

hkk

Satzung

vom 1. Januar 2008

in der Fassung des

84. Nachtrages

Stand: 23.05.2025

Inhalt

A Verfassung	1
§ 1 Name und Rechtsstellung	1
§ 2 Sitz und Geschäftsgebiet	1
§ 3 Organe	1
§ 4 Verwaltungsrat	1
§ 5 Vorstand	3
§ 6 Vertretung	4
§ 7 Widerspruchsausschüsse	4
§ 8 Teilnahme am Modellprojekt Sozialwahl	5
§ 9 Entschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit	5
B Mitgliedschaft	6
§ 10 Kreis der versicherten Personen	6
§ 11 Erwerb der Mitgliedschaft	6
§ 12 Ende der Mitgliedschaft	6
C Beiträge	7
§ 13 Aufbringung der Mittel	7
§ 14 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	7
§ 15 Bemessung der Beiträge und Fälligkeit	7
§ 16 Erstattung von Beiträgen nach § 231 SGB V	7
§§ 17 bis 19 (zur Zeit nicht besetzt)	7
D Leistungen	8
§ 20 Anspruchsgrundlagen	8
§ 21 Prävention und Schutzimpfungen	8
§ 22 Kurzuschüsse	9
§ 23 Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V	9
§ 24 Haushaltshilfe	9
§ 25 Zusätzliche Leistungen	11
§ 25 a Schwangerschafts-/Mutterschaftsleistungen sowie medizinische Vorsorgeleistungen	11
§ 25 b Sonstige Leistungen	12
§ 25 c Sportmedizinische Untersuchung und Beratung	14
§ 25 d (zurzeit nicht besetzt)	14
§ 25 e Künstliche Befruchtung	14
§ 25 f Zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel	15
§ 25 g Digitale Versorgungsprodukte	15
§ 25 h Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	16
§ 26 Auskunftspflicht	16
§ 27 Kostenerstattung im Inland	16
§ 27a Kostenerstattung Wahlarzneimittel	17
§ 28 Teilkostenerstattung	17
§ 29 Kostenerstattung im Ausland	18
§ 30 Leistungsausschluss	19
E Zusatzversicherungen, hausarztzentrierte Versorgung, Tarife, Modellvorhaben	20
§ 31 Wirkung der Teilnahme	20
§ 32 Zusatzversicherungen	20

§ 33	Bonustarife, Wahltarife	20
§ 34	Wahltarife für besondere Versorgungsformen	20
§ 34 a	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	20
§ 34 b	Wahltarif Besondere Versorgung	21
§ 35	Wahltarif „hkk-DMP-Bonus“ für Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen	21
§ 36	Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	22
§ 37	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	22
§ 38	Selbstbehalttarif	23
§ 38 a	Wahltarif Krankengeld	24
§ 38 b	Wahltarif Teilkostenerstattung	28
F Jahresrechnung, Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Veröffentlichung.....		30
§ 39	Jahresrechnung, Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung	30
§ 40	Rücklage	30
G Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen.....		30
§ 41	Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen	30
H Schlussbestimmungen		31
§ 42	Änderung der Satzung	31
§ 43	Art der Bekanntmachung	31
§ 44	Inkrafttreten	31

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 18 Mitgliedern. 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 Ver-

waltung 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) Mitglieder des Selbstverwaltungsorganes können mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen durch Zuschaltung mittels zeitlicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen (hybride Sitzung). Mitglieder, die per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind bei konstituierenden Sitzungen nicht zulässig. Bei öffentlichen, hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen (Saalöffentlichkeit).

(7) In außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemischen Lagen, andere gravierende Gefahr- und Bedrohungslagen sowie gravierende und flächendeckende Einschränkungen der allgemeinen Mobilität) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Selbstverwaltungsorganes ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung (digitale Sitzung) stattfinden. Die/der Vorsitzende stellt im Einvernehmen mit der/dem alternierenden Vorsitzenden den Ausnahmefall oder die

Eilbedürftigkeit nach Satz 1 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen an die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der hkk liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Situation, ein Drittel der Mitglieder des Selbstverwaltungsorganes und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Selbstverwaltungsorganes der Feststellung widerspricht. Bei öffentlichen digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.

