag einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus, die vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt beginnt. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handelt, die Behandlung auf Kosten der TK erfolgt und das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Die Dauer des vorzeitigen Bezuges von Tarif-Krankengeld wird nicht auf die Höchstdauerdauer nach Satz 3 angerechnet.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf das Tarif-Krankengeld unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- (5) Teilnehmer, deren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 16 SGB V ruht oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften ausgeschlossen ist (insbesondere § 11 Abs. 5 SGB V, § 52a SGB V), haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den Bestimmungen dieses Tarifs.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif, es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der TK bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, soweit und solange der Teilnehmer während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung

- Arbeitseinkommen aus eigener Arbeitsleistung bzw. Arbeitsentgelt erzielt,
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezieht oder ihrer Art nach vergleichbare Leistungen von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhält.

Ebenfalls ausgeschlossen ist der Anspruch auf Tarif-Krankengeld für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld sowie während der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG).

Bezieht der Teilnehmer eine der in § 50 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen, wird das Tarif-Krankengeld um den Zahlungsbetrag der Leistung gekürzt.

- (6) Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt 2,30 Euro je 5 Euro Tarif-Krankengeld.

- (7) Die Teilnahme am TK-Tarif KG Klassik 22 endet, ohne dass es einer Kündigung nach § 35 Abs. 3 durch den Teilnehmer bedarf, wenn
- die hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird,
  - die Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet, aufgegeben oder eine unbefristete Beschäftigung aufgenommen wird,
  - ein positives Arbeitseinkommen aus hauptberuflicher selbständiger Erwerbstätigkeit nicht mehr erzielt wird,
  - die Wahl des gesetzlichen Anspruchs auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V beendet wird,
  - eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen beginnt,
  - der Teilnehmer nach ärztlicher Feststellung wegen Krankheit auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

### § 35b TK-Tarif KG Klinik

- (1) Der TK-Tarif KG Klinik kann separat oder in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V gewählt werden.
- (2) Das Mitglied wählt die Höhe des Tarif-Krankengeldes in 5-Euro-Schritten von 30 bis 90 Euro. Beträgt das gewählte Krankengeld mehr als 30 Euro, darf es 70 vom Hundert des nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen.

Das Mitglied kann die Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Tarif-Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Tarif-Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Frist von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Drei-Monats-Frist beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die TK. Eine Erhöhung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen:

- im laufenden Leistungsfall,
- solange das Mitglied mit Prämien für Wahltarife der TK oder Beiträgen zur Krankenversicherung im Rückstand ist.

Das höhere Tarif-Krankengeld wird nicht gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der Drei-Monats-Frist eingetreten ist. In diesen Fällen erhält der Teilnehmer das Tarif-Krankengeld in der zuvor gewählten Höhe.

Eine Absenkung des gewählten Tarif-Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Absenkung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen, wenn der jeweilige Anspruch auf Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

- (3) Das Mitglied ist verpflichtet, der TK Nachweise über das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der selbständigen Tätigkeit/Beschäftigung herrührenden Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts unverzüglich mitzuteilen. Als Nachweis für die Wahl der Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes gilt der jeweils aktuelle Steuerbescheid bzw. Entgeltnachweis des Arbeitgebers. Erlangt die TK davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Tarif-Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.

- (4) Das Mitglied erhält Tarif-Krankengeld bei einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handelt, die Behandlung auf Kosten der TK erfolgt und das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Der Anspruch entsteht am 1. Tag der Behandlung. Hat das Mitglied neben diesem Tarif auch das gesetzliche Krankengeld gewählt, wird das Tarif-Krankengeld längstens bis zum 42. Tag der Krankenhausbehandlung gezahlt. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt. Der Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Bei Krankenhausbehandlung im Ausland besteht Anspruch auf das Tarif-Krankengeld unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- (5) Teilnehmer, deren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 16 SGB V ruht oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften ausgeschlossen ist (insbesondere § 11 Abs. 5 SGB V, § 52a SGB V), haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den Bestimmungen dieses Tarifs.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif, es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der TK bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, soweit und solange der Teilnehmer während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung

- Arbeitseinkommen aus eigener Arbeitsleistung bzw. Arbeitsentgelt erzielt,
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezieht oder ihrer Art nach vergleichbare Leistungen von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhält.

Ebenfalls ausgeschlossen ist der Anspruch auf Tarif-Krankengeld für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld sowie während der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG).

Bezieht der Teilnehmer eine der in § 50 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen, wird das Tarif-Krankengeld um den Zahlbetrag der Leistung gekürzt.

