

hkk

Satzung

vom 1. Januar 2008

in der Fassung des

48. und 49. Nachtrages

Stand: 01. Januar 2017

Inhaltsverzeichnis

A Verfassung	1
§ 1 Name und Rechtsstellung der Kasse	1
§ 2 Sitz und Geschäftsgebiet	1
§ 3 Organe	1
§ 4 Verwaltungsrat	2
§ 5 Vorstand	3
§ 6 Vertretung	4
§ 7 Widerspruchsausschüsse	4
§ 8 (zur Zeit nicht besetzt)	5
§ 9 Entschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit	6
B Mitgliedschaft	7
§ 10 Kreis der versicherten Personen	7
§ 11 Erwerb der Mitgliedschaft	7
§ 12 Ende der Mitgliedschaft	8
C Beiträge	9
§ 13 Aufbringung der Mittel	9
§ 14 Kassenindividueller Zusatzbeitrag	9
§ 15 Bemessung der Beiträge und Fälligkeit	9
§ 16 (zur Zeit nicht besetzt)	
§ 17 (zur Zeit nicht besetzt)	
§ 18 (zur Zeit nicht besetzt)	
§ 19 (zur Zeit nicht besetzt)	
D Leistungen	16
§ 20 Anspruchsgrundlagen	16
§ 21 Prävention und Schutzimpfungen	16
§ 22 Kurzuschüsse	17
§ 23 (zur Zeit nicht besetzt)	17
§ 24 Haushaltshilfe	18
§ 25 Zusätzliche Leistungen	18a
§ 25 a Schwangerschafts-/Mutterschaftsleistungen	18a
§ 25 b Sonstige Leistungen	18b
§ 25 c Sportmedizinische Untersuchung und Beratung	18c
§ 25 d Stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Krankenhäuser	18c
§ 25 e Künstliche Befruchtung	18d
§ 25 f Zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel	18e
§ 25 g Flash Glukose Messsysteme	18e
§ 26 Auskunftspflicht	19
§ 27 Kostenerstattung im Inland	19
§ 27 a Kostenerstattung Wahlarzneimittel	19a
§ 28 Teilkostenerstattung	20
§ 29 Kostenerstattung im Ausland	20
§ 30 Leistungsausschluss	21

E Zusatzversicherungen, hausarztzentrierte Versorgung, Tarife, Modellvorhaben	22
§ 31 Wirkung der Teilnahme	22
§ 32 Zusatzversicherungen	22
§ 33 Bonustarife, Wahltarife	22
§ 34 Wahltarife für besondere Versorgungsformen	23
§ 34 a Hausarztzentrierte Versorgung.....	23
§ 34 b Besondere ambulante ärztliche Versorgung	23
§ 34 c Integrierte Versorgung	23a
§ 35 Wahltarif „hkk-DMP-Bonus“ für Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen	23a
§ 36 (zur Zeit nicht besetzt)	24
§ 37 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	24
§ 38 Selbstbehalttarif	25a
§ 38 a Wahltarif Krankengeld	26
§ 38 b Wahltarif Teilkostenerstattung	33a
F Jahresrechnung, Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Veröffentlichung, Rücklage	34
§ 39 Jahresrechnung, Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Ver- öffentlichung	34
§ 40 Rücklage	34
G Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen	34
§ 41 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen	34
H Schlussbestimmungen	35
§ 42 Änderung der Satzung	35
§ 43 Art der Bekanntmachung	35
§ 44 Inkrafttreten	35

A Verfassung

§ 1

Name und Rechtsstellung

- (1) Die am 1. Januar 2008 errichtete Kasse führt den Namen Handelskrankenkasse (hkk). Sie geht aus der freiwilligen Vereinigung der Handelskrankenkasse und der IKK Weser-Ems hervor.
- (2) Die hkk ist eine Ersatzkasse und Krankenkasse im Sinne von § 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Sie ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltung wird durch die Vertreterinnen/Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber der hkk ausgeübt. Für die hkk gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das SGB. Die hkk erfüllt ihre Aufgaben in eigener Verantwortung.

§ 2

Sitz und Geschäftsgebiet

- (1) Die hkk hat ihren Sitz in Bremen.
- (2) Das Geschäftsgebiet der hkk ist die Bundesrepublik Deutschland.
- (3) Die hkk hat eine Hauptgeschäftsstelle in Bremen. Sie unterhält Geschäftsstellen.

§ 3

Organe

- (1) Organe der hkk sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan sowie der hauptamtliche Vorstand.
- (2) Der Verwaltungsrat und der Vorstand nehmen im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Aufgaben der hkk wahr.
- (3) Die vertretungsberechtigten Organe der hkk haben die Eigenschaft einer Behörde; sie führen das Dienstsiegel der hkk.

§ 4

Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat besteht aus 24 Mitgliedern (mit Beginn der 12. Legislaturperiode im Jahre 2017 besteht der Verwaltungsrat aus 18 Mitglieder). Er besteht jeweils zur Hälfte aus Vertreterinnen/Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber. Er wird gemeinsam durch die Vorsitzende/den Vorsitzenden und die stellvertretende/den stellvertretenden Vorsitzenden vertreten. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen der/dem Vorsitzenden und deren/dessen Stellvertretung jeweils jährlich am 01. Januar.
- (2) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der hkk sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die hkk maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.
- (3) Der Verwaltungsrat bestimmt die Grundzüge der Kassenpolitik. Zur Darstellung seiner mittel- und langfristigen Vorstellungen über die Führung und Verwaltung der hkk kann der Verwaltungsrat für den Vorstand Leitlinien formulieren.
- (4) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:
 1. die Vorsitzende/den Vorsitzenden und die stellvertretende Vorsitzende/den stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus seiner Mitte zu wählen,
 2. Ausschüsse zur Erledigung bzw. zur Erfüllung seiner Aufgaben zu bilden,
 3. eine Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat, die Widerspruchsausschüsse, die sonstigen Ausschüsse aufzustellen,
 4. den Haushaltsplan und gegebenenfalls den Nachtragshaushaltsplan festzustellen,
 5. den Jahresbericht entgegenzunehmen und über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
 6. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 7. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
 8. die Kasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
 9. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Kasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,

10. den Vorstand zu wählen und eine leitende Beschäftigte/einen leitenden Beschäftigten der hkk mit seiner Stellvertretung zu beauftragen,
 11. den Vorstand zu überwachen.
- (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
 - (6) Beschlüsse des Verwaltungsrates werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Stimmenthaltungen gelten als nicht abgegebene Stimmen. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 - (7) Der Verwaltungsrat kann in Eil- und Ausnahmefällen schriftlich abstimmen.