- (8) Das Selbstverwaltungsorgan kann in eiligen Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, ein Fünftel der Mitglieder des Selbstverwaltungsorganes widerspricht der schriftlichen Abstimmung.
- (9) Beschlüsse des Verwaltungsrates werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Die Stimmabgabe erfolgt durch Handzeichen. Stimmenthaltungen gelten als nicht abgegebene Stimmen. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

§ 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 Entwicklungzu 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. Die Widerspruchsausschüsse sind auch Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV in Verbindung mit § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG und Widerspruchsstelle nach § 9 Abs. 4 IFG und nehmen die Befugnisse der Verwaltungsbehörde nach § 69 OWiG wahr. Ausgenommen hiervon sind Widerspruchsbescheide aufgrund von Widersprüchen nach § 275c Abs. 3 und 5 SGB V. Über die erforderliche Anzahl der Widerspruchsausschüsse beschließt der Verwaltungsrat. Der Sitz der Widerspruchsausschüsse befindet sich in Bremen.
- (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. Es können auch andere Personen gewählt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen. 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) Mitglieder des Widerspruchsausschusses können mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen durch Zuschaltung mittels zeitlicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen (hybride Sitzung). Mitglieder, die per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind bei konstituierenden Sitzungen nicht zulässig.
- (4) In außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemischen Lagen, andere gravierende Gefahr- und Bedrohungslagen sowie gravierende und flächendeckende Einschränkungen der allgemeinen Mobilität) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Widerspruchsausschusses ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung (digitale Sitzung) stattfinden. Die/der Vorsitzende stellt im Einvernehmen mit der/dem alternierenden Vorsitzenden den Ausnahmefall oder die Eilbedürftigkeit nach Satz 1 fest. Es ist sicherzustellen, dass die tech-

nischen Anforderungen an die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der hkk liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht.

- (5) Beschlüsse des Widerspruchsausschusses werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Das Mitglied aus der Gruppe der Arbeitgeber hat die gleiche Anzahl von Stimmen wie die anwesenden Mitglieder aus der Gruppe der Versicherten. Die Stimmabgabe erfolgt durch Handzeichen. Stimmenthaltungen gelten als nicht abgegebene Stimmen. Bei Stimmengleichheit gilt der Widerspruch als abgelehnt.

§ 8 Teilnahme am Modellprojekt Sozialwahl

Die hkk nimmt am Modellprojekt nach § 194a SGB V zur Durchführung einer Online-Wahl teil. Wahlberechtigte können bei den Sozialversicherungswahlen im Jahr 2023 alternativ zu der brieflichen Stimmabgabe auch eine Stimmabgabe per Online-Wahl vornehmen.

§ 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 Satz 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. ohne Einhaltung einer Frist durch Kündigung zu dem Zeitpunkt, ab dem für das Mitglied ein Anspruch auf Familienversicherung besteht,
 2. sobald das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt, es sei denn, dass über- oder zwischenstaatliches Recht etwas anderes vorsieht.

C Beiträge

§ 13 Aufbringung der Mittel

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

§ 14 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die hkk erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 2,19 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 Erstattung von Beiträgen nach § 231 SGB V

- (1) Die hkk erstattet ihren Versicherten auf Antrag zu viel gezahlte Beiträge nach § 231 Abs. 1 Satz 1 oder Absatz 2 Satz 1 SGB V. Die Versicherten werden innerhalb eines Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr der Überzahlung folgt, über die Möglichkeit einer Erstattung informiert, sofern es zu einer Überzahlung von Beiträgen gekommen ist.
- (2) Für den Antrag auf Erstattung zu viel gezahlter Beiträge erhalten die Versicherten ein Antragsformular sowie ein Formular zur Vorlage bei der Arbeitgeberin/Arbeitgeber, um die Höhe des kranken- und pflegeversicherungspflichtigen Bruttoarbeitsentgelts getrennt nach laufendem und einmalig gezahltem Arbeitsentgelt bestätigen zu lassen.
- (3) Bei Bezug von Arbeitslosengeld sind zur Berechnung des Erstattungsbetrages alle Bescheide über die Höhe des Arbeitslosengeldes des entsprechenden Kalenderjahres einzureichen.
- (4) Eine Berechnung zu viel gezahlter Beiträge erfolgt frühestens nach Ablauf des Kalenderjahres, für welches der Erstattungsantrag gestellt wird.