- (6) Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt 0,70 Euro je 5 Euro Tarif-Krankengeld.
- (7) Die Teilnahme am TK-Tarif KG Klinik endet, ohne dass es einer Kündigung nach § 35 Abs. 3 durch den Teilnehmer bedarf, wenn
- die hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird,
  - die Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet, aufgegeben oder eine unbefristete Beschäftigung aufgenommen wird,
  - ein positives Arbeitseinkommen aus hauptberuflicher selbständiger Erwerbstätigkeit nicht mehr erzielt wird,
  - eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen beginnt,
  - der Teilnehmer nach ärztlicher Feststellung wegen Krankheit auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

## § 35c TK-Tarif KG Plus

- (1) Der TK-Tarif KG Plus erhöht die finanzielle Absicherung durch das gesetzliche Krankengeld. Dieser Tarif kann daher nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V gewählt werden, wenn das durchschnittliche monatliche Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung übersteigt.
- (2) Das Mitglied wählt die Höhe des Tarif-Krankengeldes in 10-Euro-Schritten von 10 bis 90 Euro. Beträgt das gewählte Tarif-Krankengeld mehr als 10 Euro, darf es - zusammen mit dem gesetzlichen Krankengeld - 70 vom Hundert des nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das gewählte Tarif-Krankengeld für Arbeitnehmer, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, beträgt jedoch - zusammen mit dem gesetzlichen Krankengeld - maximal 90 vom Hundert des durchschnittlichen monatlichen Nettoarbeitsentgelts.

Das Mitglied kann die Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Tarif-Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Tarif-Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Frist von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Drei-Monats-Frist beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die TK. Eine Erhöhung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen:

- im laufenden Leistungsfall,
- solange das Mitglied mit Prämien für Wahltarife der TK oder Beiträgen zur Krankenversicherung im Rückstand ist.

Das höhere Tarif-Krankengeld wird nicht gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der Drei-Monats-Frist eingetreten ist. In diesen Fällen erhält der Teilnehmer das Tarif-Krankengeld in der zuvor gewählten Höhe.

Eine Absenkung des gewählten Tarif-Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Absenkung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen, wenn der jeweilige Anspruch auf Tarif-Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

- (3) Für das Entstehen und die Dauer des Anspruches auf Tarif-Krankengeld sowie für dessen Ruhen, Ausschluss und Kürzung gelten die Vorschriften des SGB und die sonstigen Regelungen für das gesetzliche Krankengeld entsprechend.

Darüber hinaus ist der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf Tarif-Krankengeld. Es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der TK bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert.

- (4) Das Mitglied ist verpflichtet, der TK Nachweise über das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der selbständigen Tätigkeit/Beschäftigung herrührenden Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts unverzüglich mitzuteilen. Als Nachweis für die Wahl der Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes gilt der jeweils aktuelle Steuerbescheid bzw. Entgeltnachweis des Arbeitgebers. Erlangt die TK davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Tarif-Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit oder begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.

- (5) Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt 8 Euro je 10 Euro Tarif-Krankengeld.

- (6) Die Teilnahme am TK-Tarif KG Plus endet, ohne dass es einer Kündigung nach § 35 Abs. 3 durch den Teilnehmer bedarf, wenn
- die hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird,
  - die Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet, aufgegeben oder eine unbefristete Beschäftigung aufgenommen wird,
  - das nachgewiesene durchschnittliche monatliche Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (§ 223 Abs. 3 SGB V) nicht mehr übersteigt,
  - die Wahl des gesetzlichen Anspruchs auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V beendet wird,
  - eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen beginnt.
- (7) Für Mitglieder, die am 31.12.2012 Krankengeld aus dem TK-Tarif KG Premium 43 (§ 35a Abs. 1 Buchstabe c a.F.) beziehen, besteht der Anspruch auf dieses Krankengeld unter den bisherigen Voraussetzungen weiter. Der Anspruch besteht maximal bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat. Für die Dauer des Leistungsanspruches ist die Teilnahme an den Tarifen nach den §§ 35a bis c ausgeschlossen.

### § 35d TK-Tarif KG Künstler und Publizisten

- (1) Das Mitglied wählt die Höhe des Tarif-Krankengeldes in 5-Euro-Schritten von 30 bis 90 Euro. Be trägt das gewählte Krankengeld mehr als 30 Euro, darf es 70 vom Hundert des nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens aus selbständiger künstlerischer oder publizistischer Tätigkeit nicht übersteigen.

Das Mitglied kann die Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Tarif-Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Tarif-Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Frist von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Drei-Monats-Frist beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die TK. Eine Erhöhung des Tarif-Krankengeldes ist ausgeschlossen:

- im laufenden Leistungsfall,
- solange das Mitglied mit Prämien für Wahltarife der TK oder Beiträgen zur Krankenversicherung im Rückstand ist.

Das höhere Tarif-Krankengeld wird nicht gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der Drei-Monats-Frist eingetreten ist. In diesen Fällen erhält der Teilnehmer das Tarif-Krankengeld in der zuvor gewählten Höhe.

Eine Absenkung des gewählten Tarif-Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Sie ist jedoch ausgeschlossen, wenn der jeweilige Anspruch auf Tarif-Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

- (2) Das Mitglied ist verpflichtet, der TK Nachweise über das Arbeitseinkommen aus selbständiger künstlerischer oder publizistischer Tätigkeit vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung dieses Arbeitseinkommens unverzüglich mitzuteilen. Als Nachweis für die Wahl der Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengeldes gilt der jeweils aktuelle Steuerbescheid bzw. Beitragsbescheid der Künstlersozialkasse. Erlangt die TK davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Tarif-Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit oder begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.