§ 5

Vorstand

- (1) Der Vorstand besteht aus einer Person, die ihre Tätigkeit hauptamtlich ausübt.
- (2) Der Vorstand verwaltet die Kasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die hkk maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmt. Dem Vorstand obliegt insbesondere:
 1. den Haushaltsplan und ggf. den Nachtragshaushaltsplan aufzustellen,
 2. die Jahresrechnung aufzustellen,
 3. Vermögenswerte anzulegen und zu verwalten,
 4. über Leistungen zu entscheiden,

5. Beiträge festzustellen und einzuziehen,
 6. Verträge über die Leistungserbringung an die Versicherten abzuschließen.
- (3) Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat umfassend und rechtzeitig über:
1. die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung,
 2. die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung
- zu berichten. Außerdem ist den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

§ 6

Vertretung

- (1) Die hkk wird durch den Vorstand gerichtlich und außergerichtlich vertreten. Im Falle der Verhinderung tritt an die Stelle des Vorstandes die/der vom Verwaltungsrat mit der Stellvertretung des Vorstandes beauftragte leitende Beschäftigte der hkk.
- (2) Die/der Vorsitzende und die/der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates vertreten die Kasse gegenüber dem Vorstand.

§ 7

Widerspruchsausschüsse

- (1) Der Erlass von Widerspruchsbescheiden nach § 85 Sozialgerichtsgesetz (SGG) wird Widerspruchsausschüssen übertragen. Über die erforderliche Anzahl der Widerspruchsausschüsse beschließt der Verwaltungsrat. Die Sitze der Widerspruchsausschüsse befinden sich in Bremen und Oldenburg.
- (2) Die Widerspruchsausschüsse setzen sich aus zwei Mitgliedern aus der Gruppe der Versicherten und einem Mitglied aus der Gruppe der Arbeitgeber zusammen. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat eine Stellvertreterin/ Stellvertreter. Die Mitglieder und deren Stellvertretung werden vom Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bleiben im Amt, bis ihre Nachfolgerinnen/Nachfolger das Amt antreten. Das Amt der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse ist ein Ehrenamt nach § 40 SGB IV. Für die Haftung und den Verlust der Mitgliedschaft gelten §§ 42 und 59 SGB IV entsprechend. Der Vorstand bestimmt eine/einen fachkundige/fachkundigen hauptberufliche/hauptberuflichen Mitarbeiterin/Mitarbeiter und deren/dessen Stellvertretung, die beratend an den Sitzungen der Widerspruchsausschüsse teilnimmt. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die Geschäftsordnung

- (3) Die nach Absatz 2 gebildeten Widerspruchsausschüsse sind auch zuständig für Einsprüche gegen Bußgeldbescheide (§ 112 Abs. 2 SGB IV).

§ 8

(zur Zeit nicht besetzt)

§ 9

Entschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates, seiner Ausschüsse sowie der Widerspruchsausschüsse erhalten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine Entschädigung nach Maßgabe des § 41 SGB IV.
- (2) Die Entschädigungen legt der Verwaltungsrat in einer Entschädigungsregelung fest, die als Anlage Bestandteil dieser Satzung ist.

B Mitgliedschaft

§ 10

Kreis der versicherten Personen

(1) Mitglieder der hkk sind oder können werden:

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. Studenten und Berufspraktikanten,
3. Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfänger nach dem SGB III,
4. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten, soweit gesetzlich nichts anderes geregelt ist,
5. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V), wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Die Ehegattin/der Ehegatte oder die Lebenspartnerin/der Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz) und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind.

§ 11

Erwerb der Mitgliedschaft

Mitglied der hkk wird, wer die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft nach § 10 erfüllt und ihren/seinen Beitritt erklärt. Einer Beitrittserklärung bedarf es nicht, wenn eine Mitgliedschaft kraft Gesetzes zustande kommt. Die Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten regelt § 206 SGB V.

§ 12

Ende der Mitgliedschaft

- (1) Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit dem Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied seinen Austritt erklärt.
- (2) Abweichend hiervon endet die Mitgliedschaft:
 1. zu dem vom Mitglied erklärten Zeitpunkt, an dem es seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt für dauernd ins Ausland verlegt, sofern sich nicht aus über- oder zwischenstaatlichem Recht eine Sonderregelung ergibt,
 2. mit Ablauf des Tages, der dem Beginn einer Familienversicherung nach § 10 SGB V vorangeht.

C Beiträge

§ 13

Aufbringung der Mittel

Die Mittel für die Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 14

Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

- (1) Die hkk erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 0,59 v. H. monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes.

§ 15

Bemessung der Beiträge und Fälligkeit

Die Beitragsbemessung richtet sich nach den einheitlichen Grundsätzen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

§§ 16 bis 19

(zur Zeit nicht besetzt)

D Leistungen

§ 20

Anspruchsgrundlagen

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

§ 21

Prävention und Schutzimpfungen

(1) Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die hkk auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem:

- individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V)
- Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20 a SGB V)
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 b SGB V).

(2) Die Kasse stellt die Leistung nach Absatz 1 als Sachleistung zur Verfügung. Für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird zur Stärkung der Eigenverantwortung ein Eigenanteil erhoben. Der Eigenanteil beträgt 8 Euro bei Kurskosten bis zu 50 Euro und 15 Euro bei Kurskosten von über 50 Euro. Der Eigenanteil entfällt bei Online-Angeboten nach Absatz 1.