§§ 17 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 rezeptpflichtige Arzneimittel im Rahmen der Malariaprophylaxe sowie für Schutzimpfungen aus Anlass eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes, wenn die Impfung von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen wird. Einzelimporte nach § 73 AMG werden nicht erstattet, sofern diese in Deutschland nicht zugelassen sind.

Darüber hinaus übernimmt die hkk die Kosten für folgende Schutzimpfungen, sofern es sich nicht um einen Einzelimport nach § 73 AMG handelt, der in Deutschland nicht zugelassen ist:

- Humane Papillomviren ab 18 Jahre bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres.
- Meningokokken Typ B bei versicherten Kindern ab dem Alter von 5 Jahren bis zur Vollendung des 6. 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 100 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, Fahrkosten) 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 Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V

- (1) Zusätzlich zur Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V) erhalten Versicherte auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V, soweit diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung notwendig sind und eine im Haushalt lebende Person in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und/oder versorgen kann.
- (2) Der Anspruch nach Absatz 1 besteht bis zu vier Wochen für maximal zwei Stunden täglich je Krankheitsfall.
- (3) Der Anspruch nach Absatz 1 entfällt ab dem Zeitpunkt, ab dem Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI mit mindestens Pflegegrad 2 eintritt.

§ 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:
 - Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien,
 - bei schwangeren Frauen mit einem erhöhtem Ansteckungsrisiko (z.B. bei Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen),
 - Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen,
 - Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen,
 - Streptokokken-Test bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung,
 - Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.
- d) nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit dem Wirkstoff Folsäure. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel durch einen Arzt verordnet wurde und die Einnahme aufgrund einer bestehenden Schwangerschaft medizinisch notwendig ist. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit diesem Wirkstoff ist nicht möglich.

§ 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 4 Sitzungen kalenderjährlich in Höhe von 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 100 v. H., insgesamt maximal 100 Euro kalenderjährlich, wenn diese Arzneimittel von einem Arzt verordnet wurden.

Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der Versorgung ausgeschlossen wurden, werden nicht erstattet. Ebenfalls ausgeschlossen sind Einzelimporte nach § 73 AMG, sofern diese in Deutschland weder zugelassen noch registriert sind.

(3) Gesundheitsuntersuchung (Check up)

Über die gesetzliche Leistung hinaus erstattet die hkk die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung nach Vollendung des 18. Lebensjahres und vor Vollendung des 35. Lebensjahres in Höhe von maximal 100 Euro je Versicherten innerhalb von 3 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 (bei Übergewicht, Hypertonie und Hypercholesterinämie), 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 maximal 100 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.

(5) Zahnärztliche Behandlung

Über die im SGB V geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die hkk die Kosten für folgende zahnärztliche Leistungen in Höhe von 80 v. H., insgesamt maximal 100 Euro kalenderjährlich:

- Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen bei Versicherten bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, sofern es keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist.
- Lachgassedierung bei zahnärztlichen Behandlungen, die durch einen zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erbracht werden, sofern gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung eine Indikation zu einer Behandlung unter Vollnarkose vorliegt:
 - Kinder unter 12 Jahren, die nicht mit dem Zahnarzt zusammenarbeiten und deshalb unter örtlicher Betäubung nicht behandelt werden können.
 - Patienten, die wegen mangelnder Kooperation bei geistiger Behinderung oder schweren Bewegungsstörungen eine Vollnarkose benötigen würden.
 - Patienten, die schwere, ärztlich anerkannte Angstreaktionen zeigen und deshalb nicht unter örtlicher Betäubung behandelt werden können.
 - Patienten, bei denen Beruhigungsmittel oder örtliche Betäubungsmittel wegen einer organischen Erkrankung oder Allergie nicht eingesetzt werden dürfen.
 - Patienten, denen ein größerer chirurgischer Eingriff bevorsteht, der nicht unter örtlicher Betäubung durchgeführt werden kann.

Zur Erstattung ist die Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung erforderlich. Die Regelversorgung wird nicht ausgeschlossen.

Zusätzliche Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer eine Weiterbildung zur sicheren Anwendung von Lachgassedierungen entsprechend den Ausbildungsstandards der Deutschen Gesellschaft für dentale Sedierung (DGfDS) abgeschlossen hat.

(6) Früherkennung von Darmkrebs

Über die gesetzliche Leistung hinaus erstattet die hkk einmalig die Kosten für eine Darmspiegelung nach Vollendung des 45. Lebensjahres und vor Vollendung des 50. Lebensjahres bei Männern bzw. des 55. Lebensjahres bei Frauen in Höhe von jeweils 80 von Hundert, maximal 100 Euro je Versicherten beim Vorliegen von Risikofaktoren (familiär oder erblich erhöhtes Erkrankungsrisiko).