- (3) Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld entsteht am 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder am 15. Tag der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V), die auf Kosten der TK erfolgt. Das Tarif-Krankengeld wird bis zum Beginn der gesetzlichen Leistung am 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit bzw. stationären Behandlung (§ 46 Satz 2 SGB V) gezahlt. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Außerdem erhält das Mitglied Tarif-Krankengeld bereits ab dem ersten Tag einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus, die vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt beginnt. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handelt, die Behandlung auf Kosten der TK erfolgt und das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Die Dauer des vorzeitigen Bezuges von Tarif-Krankengeld wird nicht auf die Höchstbezugsdauer nach Satz 3 angerechnet.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf das Tarif-Krankengeld unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- (4) Teilnehmer, deren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 16 SGB V ruht oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften ausgeschlossen ist (insbesondere § 11 Abs. 5 SGB V, § 52a SGB V), haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den Bestimmungen dieses Tarifs.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif, es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der TK bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, soweit und solange der Teilnehmer während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung

- Arbeitseinkommen aus eigener Arbeitsleistung erzielt,
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezieht oder ihrer Art nach vergleichbare Leistungen von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhält.

Ebenfalls ausgeschlossen ist der Anspruch auf Tarif-Krankengeld für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld sowie während der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG).

Bezieht der Teilnehmer eine der in § 50 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen, wird das Tarif-Krankengeld um den Zahlbetrag der Leistung gekürzt.

- (5) Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt 1,75 Euro je 5 Euro Tarif-Krankengeld.
- (6) Die Teilnahme am TK-Tarif KG Künstler und Publizisten endet, ohne dass es einer Kündigung nach § 35 Abs. 3 durch den Teilnehmer bedarf, wenn
- die Krankenversicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz endet,
  - eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen beginnt,
  - der Teilnehmer nach ärztlicher Feststellung wegen Krankheit auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

## § 36 TK-Tarif Select

- (1) Der TK-Tarif Select ist ein Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V. In diesem Tarif erhalten die Mitglieder eine Prämie, weil sie einen Teil der Kosten übernehmen, die von der TK für sie zu tragen sind (Selbstbehalt). Der Selbstbehalt gilt nur für bestimmte Leistungen bzw. Leistungsbereiche.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind volljährige Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden.

Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

- Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung vorliegt (§§ 224 und 225 SGB V),
- der Leistungsanspruch gesetzlich ruht oder ausgeschlossen ist,
- ein Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder ein Prämienrückstand in einem Wahltarif der TK besteht.

Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach den §§ 30, 31, 32, 33 sowie 34 ist ausgeschlossen.

- (3) Die Teilnahme ist vom Mitglied schriftlich zu erklären. Sie beginnt mit dem Ersten des auf den Eingang der Teilnahmeerklärung folgenden Kalendermonats und endet mit dem Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren.

Unabhängig von der Mindestbindungsfrist, endet die Teilnahme bei

- Beitragsfreiheit wegen des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld (§ 224 Abs. 1 SGB V) mit dem Tag vor dem Beginn der Beitragsfreiheit,
- gesetzlich ruhendem oder ausgeschlossenen Leistungsanspruch mit dem Tag vor dem Beginn des Leistungsruhens bzw. -ausschlusses,
- Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder Prämienrückstand in einem Wahltarif der TK mit dem Tag vor dem Beginn des Zeitraums für den der Beitrags- bzw. Prämienrückstand besteht.

Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). Endet die TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz, endet gleichzeitig die Teilnahme am TK-Tarif Select.

- (4) Die Höhe der Prämie hängt davon ab, für wie viele der folgenden fünf Leistungen bzw. Leistungsbereiche das Mitglied den Selbstbehalt wählt:
  - ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 und 4 SGB V, § 20 TK-Satzung) sowie Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 SGB V)
  - Fahrkosten (§ 60 SGB V)
  - Haushaltshilfe (§ 38 SGB V, § 24 TK-Satzung)
  - Zusätzliche Leistungen (§ 11 Abs. 6 SGB V, §§ 27 bis 27e, 27g und 27h TK-Satzung) sowie Leistungen nach dem Homöopathievertrag zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V, § 29a TK-Satzung)
  - Reiseschutzimpfungen im Zusammenhang mit privaten Auslandsreisen (§ 20d Abs. 2 SGB V, § 19 Abs. 1 Satz 2 TK-Satzung).

Für jede dieser Leistungen bzw. Leistungsbereiche beträgt die kalenderjährliche Prämie 12 Euro. Insgesamt beträgt die Prämie maximal 60 Euro pro Kalenderjahr. Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am TK-Tarif Select teilgenommen, erfolgt eine entsprechend anteilige Berechnung. Für die Prämienhöhe gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V).

- (5) Die Höhe des Selbstbehalts richtet sich nach der Anzahl der gewählten Leistungen bzw. Leistungsbereiche nach Abs. 4. Der maximale kalenderjährliche Selbstbehalt beträgt
  - 18 Euro bei einer gewählten Leistung/einem gewählten Leistungsbereich
  - 36 Euro bei zwei gewählten Leistungen/Leistungsbereichen

- 54 Euro bei drei gewählten Leistungen/Leistungsbereichen
- 72 Euro bei vier gewählten Leistungen/Leistungsbereichen
- 90 Euro bei fünf gewählten Leistungen/Leistungsbereichen.

Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am TK-Tarif Select teilgenommen, erfolgt eine entsprechend anteilige Berechnung. Muss die Prämie nach Abs. 4 Satz 5 gemindert werden, verringert sich der Selbstbehalt so weit, dass die ursprüngliche Differenz von Prämie und Selbstbehalt erhalten bleibt.

- (6) Das Mitglied erhält die Prämie erstmalig mit Beginn der Teilnahme für die Zeit bis zum Ende des Kalenderjahres im Voraus. In den Folgejahren wird die Prämie ebenfalls im Voraus bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres ausgezahlt.

Die Abrechnung erfolgt bis zum Ende des Kalenderjahres, welches auf das Kalenderjahr folgt, für das die Prämie gezahlt wurde. Hat das Mitglied auf den Selbstbehalt anzurechnende Leistungen in Anspruch genommen, stellt die TK dem Mitglied die Kosten in tatsächlicher Höhe in Rechnung, bis zum geltenden Gesamt-Selbstbehalt nach Abs. 5. Eine eventuelle Forderung der TK gleicht das Mitglied innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der entsprechenden schriftlichen Mitteilung aus.

- (7) Hat die Teilnahme am TK-Tarif Select bereits vor dem 1. Januar 2015 begonnen (§ 36 a.F.), endet diese mit dem 31. Dezember 2014. Die erneute Teilnahme ist vom Mitglied schriftlich zu erklären. Geht die Erklärung bis zum 28. Februar 2015 bei der TK ein, kann die Teilnahme auf Wunsch des Mitglieds abweichend von Abs. 3 Satz 2 am 1. Januar 2015 beginnen.

## Artikel II

### Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.



# Anlage 1

## Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung

Einen Anspruch haben die Mitglieder der Selbstverwaltung der TK unter der Berücksichtigung der Beschlüsse des Verwaltungsrats bei der Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit, insbesondere für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats und dessen Ausschüssen sowie der Widerspruchsausschüsse.

### A Ersatz von baren Auslagen

#### I. Inlandsdienstreise

##### Fahrkosten

Es werden erstattet:

##### a) Bei Benutzung

- der Bahn oder eines Schiffes der Fahrpreis der 1. Klasse einschließlich der Zuschläge und Schlafwagenkosten,
- eines privaten PKW ein Kilometergeld in Höhe von 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer,
- eines Flugzeuges die Kosten für die Economy-Klasse.

##### b) Zubringerkosten

c) Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten, wie Parkgebühren, Telefon- und Portoauslagen.

##### Tagegeld

Die Höhe des Tagegeldes richtet sich nach der Dauer der Dienstreise. Gezahlt werden pro Kalendertag

- bei mehrtägigen Abwesenheiten mit Übernachtung für den An- und Abreisetag jeweils 12 Euro
- bei eintägigen Abwesenheiten mit einer Dauer von mehr als 8 Stunden 12 Euro
- bei einer mehrtägigen Abwesenheit mit einer Dauer von mehr als 8 Stunden aber ohne Übernachtung 12 Euro
- für Kalendertage mit einer Abwesenheit von 24 Stunden 24 Euro.

##### Übernachtungsgeld/-kosten

a) Das pauschale Übernachtungsgeld beträgt 20 Euro. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig und nachgewiesen sind.

b) Wird des Amtes wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 vom Hundert, für Hauptmahlzeiten um jeweils 40 vom Hundert des vollen Tagegeldes gekürzt.

#### II. Auslandsdienstreise

Es werden erstattet:

##### a) Bei Benutzung

- der Bahn der Fahrpreis der 1. Klasse oder eines Schiffes der Fahrpreis der 2. Klasse einschließlich der Zuschläge und Schlafwagenkosten, die Kosten für die Spezial- oder Doppelbettklasse,
- eines privaten PKW ein Kilometergeld in Höhe von 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer,
- eines Flugzeuges innerhalb Europas die Kosten für die Economy-Klasse; ansonsten werden die Kosten der Business- bzw. einer vergleichbaren Klasse erstattet.

##### b) Zubringerkosten

- c) Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten wie Parkgebühren, Telefon- und Portoauslagen.
- d) Ein Auslandstagegeld in Höhe von 150 vom Hundert des vergleichbaren Inlandstagegeldes.
- e) Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig und nachgewiesen sind.

## **B Pauschbeträge**

### **I. für Zeitaufwand**

- a) Für die Teilnahme an Sitzungen einschließlich der Gruppenvorbesprechungen, die im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Organsitzung stehen, wird für jeden Kalendertag ein Pauschbetrag von 65 Euro gezahlt. Die alternierenden Vorsitzenden der Ausschüsse erhalten bei Sitzungen der Ausschüsse kalendertäglich den 2-fachen Pauschbetrag für Zeitaufwand. Bei mehreren Sitzungen am selben Tag wird der Pauschbetrag für Zeitaufwand nur einmal gewährt.
- b) Für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen erhalten monatlich:
  - die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats das 8-fache des Pauschbetrages nach Buchstabe a).
- c) Anderen Mitgliedern der Selbstverwaltung kann aufgrund eines besonderen Auftrages für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ein Pauschbetrag gemäß Buchstabe a) gezahlt werden. Der Pauschbetrag kann ausnahmsweise nur dann gewährt werden, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Selbstverwaltungsmitgliedes vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.
- d) Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig.