(3) Kann die Leistung nach Absatz 1 nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden, erstattet die hkk die Kosten in Höhe von 80 v. H., maximal 100 Euro je Kurs.

(4) Die hkk übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen aus Anlass eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes, wenn die Impfung von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen wird.

Darüber hinaus übernimmt die hkk die Kosten für folgende Schutzimpfungen:

- Humane Papillomviren bei männlichen Versicherten ab 9 Jahre bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres.
- Meningokokken Typ B bei versicherten Kindern ab dem Alter von 2 Monaten bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres.
- Gripeschutzimpfung ab dem 1. bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres, sofern kein anderweitiger Anspruch besteht, bzw. anderer Kostenträger zuständig ist.

- Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), sofern kein anderweitiger Anspruch besteht, bzw. anderer Kostenträger zuständig ist.
- Schutzimpfung gegen Masern für alle empfänglichen Personen außerhalb der Indikationsliste der Schutzimpfungsrichtlinie.

Werden die Schutzimpfungen nicht als Sachleistung erbracht, erstattet die hkk die Kosten für die genannten Impfungen in Höhe von 80 v. H..

- (5) Die Regelungen im Absatz 4 gelten nur dann, soweit nicht schon ein Anspruch nach § 20 i SGB V besteht. Die Kosten der Leistungen nach Absatz 4 werden nur übernommen, soweit nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist.

§ 22

Kurzuschüsse

Erbringt die hkk eine aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahme in Form einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V), so wird zu den übrigen Kosten dieser Maßnahme (wie Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe, Fahrtkosten) ein kalendertäglicher Zuschuss – einschließlich An- und Abreisetag – in Höhe von 13,00 Euro gezahlt. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der kalendertägliche Zuschuss 21,00 Euro.

§ 23

(zur Zeit nicht besetzt)

§ 24

Haushaltshilfe

- (1) Versicherte der hkk erhalten Haushaltshilfe über den gesetzlichen Anspruch nach § 38 Absatz 1 Satz 1 und 3 SGB V hinaus bei Krankheit für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit bis zu 52 Wochen, sofern die Notwendigkeit ärztlicherseits bescheinigt wird. Die Voraussetzung nach § 24 Absatz 3 der hkk-Satzung gilt entsprechend.
- (2) Abweichend von der gesetzlichen Anspruchshöchstdauer nach § 38 Absatz 1 Satz 4 SGB V gewährt die hkk darüber hinaus auch bei Krankheitsfällen nach § 38 Absatz 1 Satz 3 SGB V Haushaltshilfe für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit längstens bis zu 52 Wochen, sofern die Notwendigkeit ärztlicherseits bescheinigt wird. Die Voraussetzung nach § 24 Absatz 3 der hkk-Satzung gilt entsprechend.
- (3) Über die in § 38 Absatz 1 Satz 2 und 4 SGB V hinaus definierte Altersgrenze gewährt die hkk Haushaltshilfe unter der Voraussetzung, 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 dass eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
- (4) § 38 Absatz 4 SGB V gilt.
- (5) Die Zuzahlung richtet sich nach § 38 Absatz 5 SGB V in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

§ 25

Zusätzliche Leistungen

Die hkk erbringt folgende zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

§ 25 a

Schwangerschafts-/Mutterschaftsleistungen sowie medizinische Vorsorgeleistungen

Über die gesetzlich geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen sowie medizinische Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die hkk die Kosten für folgende durchgeführte Leistungen in Höhe von 80 v. H.; insgesamt maximal 300 Euro kalenderjährlich:

- a) von gemäß § 134a Absatz 2 zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Hebammen durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse für den Ehegatten oder Partner, sofern hkk-versichert,
- b) Rufbereitschaft durch eine freiberufliche Hebamme, sofern sie nach § 134 a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist, in der Regel innerhalb der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Rufbereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten,
- c) ärztliche Leistungen der medizinischen Vorsorge, die im Einzelfall bei Vorliegen eines konkreten individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken:
 - Nackenfaltenmessung,
 - Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien,
 - Triple-Test,
 - Ultraschalluntersuchungen, sofern keine Leistungen nach den Mutterschafts-Richtlinien,
 - Streptokokken-Test.

§ 25 b

Sonstige Leistungen

(1) Osteopathie

Über die in § 2 SGB V geregelten Ansprüche zu den „besonderen Therapieeinrichtungen“ hinaus, erstattet die hkk die Kosten für ärztlich verordnete Leistungen der Osteopathie für bis zu 5 (ab 1.1.2016 für bis zu 3) Sitzungen kalenderjährlich in Höhe von 80 v. H. (ab 1.1.2016 100 v. H.), maximal 40 Euro je Sitzung. Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer Mitglied in einem Berufsverband der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung abgeschlossen hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen wurden, werden nicht erstattet.

(2) Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

Über die in den §§ 31 und 34 SGB V geregelten Ansprüche zur Arzneimittelversorgung hinaus, erstattet die hkk die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie in Höhe von 80 v. H. (ab 1.1.2016 100 v. H.), insgesamt maximal 150 Euro (ab 1.1.2016 100 Euro) kalenderjährlich, wenn diese Arzneimittel von einem Arzt verordnet wurden.

Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der Versorgung ausgeschlossen wurden, werden nicht erstattet.

(3) Gesundheitsuntersuchung (Check up)

Die hkk erstattet die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung nach Vollendung des 15. Lebensjahres und vor Vollendung des 35. Lebensjahres in Höhe von 80 v. H. (ab 1.1.2016 100 v. H.), insgesamt jedoch (ab 1.1.2016 zusammen mit dem Hautkrebsscreening nach § 25 b Abs. 4) maximal 200 Euro je Versicherten innerhalb von 2 Kalenderjahren. Voraussetzung ist, dass die Leistung im Einzelfall von einem zugelassenen Vertragsarzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt erbracht wird und diese bei bereits bestehenden Risikofaktoren notwendig ist (z. B. bei Übergewicht, Bewegungsmangel), um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen.