(7) Früherkennung von Brustkrebs

Die hkk erstattet auf Basis von § 23 SGB V die Kosten für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung

als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) in Höhe von maximal 60,00 Euro kalenderjährlich, jedoch nicht mehr als die entstandenen Kosten, unter folgenden Voraussetzungen:

- anhand einer ärztlichen Bestätigung werden familiäre oder medizinische Risikofaktoren für Brustkrebs nachgewiesen und
- die Untersuchung wird von einer/einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende/n Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnigte Ärztin/berechnigten Arzt veranlasst.

§ 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 berechnigten 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 Rechnungen 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 (zurzeit nicht besetzt)

§ 25 e Künstliche Befruchtung

Versicherte Ehegatten, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, erhalten 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 erfolgversprechend 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 Digitale Versorgungsprodukte

- (1) Versicherte haben Anspruch auf digitale Versorgungsprodukte. Für Leistungen nach Satz 1 erstattet die hkk die tatsächlichen Kosten abzüglich eines Eigenanteils entsprechend den Vorschriften des § 32 Abs. 2 SGB V, insgesamt maximal 250,00 Euro je Versicherten im Kalenderjahr. Eine Übertragung von nicht in Anspruch genommenen Beträgen auf das folgende Kalenderjahr ist nicht möglich.
- (2) Die Anspruchsvoraussetzungen sind:
 - a) das digitale Versorgungsprodukt ist im Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Versorgungsprodukte der hkk aufgenommen, welches als Anlage Bestandteil dieser Satzung ist.
 - b) ein zugelassener Arzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat das digitale Versorgungsprodukt, welches im Verzeichnis der hkk gelistet ist, entsprechend verordnet,
 - c) es wurde vor der Inanspruchnahme der Leistung ein Antrag auf Kostenübernahme unter Vorlage der ärztlichen Verordnung gegenüber der hkk gestellt und von der hkk genehmigt,
 - d) es wird eine spezifizierte Rechnung vorgelegt.
- (3) Besondere Anspruchsvoraussetzungen für die digitale Sprachtherapie:
 - a) die Durchführung der digitalen Sprachtherapie erfolgt durch ein nach § 124 SGB V zugelassenes oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigtes Leistungserbringer,
 - b) die Einrichtung, Anleitung und Begleitung bei der Nutzung der digitalen Sprachtherapie erfolgt im Rahmen der jeweils individuellen Therapieziele durch den Logopäden.

- (4) In das Verzeichnis nach Absatz 2 Buchstabe a) werden ausschließlich digitale Versorgungsprodukte aufgenommen, die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:
- a) Es handelt sich um zulässige Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG).
 - b) Die datenschutzrechtlichen Anforderungen des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes sowie der EU-Datenschutzgrundverordnung werden erfüllt.
 - c) Es ist nicht bereits Bestandteil der Regelleistung.
- (5) Das Verzeichnis enthält Angaben darüber, für welche Erkrankungen eine Kostenübernahme erfolgt. Dabei werden die Erkrankungen mit speziellen international anerkannten ICD-Codes näher definiert.

§ 25 h Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

- (1) Die hkk fördert die Kompetenz der Versicherten für den selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatz digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren. Die Förderung erfolgt nach den Vorgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20k des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die Leistungen nach dieser Vorschrift werden als Sachleistung gewährt. Die hkk kann Maßnahmen nach Absatz 1 durch Dritte durchführen lassen. Bei der Durchführung durch Dritte schließt die hkk einen Kooperationsvertrag mit dem Anbieter der Maßnahme. Soweit die hkk Leistungen zur Verbesserung der digitalen Gesundheitskompetenz selbst erbringt oder durch Dritte in ihrem Auftrag erbringen lässt, wird für diese keine Kostenbeteiligung der Versicherten erhoben. Kann die Erbringung als Sachleistung nicht erfolgen, erstattet die hkk die Kosten für die durchgeführte Leistung in Höhe von 80 v. H., kalenderjährlich maximal 40 Euro. Nicht erstattet werden Leistungen, die nicht Absatz 1 Satz 2 entsprechen oder die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z. B. allgemeine Kenntnisse im Umgang mit Hard- und Software).