### **II. für Auslagen außerhalb von Sitzungen**

Als Pauschbetrag für alle weiteren baren Auslagen, die im Interesse der Wahrnehmung der Aufgaben entstehen, wie Kosten, die durch Zurverfügungstellung der eigenen Wohnräume für Aufgaben der Kasse eintreten, Telefongebühren, Porti, Schreibmaterial usw. werden den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats monatlich je 74 Euro gezahlt.

## **C Ersatz für entgangenen Bruttoverdienst bzw. Verdienstaufschlag sowie für Beiträge zur Rentenversicherung**

Die Entschädigung nach § 41 Abs. 2 SGB IV beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße. Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaufschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages zu ersetzen. Der Verdienstaufschlag wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden geleistet; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen. Erstattet werden die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge zur Rentenversicherung.

## **D Ersatz bei Sachschäden, die im Dienst entstanden sind**

Bei Dienstunfällen kommen die für den Öffentlichen Dienst geltenden Gesetze und Verwaltungsvorschriften zur Anwendung.

Einem Antrag auf Kostenerstattung sind ein Sachbericht über den Unfall und die Originalrechnung über die entstandenen Kosten beizufügen.

## Anlage 2

### Teilnahmebedingungen nach § 26

#### TK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

Mit ihrem Bonusprogramm leistet die TK einen aktiven Beitrag zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten sowie zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

#### 1. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Teilnahmeberechtigt sind grundsätzlich alle TK-Versicherten. Für Anwartschaftsversicherte und Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten (§ 264 SGB V), ist die Teilnahme nicht möglich. Dies gilt auch, solange der Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist.

#### 2. Beginn und Ende der Teilnahme

Die Teilnahme ist vom Versicherten schriftlich zu erklären. Für Versicherte unter 18 Jahren erfolgt die Erklärung durch den gesetzlichen Vertreter. Die Teilnahme beginnt am Ersten des Monats, in dem die Erklärung bei der TK eingeht. Sie endet mit Ablauf von zwölf Monaten (Teilnahmezeitraum).

Nach der Anmeldung erhält der Teilnehmer ein Bonusheft. Mit dem Einreichen des Bonusheftes bei der TK innerhalb des Teilnahmezeitraums bzw. einer Nachreichfrist von drei Monaten kann die Teilnahme für ein weiteres Jahr im Bonusheft erklärt werden. Die Folgeteilnahme beginnt nach Ablauf des vorherigen Teilnahmezeitraums und der Teilnehmer erhält ein neues Bonusheft. Geht das Bonusheft nicht innerhalb des Teilnahmezeitraums oder der Nachreichfrist bei der TK ein, muss die Teilnahme erneut schriftlich erklärt werden.

Mit dem Ende der Versicherung bei der TK endet zeitgleich auch die Teilnahme am Bonusprogramm.

#### 3. Bonus

Die Teilnehmer erhalten den Bonus für die Inanspruchnahme von

- a) Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und
- b) qualitätsgesicherten Leistungen zur Primärprävention nach § 20 SGB V in Verbindung mit § 18 der TK-Satzung und dem Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes oder anderen qualitätsgesicherten von der TK anerkannten Maßnahmen der Primärprävention.

Für Maßnahmen außerhalb des Teilnahmezeitraums kann kein Bonus erworben werden. Dies gilt auch für Maßnahmen, die außerhalb von TK-Versicherungszeiten durchgeführt werden.

Näheres ergibt sich aus dem Maßnahmenkatalog nach § 26 der TK-Satzung (Anlage 3 zur TK-Satzung) und dem Bonusheft.

## 4. Bonusmodelle

Volljährige Teilnehmer können sich für eines der Bonusmodelle nach den Buchstaben a) oder b) entscheiden. Für Teilnehmer bis 17 Jahre gilt ausschließlich das Bonusmodell nach Buchstabe c).

### a) Bonusauszahlung

Die Anzahl der durchgeführten und von der TK anerkannten Maßnahmen bestimmt die Höhe des Bonus für einen Teilnahmezeitraum:

Stufe 1: für 3 Maßnahmen = 30 Euro

Stufe 2: für 6 Maßnahmen = 60 Euro

Stufe 3: für 9 Maßnahmen = 90 Euro

Für die Stufe 1 muss der Versicherte mindestens eine Maßnahme aus dem Bereich Früherkennung und Vorsorge nachweisen. Für die Stufe 2 mindestens eine Maßnahme aus dem Bereich Früherkennung und Vorsorge und mindestens eine Maßnahme aus dem Bereich Gesundheitskurse. Für die Stufe 3 erhöht sich die Anzahl der nachzuweisenden Maßnahmen in den vorgenannten Bereichen auf jeweils zwei. Ist die nächsthöhere Bonusstufe nicht erreicht, können Einzelmaßnahmen nicht gesondert bonifiziert werden.

Alternativ wird für die Teilnahme an der TK-Gesundheitswoche ein Bonus in Höhe von 250 Euro ausgezahlt.