(4) Hautkrebsscreening

Die hkk erstattet die Kosten für ein Hautkrebsscreening, einschließlich der Auflichtmikroskopie, nach Vollendung des 18. Lebensjahres und vor Vollendung des

35. Lebensjahres in Höhe von 80 v. H. (ab 1.1.2016 100 v. H.), insgesamt jedoch (ab 1.1.2016 zusammen mit der Gesundheitsuntersuchung (Check up) nach § 25 b Abs. 3) maximal 200 Euro je Versicherten innerhalb von 2 Kalenderjahren. Voraussetzung ist, dass die Leistung im Einzelfall von einem zugelassenen Vertragsarzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt erbracht wird und diese bei bereits bestehenden Risikofaktoren (z. B. bei familiären Vorerkrankungen) notwendig ist, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen. Bei Versicherten, die die Leistung im Rahmen des § 25 SGB V in Anspruch nehmen, ist nur die Erstattung der Auflichtmikroskopie im genannten Rahmen möglich.

§ 25 c

Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

- (1) Auf Wunsch können Versicherte eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist, dass diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Liegen ärztlich bescheinigte Risiken vor, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können diese Leistungen zusätzlich in Anspruch genommen werden. 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 hkk erstattet 100 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 70 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 Satz 1. Die Höhe der Erstattung der Behandlungen nach Absätzen 1 Sätze 1 und 3 ist zusammen auf maximal 140 Euro begrenzt. 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.

§ 25 d

Stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Krankenhäuser

- (1) Die hkk 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 zugelassenen Vertragsarzt / einer zugelassenen Vertragsärztin bescheinigt,
 - b) das Krankenhaus gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
 - d) ein Behandlungs- oder Aufnahmevertrag des Leistungserbringers wird der hkk vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 - e) die hkk hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
- (2) Die Kosten nach Absatz 1 werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen und nach Abschluss der Krankenhausbehandlung ermittelt und erstattet.
- (3) Mit der Zustimmung nach Absatz 1 Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die hkk, die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils sowie die Art und den Umfang der vorzulegenden Rechnungsbelege.

§ 25 e

Künstliche Befruchtung

Versicherte Ehegatten, 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. Jeder hkk-versicherte Ehegatte erhält zu den mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihm durchgeführt werden, einen Zuschuss in Höhe von 200 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten.

§ 25 f

Zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel

- (1) Für Versicherte ab dem 4. und bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden von der hkk die Kosten für eine Versorgung mittels Kopforthesen (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie) übernommen, wenn sie einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen wirkt, die Indikationsstellung und Verordnung durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung bzw. Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgte und den Kriterien entspricht, die nach dem Stand der Medizin für die Verordnung dieser Therapieform angemessen sind. Hierzu zählt, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgsversprechend ist oder dass ohne die Versorgung mittels Kopforthesen Folgebehandlungen zu erwarten sind. Das Hilfsmittel hat den nach dem Stand der Medizin anzulegenden Qualitätsanforderungen zu entsprechen. Die Behandlungsdauer kann bis zu 8 Monate betragen.
- (2) Sind die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt, so übernimmt die hkk zunächst 80 v. H. der Kosten des Hilfsmittels. Die restlichen 20 v. H. werden übernommen, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist.

§ 25 g

Flash Glukose Messsysteme

- (1) Versicherte der hkk haben Anspruch auf die vollständige Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash Glukose Messsystem. Den Versicherten entsteht eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V.
- (2) Die Anspruchsvoraussetzungen sind:
 - Die Versicherten führen eine intensivierete konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie durch.
 - Ein zugelassener Vertragsarzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat die Notwendigkeit auf einer Verordnung bestätigt. Vertragsärzte bzw. berechnigte Ärzte in diesem Sinne sind:
 - Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung "Diabetologie" oder "Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG)" bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung "Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie".
- Das mit dem behandelnden Vertragsarzt oder dem berechtigten Arzt festgelegte Therapieziel zur Stoffwechseleinstellung konnte bisher nicht erreicht werden.
- Die Versicherten sind in der sicheren Anwendung des Flash Glukose Messsystems geschult.
- Mit dem behandelnden Vertragsarzt oder berechtigten Arzt wurde vor Behandlungsbeginn ein Therapieziel festgelegt und der weitere Behandlungsverlauf wird dokumentiert.

Die Nutzung des Flash Glukose Messsystems ist ohne Zugriff Dritter, insbesondere des Herstellers, auf die personenbezogenen oder -bezieharen Daten der Versicherten möglich.

§ 26

Auskunftspflicht

Möchten Versicherte Auskunft über die von ihnen im letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und Kosten haben, ist ein schriftlicher Antrag zu stellen. Der Antrag kann auch in den Geschäftsräumen der hkk zur Niederschrift gegeben werden.

§ 27

Kostenerstattung im Inland

- (3) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Die Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, der stationären Behandlung und bzw. oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden. Grundsätzlich erfolgt sie ausschließlich für Leistungen, die von zugelassenen Vertragsärztinnen/ Vertragsärzten bzw. Vertragszahnärztinnen/Vertragszahnärzten oder zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden. Im Einzelfall kann nach vorheriger Zustimmung durch die hkk aus medizinischen und sozialen Gründen davon abgewichen werden, wenn eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
- (4) Die Kostenerstattung ist schriftlich zu beantragen. Sie wirkt ab dem gewählten Zeitpunkt, frühestens vom Eingang des Antrages bei der hkk an. Der in Absatz 1 genannte Personenkreis ist mindestens ein Kalendervierteljahres an die Wahl der Kostenerstattung gebunden. Der Widerruf der Wahl der Kostenerstattung ist frühestens nach Ablauf der in Satz 3 genannten Frist möglich und ist schriftlich zu erklären. Der Widerruf wirkt mit Ablauf des Kalendervierteljahres, in dem der Widerruf der hkk zugeht.
- (5) Erstattet werden höchstens die Kosten, die bei Inanspruchnahme einer Sach- oder Dienstleistung als Vertragsleistung entstanden wären, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Der Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H. je Fall, höchstens jedoch 50,00 Euro, sowie um vorgesehene Rabatte und Zuzahlungen gekürzt.
- (6) Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen bzw. Verordnungen vorzulegen, aus denen der Befund, der die medizinische Versorgung begründet, hervorgeht.