§ 26 Auskunftspflicht

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

§ 27 Kostenerstattung im Inland

- (1) 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.

- (2) Die Kostenerstattung ist in Textform 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 in Textform zu erklären. Der Widerruf wirkt mit Ablauf des Kalendervierteljahres, in dem der Widerruf der hkk zugeht.
- (3) 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.
- (4) 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 vier preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die hkk einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. Versicherte können auch ein anderes als eines der vier 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 in Textform 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.
- (4) 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 in Höhe von 5 v. H. je Fall, höchstens jedoch 50,00 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 oder in elektronischer Form 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 oder in elektronischer 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 oder in elektronischer 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 vorgesehene 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 oder in elektronischer Form zu stellen. Es gelten keine besonderen Antrags- oder Kündigungsfristen.

§ 36 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Arbeitgeber erhalten einen Bonus, wenn sie ein mit der hkk vereinbartes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Das Programm muss sich an den vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20 b Abs. 1 SGB V orientieren. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz gesetzlich verpflichtet ist, kann kein Bonus gewährt werden. Dies gilt ebenso für Maßnahmen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention, die nicht zertifiziert sind (§§ 20 b Abs. 1 Satz 2, 20 Abs. 5 Satz 1 SGB V).
- (2) Die hkk 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 hkk nach § 20 b Abs. 1 SGB V erbracht. Ein Rechtsanspruch des Arbeitgebers auf Abschluss eines entsprechenden Vertrages besteht nicht. Die Höhe des Bonus darf Aufwendungen des Arbeitgebers für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht überschreiten. Die Auszahlung erfolgt auf Antrag des Arbeitgebers.
- (3) hkk-versicherte Beschäftigte haben Anspruch auf einen Bonus (hkk-Arbeitnehmerbonus) für die nachgewiesene Teilnahme an zertifizierten Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention gemäß § 20 b SGB V i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V, die der Arbeitgeber aufgrund des mit der hkk geschlossenen Vertrages nach Absatz 2 anbietet.

Die Höhe des an die hkk-versicherten Beschäftigten zu zahlenden Bonus richtet sich nach der Anzahl der erfolgreich absolvierten Maßnahmen unterschiedlichen Inhalts.

Während der jeweiligen Vertragslaufzeit erhalten hkk-versicherte Beschäftigte den hkk-Arbeitnehmerbonus für maximal drei erfolgreich absolvierte Maßnahmen. hkk-versicherte Beschäftigte werden schriftlich über die Vertragslaufzeit, in der die Maßnahmen absolviert werden können, informiert. Maßnahmen nach § 36 können nicht nach § 37 bonifiziert werden. Näheres zur Bonusgewährung ist in der Anlage zu § 36 zur Satzung geregelt.

§ 37 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Versicherte der hkk können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Der Bonus wird den Teilnehmern gewährt, wenn sie Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V in Anspruch nehmen, oder wenn sie regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen. Näheres zu den Bonusprogrammen für gesundheitsbewusstes Verhalten regelt die Anlage zu § 37 (Teilnahmebedingungen), die Bestandteil dieser Satzung ist.

- (2) Der Anspruch auf einen Bonus entsteht durch die Vorlage der Nachweise über die absolvierten Bonusmaßnahmen und richtet sich nach den zum Antragszeitpunkt geltenden Bedingungen. Die absolvierten Bonusmaßnahmen sind durch einen Arzt, Zahnarzt oder einen anderen zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer in Textform zu bestätigen. Es gilt § 65a Abs. 1 Satz 2 und Abs. 1a Satz 2 SGB V.

§ 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.	Prä mie 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 Versiche- rungspflicht- grenze (§ 6 Abs. 6 SGB V)	380 EUR	550 EUR
Prämie 500	über der Versi- cherungs- pflichtgrenze (§ 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],
4. 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, die am Tag der Teilnahmeerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente (Regelaltersgrenze) erreicht haben, nur wählen, wenn sie
1. in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder
 2. mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 3. unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens zwölf Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren.

Besteht zum Zeitpunkt der Tarifwahl Arbeitsunfähigkeit, kann die Wahl des Tarifs nicht ausgeübt werden. Bestehen zum Zeitpunkt der Tarifwahl Prämien-schulden, behält sich die hkk vor, die Annahme der Tarifwahl an die Beglei-chung dieser offenen Forderung zu knüpfen.