### b) TK-Gesundheitsdividende

Unter den Voraussetzungen nach Buchstabe a) beträgt der Bonus in

Stufe 1: für 3 Maßnahmen = 50 Euro,

Stufe 2: für 6 Maßnahmen = 100 Euro,

Stufe 3: für 9 Maßnahmen = 250 Euro.

Der Bonus wird ausschließlich als Zuschuss zu den Kosten für durch den Teilnehmer in Anspruch genommene Leistungen nach Anlage 4 zur TK-Satzung gezahlt. Dies gilt nicht für Leistungen, die vor Beginn der Teilnahme an diesem Bonusmodell erbracht wurden. Der Bonusanspruch entsteht erst nach Vorlage der Rechnungen im Original. Bei Kosten unterhalb der jeweiligen Bonushöhe, werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet.

### c) TK-Junior-Bonus

Ein Bonus in Höhe von 30 Euro wird ausgezahlt, wenn drei von der TK anerkannte Maßnahmen nachgewiesen werden. Dabei muss es sich um mindestens eine Maßnahme aus dem Bereich Früherkennung und Vorsorge handeln. Für jede zusätzliche Maßnahme beträgt der Bonus 10 Euro.

Ein Übertrag einzelner Maßnahmen oder der Bonusstufen auf andere Bonusteilnehmer oder in das Folgejahr ist nicht möglich.

## 5. Nachweis

Die Bestätigung der Maßnahmen erfolgt durch den Arzt oder andere Leistungserbringer im Bonusheft. Die Teilnahme an der TK-Gesundheitswoche wird vom Leistungserbringer gesondert bestätigt. Bei Verlust des Bonusheftes bzw. der Teilnahmebestätigung ist der Nachweis auf andere Weise zu erbringen. Die Kosten für Nachweise werden von der TK nicht übernommen.

Mit dem Einreichen des Bonusheftes bzw. der Teilnahmebescheinigung zur TK-Gesundheitswoche erklärt der Teilnehmer seine Aktivitäten im jeweiligen Teilnahmezeitraum für beendet; weitere Maßnahmen werden nicht berücksichtigt. Die Prüfung der eingereichten Maßnahmen erfolgt anhand der Qualitätskriterien der TK.

## 6. Verfall des Bonusanspruchs

Werden die Maßnahmen nicht bis spätestens drei Monate nach Ablauf des Teilnahmejahres nachgewiesen, entsteht kein Anspruch auf einen Bonus. Für das Bonusmodell nach Ziffer 4, Buchstabe b) gilt zusätzlich, dass ein nicht in Anspruch genommener Bonus jeweils nach Ablauf von drei Jahren verfällt. Sämtliche Bonusansprüche verfallen auch mit dem Ende der TK-Versicherung.

## 7. Beendigung des Bonusprogramms

Die TK behält sich die Beendigung des Bonusprogramms vor. Dies gilt auch für den Fall gesetzlicher Änderungen oder einer Weisung zur Einstellung des Bonusprogramms durch die Aufsichtsbehörde der TK. Die bis zum Ende des Bonusprogramms gesammelten Maßnahmen können innerhalb von drei Monaten eingelöst werden.

## Anlage 3

### Maßnahmenkatalog nach § 26 TK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

#### Altersgruppe bis 17 Jahre (TK-Junior-Bonus)

##### Früherkennung und Vorsorge (§§ 25, 26 SGB V)

- Kinderfrüherkennungsuntersuchung U1 bis U3
- Neugeborenen-Hörscreening
- Kinderfrüherkennungsuntersuchung U4
- Kinderfrüherkennungsuntersuchung U5
- Kinderfrüherkennungsuntersuchung U6
- Kinderfrüherkennungsuntersuchung U7/U7a bis U9
- Bonus Kinderfrüherkennungsuntersuchung für die lückenlose Durchführung von U1 bis U9
- Kinderfrüherkennungsuntersuchung U10 oder U11
- Jungendgesundheitsuntersuchung J1 und J2
- Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung 2x

##### Gesundheitskurse zur Primärprävention (§ 20 SGB V, § 18 TK-Satzung, Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes)

- Bewegung
- Gesunde Ernährung oder Gewichtsreduktion
- Stressbewältigung oder Entspannung
- Gewaltprävention in Kitas oder Schulen
- Suchtmittelkonsum

##### Sport und Gesundheit

- Aktive Mitgliedschaft im Sportverein
- Baby-Schwimmkurs
- Eltern-Baby-Kurs, zum Beispiel Pekip®, DELFI®, EIBa®
- Eltern-Kind-Turnen
- Sportabzeichen (DOSB, DLRG)
- Aktive Teilnahme an Sportveranstaltungen unter qualifizierter Leitung, z.B. durch zertifizierte Übungsleiter
- Schutzimpfung

#### Altersgruppe ab 18 Jahre (Bonusauszahlung oder TK-Gesundheitsdividende)

##### Früherkennung und Vorsorge (§§ 25, 26 SGB V)

- Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung
- Hautkrebs-Screening
- Gesundheits-Check-up
- Zahnvorsorge
- Mutterschaftsvorsorge
- Kurs zur Geburtsvorbereitung oder Rückbildungsgymnastik