§ 27a

Kostenerstattung Wahlarzneimittel

- (1) Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die hkk einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. Versicherte können auch ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder ein Rabatt-Arzneimittel der hkk wählen.
- (2) Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die hkk bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Erstattung darf jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten betragen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Vom Erstattungsbetrag werden 25 v. H. als Abschlag für die der hkk entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

§ 28

Teilkostenerstattung

- (1) Auf Antrag der nach § 14 SGB V Berechtigten tritt an die Stelle der nach dem SGB vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung. Grundlage für die Erstattung sind die Kosten, die der hkk bei Gewährung von Sachleistungen entstanden wären. Erstattet wird davon der Prozentsatz, der durch die Beihilfe nicht gedeckt ist.
 - (2) Der Antrag auf Teilkostenerstattung ist schriftlich einzureichen. Die Entscheidung wirkt für die Dauer von zwei Jahren ab Eingang des Antrags bei der hkk und verlängert sich jeweils um zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des jeweiligen Zeitraums keine gegenteilige Erklärung vorliegt. Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.
 - (3) Wer bereits am 30.06.2006 gemäß § 14 SGB V berechtigt war und bis zum 30.06.2006 einen Antrag auf Teilkostenerstattung gestellt hat, für den tritt an die Stelle der nach dem SGB V vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung in Höhe der Differenz zwischen dem Beihilfebemessungssatz des Versicherten und 100 v. H. Erstattungsfähig sind die beihilfefähigen Aufwendungen des Versicherten. Sie wird für Aufwendungen gewährt, denen Leistungen zugrunde liegen, die im SGB dem Grunde nach vorgesehen sind. Für die Durchführung des Erstattungsverfahrens gelten die entsprechenden Regelungen der auf Versicherte anwendbaren Beihilfevorschriften.
- (1) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für die Hinterbliebenen der nach § 14 SGB V Berechtigten sowie für Versorgungsempfänger.

§ 29

Kostenerstattung im Ausland

- (1) Versicherte können im Wege der Kostenerstattung anstelle der Sach- oder der Dienstleistung auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz in Anspruch nehmen. Das gilt nicht, wenn Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten sind oder auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung unterliegen. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die

im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

- (2) Abweichend von Absatz 1 können in den bereits dort genannten Staaten Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die hkk in Anspruch genommen werden.
- (3) Leistungen, die in Deutschland vor ihrer Inanspruchnahme bei der hkk zu beantragen und zu bewilligen sind, müssen bei Leistungsanspruchnahme in Staaten nach Absatz 1 ebenfalls vorher bei der hkk beantragt und die Genehmigung abgewartet werden.
- (4) Erstattet werden höchstens die Kosten, die bei Inanspruchnahme einer Sach- oder Dienstleistung als Vertragsleistung in Deutschland entstanden wären, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Der Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 10 v. H. je Fall, mindestens jedoch 3,00 Euro und höchstens 60,00 Euro, sowie um vorgesehene Rabatte und Zuzahlungen gekürzt.
- (5) Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die hkk die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

§ 30

Leistungsausschluss

- (1) Personen, die sich in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung als Familienversicherte nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen, haben keinen Anspruch auf Leistungen (§ 52 a SGB V). Die ärztliche und zahnärztliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind vom Leistungsausschluss nicht betroffen. Die hkk kann vom Versicherten nach den allgemeinen Vorschriften des SGB X Ersatz für Leistungen fordern, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden.
- (2) Der Tatbestand der missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme im Sinne des Absatzes 1 ist dann gegeben, wenn der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland lediglich begründet wird, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

- (3) Hinsichtlich des Nachweises des Tatbestands, dass sich Personen allein mit der Zielsetzung nach Deutschland begeben, sind bereits bei der ersten Kontaktaufnahme der betroffenen Personen mit der hkk neben der Abwicklung der Modalitäten zur Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses gleichzeitig die Motive für die Begründung des Aufenthaltes in Deutschland abzuklären. In diesem Zusammenhang sollte insbesondere ein Hinweis über die Vorschrift zum Leistungsausschluss erfolgen sowie eine Bestätigung der betroffenen Personen darüber eingefordert werden, dass der Aufenthalt nicht dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für sich oder ihre familienversicherten Angehörigen missbräuchlich Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. In begründeten Fällen kann es zur Abklärung des Gesundheitszustandes zweckmäßig sein, den medizinischen Dienst der Krankenversicherung einzuschalten.

E Zusatzversicherungen, hausarztzentrierte Versorgung, Tarife, Modellvorhaben

§ 31

Wirkung der Teilnahme

Wenn und soweit nach diesem Abschnitt Anträge oder Kündigungen schriftlich einzureichen sind, ist bei nicht volljährigen Versicherten die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

§ 32

Zusatzversicherungen

Die hkk vermittelt ihren Versicherten im Rahmen des § 194 Abs. 1a SGB V den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung.

§ 33

Bonustarife, Wahltarife

Die hkk bietet ihren Versicherten Bonustarife nach § 65 a SGB V sowie Wahltarife nach § 53 SGB V zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung an.

§ 34

Wahltarife für besondere Versorgungsformen

Die hkk führt für ihre Versicherten besondere Versorgungsformen nach § 53 Abs. 3 SGB V zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung durch.