**Gesundheitskurse zur Primärprävention (§ 20 SGB V, § 18 TK-Satzung, Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes)**

- Bewegung
- Gesunde Ernährung oder Gewichtsreduktion
- Stressbewältigung oder Entspannung
- Suchtmittelkonsum

**TK-Gesundheitscoaching online** (für max. eins der genannten Angebote)

- Fitness bzw. Walking
- Ernährung
- Antistress
- Nichtraucher

**Sport und Gesundheit**

- Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder im Betriebs-/Hochschulsport
- Sportabzeichen (DOSB, DLRG)
- Aktive Teilnahme an Sportveranstaltungen unter qualifizierter Leitung, z.B. durch zertifizierte Übungsleiter
- Schutzimpfung

## Anlage 4

### Katalog der Zuschussleistungen nach § 26

#### TK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten | TK-Gesundheitsdividende

Versicherte, die das Bonusmodell TK-Gesundheitsdividende gewählt haben, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der nachfolgend aufgeführten Leistungen. Dies gilt nur, sofern die TK nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist. Gesetzliche Zuzahlungen sind von dem Zuschuss ausgenommen.

- Akupunktur
- Anthroposophische Heilmittel (z.B. Heileurythmie)
- Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke
- Funktionsanalyse (im Rahmen zahnärztlicher Behandlung)
- Hebammen-Leistungen
  - Geburtsvorbereitungskurse für Partner
  - Geburtsvorbereitende Akupunktur
- Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)
- Osteopathie (sofern die in § 27b genannten Voraussetzungen erfüllt sind)
- Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- Sportmedizinische Untersuchung und Beratung (sofern die in § 27e genannten Voraussetzungen erfüllt sind)
- Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen (z.B. Ultraschall zur Krebsfrüherkennung, Sono-Check, M2-PK Stuhltest, Bestimmung HbA1c-Wert zur Diabetes-Vorsorge)
- Zusatzdiagnostik zur Vorsorge in der Schwangerschaft



# Satzung der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung

vom 1. Januar 2009 unter Berücksichtigung des 5. Nachtrages

Stand: 1. April 2015

Artikel I

## A Verfassung

### § 1 Name, Rechtsstellung, Geschäftsgebiet und Sitz

- (1) Die im Jahre 1994 nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) errichtete Pflegekasse und im Jahre 2000 mit der „Pflegekasse bei der Gärtner-Krankenkasse (Ersatzkasse)“ und im Jahre 2009 mit der „IKK-Direkt Pflegekasse“ vereinigte Kasse führt den Namen Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung.
- (2) Die Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und ist Träger der sozialen Pflegeversicherung.
- (3) Die Organe der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung sind der Verwaltungsrat der Techniker Krankenkasse als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand der Techniker Krankenkasse.
- (4) Das Geschäftsgebiet der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung umfasst das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.
- (5) Sitz der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung ist Hamburg.

### § 2 Verwaltungsrat

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Wahl, Amtsdauer sowie Rechte und Pflichten richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen der Satzung.
- (2) Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.
- (3) Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen den alternierenden Vorsitzenden jeweils jährlich zum 1. Januar. Die alternierenden Vorsitzenden dürfen nicht derselben Gruppe angehören.
- (4) Der Verwaltungsrat bildet zur Vorbereitung oder zur Erledigung von Aufgaben – mit Ausnahme der Rechtssetzung – Fachausschüsse. Die Ausschüsse werden paritätisch und grundsätzlich unter Anwendung der Verhältniswahl nach dem Höchstzahlverfahren d'Hondt besetzt.
- (5) Der Verwaltungsrat bestimmt die Grundzüge der Kassenpolitik – auch für die Verbandsarbeit – und trifft alle Entscheidungen, die für die Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung von grundsätzlicher Bedeutung sind.

- (6) Der Verwaltungsrat hat insbesondere folgende Aufgaben:
- Die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen.
  - Die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates zu beschließen.
  - Überwachung der Vorstandsarbeit.
  - Beschlussfassung über die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltung.
  - Feststellung des Haushaltsplanes.
  - Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes.
  - Bestellung sachverständiger Prüfer zur jährlichen Prüfung der Betriebsführung.
  - Bestellung sachverständiger Prüfer zur jährlichen Prüfung der Rechnungsführung.
  - Die Bestimmung der Widerspruchsstelle nach den Vorschriften des SGB.
  - Die Bestimmung der Einspruchsstelle nach den Vorschriften des SGB und Ordnungswidrigkeitengesetzes.
  - Vertretung der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern.
  - Beschlussfassung über Vereinbarungen und Verträge mit anderen Pflegekassen, soweit diese nicht in die Zuständigkeit des Vorstandes fallen.
- (7) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (8) Die ordentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates finden nach Bedarf, jedoch mindesten dreimal jährlich statt. Der Verwaltungsrat ist außerdem einzuberufen, wenn es ein Drittel seiner Mitglieder oder die Aufsichtsbehörde verlangt. Derartige Sitzungen müssen innerhalb von vier Wochen stattfinden.
- (9) Für die Beratung und Beschlussfassung gelten die entsprechenden Vorschriften des SGB.
- (10) Änderungen der Satzung bedürfen der Zustimmung von zwei Drittel der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates.
- (11) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen bei
1. Angelegenheiten, in denen auf einer Sitzung des Verwaltungsrates oder einzelner von ihm zu bestimmender Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
  2. Angelegenheiten, die nach Beratung auf einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen.
- Wenn ein Fünftel seiner Mitglieder der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

### § 3 Vorstand

- (1) Der aus drei Mitgliedern bestehende Vorstand übt seine Tätigkeit hauptamtlich aus.
- (2) Der Vorstand verwaltet die Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.
- (3) Die Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung kann im Einzelfall auf Beschluss des Vorstandes auch durch ein Mitglied des Vorstandes allein vertreten werden.