§ 34 a

Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- (1) Die hkk bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert 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 etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 34 b

Wahltarif Besondere Versorgung

- (1) Die hkk bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V an. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der Besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

(3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert 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 etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme

die im Rahmen des Vertrages vorgesehen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 35

Wahltarif „hkk-DMP-Bonus“ für Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen

- (1) Die hkk bietet ihren Versicherten gemäß § 53 Abs. 3 SGB V den hkk-DMP-Bonus-Tarif an. Voraussetzung zur Wahl des Tarifes ist die wirksame Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137 g in Verbindung mit § 137 f Abs. 3 SGB V.
- (2) Der Antrag auf Teilnahme oder die Kündigung des hkk-DMP-Bonus-Tarifes ist schriftlich zu stellen. Es gelten keine besonderen Antrags- oder Kündigungsfristen.

§ 36

(zur Zeit nicht besetzt)

§ 37

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Versicherte können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnahme ist freiwillig und erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters. Die Teilnahme beginnt ab dem Ersten des Monats, in dem die Erklärung bei der hkk eingeht und läuft jeweils bis zum Ende des Kalenderjahres (Teilnahmezeitraum).
- (2) Anspruch auf einen Bonus im Sinne des § 65a Abs. 1 SGB V haben Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention nach § 21 oder andere in der Anlage zu § 37 aufgeführte qualitätsgesicherte Maßnahmen der Primärprävention in Anspruch nehmen.
- (3) Näheres zum Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten regelt die Anlage zu § 37, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 38

Selbstbehalttarif

- (1) Mitglieder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können den hkk-Selbstbehalttarif vereinbaren und jeweils für ein Jahr einen Teil der von der hkk zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Im Gegenzug erhalten diese Mitglieder eine Prämie.
- (2) Der Selbstbehalt gilt für die Aufwendungen des Mitglieds. Die im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und §§ 24 bis 24b bleiben unberücksichtigt. Leistungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V bleiben unberücksichtigt.
- (3) Die Tarifstufen sind einkommensabhängig wählbar. Auszugehen ist von den Jahreseinnahmen, die der Berechnung der Beiträge zugrunde zu legen sind.

Tarifstufe	Einkommen p.a.	Einkommen p.a.	Prämie p.a.	Selbstbehalt p.a.
Prämie 40	über 4.000 EUR	bis 9.999 EUR	40 EUR	50 EUR
Prämie 100	ab 10.000 EUR	bis 19.999 EUR	100 EUR	120 EUR
Prämie 240	ab 20.000 EUR	bis 29.999 EUR	240 EUR	300 EUR
Prämie 380	ab 30.000 EUR	bis zur Versicherungspflichtgrenze (§ 6 Abs. 6 SGB V)	380 EUR	550 EUR
Prämie 500	über der Versicherungspflichtgrenze (§ 6 Abs. 6 SGB V)		500 EUR	800 EUR

Die Wahl einer niedrigeren Tarifstufe ist möglich, wenn die einkommensabhängige Zuordnung in eine Stufe oberhalb der Prämie 40 erfolgt.

- (4) Der Selbstbehalttarif wird für mindestens 3 Jahre vereinbart. Während dieser Bindung an den Tarif kann die Mitgliedschaft nicht gekündigt werden. Die Teilnahme am Selbstbehalttarif kann um jeweils ein weiteres Jahr verlängert werden. Bei Eintritt von besonderen Härtefällen, insbesondere wenn im Laufe der Bindungsfrist Dritte vollständig die Beiträge aufbringen, kann der Versicherte den Wahltarif kündigen (Sonderkündigungsrecht). Das Sonderkündigungsrecht besteht auch, wenn die Tarifbedingungen des Selbstbehalttarifes zu Lasten des teilnehmenden Mitglieds verändert werden. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate ab Bekanntgabe der neuen Tarifbedingungen.
- (5) Die Bedingungen für den Selbstbehalttarif mit Angaben über die Teilnahmevoraussetzungen, die Inhalte, das Abrechnungsverfahren sowie die Tarif- und Mitgliedschaftsbindung werden in den Tarifbedingungen in der Anlage zu dieser Satzung ausgewiesen.

§ 38 a

Wahltarif Krankengeld

- (1) Die hkk bietet den in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB V und den in § 46 Satz 2 SGB V genannten Mitgliedern einen Tarif mit Anspruch auf Krankengeld [nachfolgend „Wahlkrankengeld“ genannt] an.

Zum in Satz 1 genannten Personenkreis zählen:

1. Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige [nachfolgend „selbstständig Tätige“ genannt],
2. Mitglieder, die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versichert sind [nachfolgend „Künstler und Publizisten“ genannt],
3. versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben und eine unständige Beschäftigung nach § 27 Abs. 3 Nr. 1 SGB III ausüben [nachfolgend „unständig Beschäftigte“ genannt],
1. versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben und ein befristetes Beschäftigungsverhältnis von weniger als zehn Wochen ausüben [nachfolgend „befristet Beschäftigte“ genannt].

Es gelten die maßgeblichen Vorschriften des SGB, soweit nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

- (2) Den Tarif können Mitglieder wählen, die zum Zeitpunkt der Tarifwahl das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Dies gilt nicht für Mitglieder, die bereits ein Wahlkrankengeld in der bis zum 31.07.2009 geltenden Fassung gewählt haben und dieses bis zum 31.10.2009 wählen. Besteht zum Zeitpunkt der Tarifwahl Arbeitsunfähigkeit, kann die Wahl des Tarifs nicht ausgeübt werden. Bestehen zum Zeitpunkt der Tarifwahl Prämienschulden, behält sich die hkk vor, die Annahme der Tarifwahl an die Begleichung dieser offenen Forderung zu knüpfen.
- (3) Der Tarif beginnt nach Zugang der schriftlichen Wahlerklärung; frühestens am 01.08.2009.
- (4) Das Mitglied ist ab Tarifbeginn bzw. –änderung entsprechend der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren an die Wahl des Tarifs gebunden. Die Bindungsfrist verlängert sich um weitere drei Jahre, wenn das Mitglied den Tarif nicht mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist schriftlich kündigt.
- (5) Der Tarif endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf,

1. wenn die Mitgliedschaft bei der hkk endet,
 2. mit Kenntnis der hkk von einer in § 50 SGB V genannten Leistungen oder als den Renten vergleichbare Einnahmen,
 3. bei selbstständig Tätigen mit Ende der selbstständigen Tätigkeit,
 4. mit dem Tag an dem die Versicherungspflicht aufgrund der Feststellung der Künstlersozialkasse endet,
 5. bei unständig Beschäftigten, die ihre berufsmäßige Ausübung der unständigen Beschäftigung aufgeben; spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach dem Ende der letzten unständigen Beschäftigung,
 6. bei befristet Beschäftigten, die ihre berufsmäßige Ausübung als befristet Beschäftigte aufgeben,
 7. bei Eintritt einer Vorrangversicherung,
 8. mit Vollendung des 65. Lebensjahres, es sei denn, es wurde bereits ein Wahlkrankengeld in der bis zum 31.07.2009 geltenden Fassung bis zum 31.10.2009 gewählt.
- (6) Eine vorzeitige Kündigung des Tarifs durch das Mitglied ist innerhalb der Bindungsfrist bei
1. Nachweis des Vorliegens eines besonderen Härtefalls,
 2. Prämien erhöhungen durch die hkk, die nicht mit einer entsprechenden Leistungsausweitung einhergehen,
 3. Leistungseinschränkungen durch die hkk, die nicht mit einer entsprechenden Prämien senkung einhergehen,
 4. Satzungsänderungen hinsichtlich des Tarifs, die zum Nachteil des Tarifmitgliedes beschlossen werden

möglich.

Die hkk behält sich das Recht vor, den Tarif zum Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist zu kündigen, wenn sich das Mitglied mit mindestens zwei Monatsprämien im Zahlungsrückstand befindet.

(7) Der Tarif ruht

1. bei Inanspruchnahme der gesetzlichen Elternzeit,
2. während der gesetzlichen Dienstpflicht,
3. bei Verlagerung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland, es sei denn, dass sich der Anspruch auf Wahlkrankengeld unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts ergibt.

Die Bindungsfrist bleibt von dem Tarifrufen unberührt.

(8) Bei Tarifwahl bzw. –änderung gilt eine Wartezeit von drei Monaten ab Tarifbeginn. Eine Wartezeit bei der erstmaligen Tarifwahl gilt nicht für Mitglieder, die innerhalb von zwei Monaten vor Tarifbeginn mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder einen Tarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt hatten.

(9) Mitglieder können folgendes Wahlkrankengeld wählen:

1. selbstständig Tätige, unständig Beschäftigte sowie befristet Beschäftigte:
 - a) vom 29. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit an in Abhängigkeit ihres nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens sowie Arbeitsentgeltes bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung,
 - b) vom 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit an in Abhängigkeit ihres nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens sowie Arbeitsentgeltes von mindestens 5.142,80 Euro bis 8.571,60 Euro (tgl. Wahlkrankengeld von 120 Euro bis 200 Euro) oder
 - c) vom 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit an in Abhängigkeit ihres nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens sowie Arbeitsentgeltes von mindestens 5142,80 Euro bis 8.571,60 Euro (tgl. Wahlkrankengeld von 120 Euro bis 200 Euro).

Die Buchstaben a und b können nur in Verbindung mit der Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V gewählt werden.

Das Wahlkrankengeld beträgt bei selbstständig Tätigen 70% des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens. § 47 Abs. 4 Satz 2 SGB V gilt entsprechend. Bei unständig sowie befristet Beschäftigten beträgt das Wahlkrankengeld 70 % des Bruttoarbeitsentgeltes und darf 90 % des Nettoarbeitsentgeltes nicht übersteigen. Das Wahlkrankengeld wird um das Krankengeld entsprechend der Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V gekürzt.

2. Künstler und Publizisten vom 15. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit an in Abhängigkeit ihres nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung. Das Wahlkrankengeld beträgt 70% des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens. § 47 Abs. 4 Sätze 3 und 4 SGB V gelten entsprechend.

Der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit ist bei der hkk innerhalb von sieben Tagen nach ärztlicher Feststellung einzureichen.

- (10) Die jeweiligen Jahresarbeitseinkommen sowie Jahresarbeitsentgelte sind in geeigneter Form zu Tarifbeginn, bei Einkommensänderung und zur jährlichen Überprüfung nachzuweisen. Ergibt sich aus dem nachgewiesenen Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt eine Einkommensänderung erfolgt eine Umstufung. Die veränderte Einstufung gilt jeweils vom Beginn des Folgemonats an.
- (11) Der Anspruch auf Wahlkrankengeld ist nach § 48 SGB V begrenzt.

Darüber hinaus endet der Anspruch auf Wahlkrankengeld

- bei einem Anspruchsbeginn vom 29. bzw. 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit an spätestens nach 78 Wochen Bezugszeit,
- bei einem Anspruchsbeginn vom 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit an spätestens nach 52 Wochen Bezugszeit.

Die Bezugszeit verringert sich um die in den letzten 78 Wochen vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bereits bezogenen Zeiten des Krankengeldes, Wahlkrankengeldes oder der Ruhenszeit nach § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V. Eine weitere Bezugszeit beginnt bei erneuter Arbeitsunfähigkeit frühestens 78 Wochen nach Ablauf der vorherigen Höchstbezugszeit. Als Bezugszeit sind auch Zeiten vor dem 01.08.2009 zu berücksichtigen.

- (12) Die Zahlung des Wahlkrankengeldes ist ausgeschlossen:

1. soweit und solange ein Anspruch auf Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld besteht oder Mutterschaftsgeld bezogen wird,
2. solange die Arbeitsunfähigkeit der hkk nicht durch eine ärztliche Bescheinigung gemeldet ist; die Zahlung beginnt frühestens sieben Tage nach Eingang der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei der hkk,
3. bei Leistungsfällen, die während der Wartezeit bei Tarifbeginn eintreten,
4. wenn das Mitglied mit seiner Prämienzahlung anteilig für zwei Monate im Rückstand ist,
5. bei Ablauf der Höchstbezugsdauer,
6. bei Tarifrufen.