- (4) Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:
- Ausgestaltung und Leitung der Verwaltung.
  - Entscheidung über die Anlegung der Rücklagen, die der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen.
  - Aufnahme von Darlehen.
  - Erlass von Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte.
  - Aufstellung des Haushaltsplanes.
  - Aufstellung der Jahresrechnung.
  - Vorlage der geprüften Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Feststellungen des Prüfberichtes beim Verwaltungsrat.
  - Vorlage des Berichtes über die jährliche Prüfung der Betriebsführung beim Verwaltungsrat.
- (5) Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat zu berichten über
- die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung.
  - die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung.
  - alle Angelegenheiten, in denen der Vorstand Entscheidungen im Benehmen mit dem Verwaltungsrat zu treffen hat.
- (6) Den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates ist aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

#### § 4 Widerspruchsausschüsse

- (1) Jeder Widerspruchsausschuss besteht aus je zwei Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Jedes Mitglied hat mindestens einen Stellvertreter.
- (2) Die Widerspruchsausschüsse der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung sind die Widerspruchsausschüsse der Techniker Krankenkasse und nehmen die Aufgaben nach § 85 Abs. 2 SGG – Erlass von Widerspruchsbescheiden – wahr. Im Übrigen gilt § 4 der Satzung der Techniker Krankenkasse entsprechend.

#### § 5 Entschädigung der Organmitglieder

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine Entschädigung nach der entsprechenden Vorschrift des SGB. Die Entschädigungsregelung ist als Anlage 1 Bestandteil der Satzung der Techniker Krankenkasse und gilt entsprechend, soweit der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan Aufgaben der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung wahrnimmt.

#### § 6 Bekanntmachungen der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung

- (1) Die Satzung und sonstiges autonomes Recht werden durch datierten und befristeten Aushang in der Hauptverwaltung und in den Dienststellen sowie auf der Internetseite [www.tk.de](http://www.tk.de) öffentlich bekannt gemacht. Es ist eine Aushangfrist von einer Woche einzuhalten; auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.
- (2) Die „Öffentliche Zustellung“ nach dem Verwaltungszustellungsgesetz wird in einer Dienststelle oder in der Hauptverwaltung ausgehängt.

# B Mitgliedschaft

## § 7 Versicherter Personenkreis

- (1) Zum Mitgliederkreis der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung gehören
1. die bei der Techniker Krankenkasse pflicht- und freiwillig versicherten Mitglieder, soweit sie nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind.
  2. Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Geschäftsgebiet der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung, die weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, wenn sie
    - a) nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die dessen entsprechende Anwendung vorsehen, Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben,
    - b) Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
    - c) ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die dessen entsprechende Anwendung vorsehen,
    - d) laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem SGB VIII beziehen,
    - e) krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind, und die Techniker Krankenkasse mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist,
  3. die unter Ziffer 2 genannten Personen, für die keine Krankenkasse mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist,
  4. Soldaten auf Zeit, die weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind,
  5. die nach den gesetzlichen Bestimmungen Weiterversicherungsberechtigten, wenn sie zuletzt bei der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung versichert waren,
  6. Personen, die nach den gesetzlichen Bestimmungen zum Beitritt berechtigt sind.
- (2) Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

## § 8 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- (1) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Ziffer 1 und 2 genannten Personenkreise entsteht kraft Gesetzes.
- (2) Wer der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung nicht kraft Gesetzes angehört (§ 9 Abs. 1 Ziffern 3 bis 6), hat seinen Beitritt zu erklären. Der Beitritt nach § 9 Abs. 1 Ziffer 6 bedarf der Schriftform.
- (3) Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die gesetzlichen Vorschriften.

## C Beiträge

### § 9 Beitragsbemessung

Die Beiträge werden nach den gesetzlich festgelegten Vomhundertsätzen der beitragspflichtigen Einnahmen bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze in der Pflegeversicherung festgesetzt.

### § 10 zurzeit nicht belegt

### § 11 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

Für die Fälligkeit der Beiträge gilt § 23 SGB IV.

## D Rücklage

### § 12 Rücklage

Die Höhe der Rücklage beträgt 50 vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

## E Leistungen

### § 13 Leistungen

- (1) Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Vorschriften.
- (2) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB begeben, um in 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. Kann mangels ausreichender Mitwirkung des Versicherten die Frage des Leistungsausschlusses nicht geklärt werden, so sind die Leistungen zu versagen.

## Artikel II

### Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.







**Techniker  
Krankenkasse**  
Gesund in die Zukunft.