(13) Die Zahlung des Wahlkrankengeldes wird um bestehende Prämienforderungen der hkk gegenüber dem Mitglied gekürzt. Bei Zahlung von Übergangsgeld durch die Deutsche Rentenversicherung während einer medizinischen Maßnahme wird ein Krankengeldspitzbetrag gezahlt. Dieser ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Bemessungsentgelt des Rentenversicherungsträgers und dem Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V sowie § 53 Abs. 6 SGB V.

(14) Für die Dauer des Tarifes ist durch das Mitglied eine Prämie zu entrichten.

Die Höhe der kalendertäglichen Prämie wird in Hundertsteln des nach Absatz 9 versicherten Arbeitseinkommens sowie Arbeitsentgeltes wie folgt festgesetzt:

1. selbstständig Tätige, unständig Beschäftigte sowie befristet Beschäftigte:
 - a) vom 29. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit an 0,8 %
 - b) vom 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit an 2,7 %
 - c) vom 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit an 0,7 %

2. Künstler und Publizisten vom 15. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit an 1,2 %.

Im Falle des Bezugs von Wahlkrankengeld und bei Ruhen des Tarifes ist keine Prämie zu entrichten.

Die Prämien sind monatlich zu zahlen. Für die Berechnung ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Sie werden spätestens am 15. des Monats, der dem Monat folgt, für den die Prämie gilt, fällig. Fällt der 15. des Monats nicht auf einen Arbeitstag, sind die Prämien spätestens am darauf folgenden Arbeitstag fällig.

(15) Reichen die kalkulierten Prämien nicht mehr aus, um die Kosten des angebotenen Tarifs zu decken, so ist die hkk zur Anpassung der Prämie im erforderlichen Maße berechtigt.

(16) Mitglieder, die den Absatz 9 Nummer 1 Buchstabe b in der Fassung bis zum 31.12.2015 gewählt hatten, werden ab 01.01.2016 in den neuen Buchstaben b eingruppiert. Sie können den Tarif auch mit dem 31.12.2015 beenden oder einen anderen Tarif nach Absatz 9 Nummer 1 in der Fassung ab 01.01.2016 wählen. Die Bindungsfrist gilt weiter.

§ 38 b

Wahltarif Teilkostenerstattung

- (1) Der Tarif kann von Mitgliedern gewählt werden, die eine Teilkostenerstattung nach § 28 gewählt haben.
- (2) Der Tarif sieht eine Prämienzahlung vor, die den aufgrund der Beihilfeansprüche verminderten Leistungsansprüchen der Mitglieder Rechnung trägt.
- (3) Grundlage für die Prämie ist der Beitrag zur Krankenversicherung. Als Prämie wird 50 v.H. des Krankenversicherungsbeitrages gezahlt.
- (4) Die Prämie ist monatlich zu zahlen. Der Zeitpunkt der Auszahlung entspricht dem Tag der Fälligkeit der Beiträge für freiwillige Mitglieder.
- (5) Die Wahl dieses Tarifs ist mit Wirkung vom Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Monats, frühestens zum 01.01.2009 möglich. Im Kalenderjahr 2009 kann der Tarif rückwirkend zum 01.01.2009 gewählt werden, wenn die Erklärung bis zum 31.03.2009 bei der hkk eingeht.
- (6) Das Mitglied ist ab Tarifbeginn entsprechend der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren an die Wahl des Tarifs gebunden. Die Bindungsfrist verlängert sich um weitere drei Jahre, wenn das Mitglied den Tarif nicht mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist schriftlich kündigt.
- (7) Der Tarif endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, wenn die Mitgliedschaft bei der hkk endet oder die Voraussetzungen für die Teilkostenerstattung entfallen.
- (8) Eine vorzeitige Kündigung des Tarifs durch das Mitglied ist innerhalb der Bindungsfrist bei
 2. Nachweis des Vorliegens eines besonderen Härtefalls oder
 3. Satzungsänderungen hinsichtlich des Tarifs, die zum Nachteil des Tarifmitgliedes beschlossen werdenmöglich.

F Jahresrechnung, Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Veröffentlichung

§ 39

Jahresrechnung, Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung

- (1) Der Vorstand hat die Jahresrechnung aufzustellen und dem Verwaltungsrat vorzulegen.
- (2) Der Verwaltungsrat lässt die Jahresrechnung sowie die Betriebs- und Rechnungsführung durch eine sachverständige Prüfperson prüfen. Über das Ergebnis der Prüfung wird ein Prüfbericht erstellt.
- (3) Der Verwaltungsrat beschließt über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung.
- (4) Das Jahresrechnungsergebnis der hkk wird gemäß § 305b SGB V wie folgt veröffentlicht:
 - im elektronischen Bundesanzeiger,
 - unter www.hkk.de,
 - im Geschäftsbericht und zur
 - Einsicht in den Geschäftsstellen.

§ 40

Rücklage

Die hkk bildet zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage in Höhe von 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die gesetzlich oder durch Satzung vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten.

G Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen

§ 41

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zur Satzung.

H Schlussbestimmungen

§ 42

Änderung der Satzung

- (1) Änderungen der Satzung werden vom Verwaltungsrat beschlossen. Sie bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Soweit kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist, treten sie am Tage nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- (2) Änderungen der Satzung gelten auch für bestehende Versicherungsverhältnisse. Soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, gilt das auch für laufende Versicherungsfälle, soweit damit keine Leistungsminderung verbunden ist.

§ 43

Art der Bekanntmachung

- (1) Die Satzung und sonstiges autonome Recht der hkk wird durch Veröffentlichung im Internet unter www.hkk.de, nachrichtlich durch 2-wöchigen Aushang in der Hauptgeschäftsstelle, bekannt gemacht. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.
- (2) Die öffentliche Zustellung nach § 10 Abs. 1 Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Aushang in der Hauptgeschäftsstelle.

§ 44

Inkrafttreten

- (1) Diese Satzung tritt am 01.01.2008 in Kraft.