- (3) Der Tarif beginnt nach Zugang der Wahlerklärung, die schriftlich oder in elekt-ronischer Form abzugeben ist.
- (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 Ta-rif nicht mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf der dreijährigen Bin-dungsfrist 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 unstän-digen 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.
- (6) Eine vorzeitige Kündigung des Tarifs durch das Mitglied ist innerhalb der Bin-dungsfrist 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 entsprechen-den Prämien senkung einhergehen,
 4. Satzungsänderungen hinsichtlich des Tarifs, die zum Nachteil des Tarifmit-gliedes beschlossen werdenmöglich.

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 oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung bis 8.571,60 Euro (tgl. Wahlkrankengeld bis zu 200 Euro) oder
 - c) vom 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit an in Abhängigkeit ihres nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens sowie Arbeitsentgeltes oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung bis 8.571,60 Euro (tgl. Wahlkrankengeld bis zu 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 Folge Monats 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.

- (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.
- (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
 - 1. Nachweis des Vorliegens eines besonderen Härtefalls oder
 - 2. 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 20 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 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

Diese Satzung tritt am 01.01.2008 in Kraft.

Die Satzung der Handelskrankenkasse wurde unter www.hkk.de am 01.01.2008 veröffentlicht. Die Änderungen der weiteren Nachträge wurden wie folgt veröffentlicht:

1. Nachtrag auf hkk.de am 14.04.2008
2. Nachtrag auf hkk.de am 05.08.2008
3. Nachtrag auf hkk.de am 05.08.2008
4. Nachtrag auf hkk.de am 06.01.2009
5. Nachtrag auf hkk.de am 23.01.2009
6. Nachtrag auf hkk.de am 13.01.2009
7. Nachtrag auf hkk.de am 23.01.2009
8. Nachtrag auf hkk.de am 13.11.2009
9. Nachtrag auf hkk.de am 22.02.2010
10. Nachtrag auf hkk.de am 15.12.2009
11. Nachtrag auf hkk.de am 15.12.2009
12. Nachtrag auf hkk.de am 06.05.2010
13. Nachtrag auf hkk.de am 20.10.2010
14. Nachtrag auf hkk.de am 04.01.2011
15. Nachtrag auf hkk.de am 15.03.2011
16. Nachtrag auf hkk.de am 15.03.2011
17. Nachtrag auf hkk.de am 24.10.2011
18. Nachtrag auf hkk.de am 21.10.2011
19. Nachtrag auf hkk.de am 20.12.2011

20. Nachtrag auf hkk.de am 02.01.2012
21. Nachtrag auf hkk.de am 13.03.2012
22. Nachtrag auf hkk.de am 05.07.2012
23. Nachtrag auf hkk.de am 05.07.2012
24. Nachtrag auf hkk.de am 12.11.2012
25. Nachtrag auf hkk.de am 08.01.2013
26. Nachtrag auf hkk.de am 08.01.2013
27. Nachtrag auf hkk.de am 26.04.2013
28. Nachtrag auf hkk.de am 30.04.2013
29. Nachtrag auf hkk.de am 10.07.2013
30. Nachtrag auf hkk.de am 17.10.2013
31. Nachtrag auf hkk.de am 23.12.2013
32. Nachtrag auf hkk.de am 02.01.2014
33. Nachtrag auf hkk.de am 30.05.2014
34. Nachtrag auf hkk.de am 11.07.2014
35. Nachtrag auf hkk.de am 15.12.2014
36. Nachtrag auf hkk.de am 15.12.2014
37. Nachtrag auf hkk.de am 19.12.2014
38. Nachtrag auf hkk.de am 19.12.2014
39. Nachtrag auf hkk.de am 19.12.2014
40. Nachtrag auf hkk.de am 07.05.2015
41. Nachtrag auf hkk.de am 23.12.2015
42. Nachtrag auf hkk.de am 23.12.2015
43. Nachtrag auf hkk.de am 23.12.2015
44. Nachtrag auf hkk.de am 23.12.2015
45. Nachtrag auf hkk.de am 12.01.2016
46. Nachtrag auf hkk.de am 15.03.2016
47. Nachtrag auf hkk.de am 18.07.2016
48. Nachtrag auf hkk.de am 30.12.2026
49. Nachtrag auf hkk.de am 30.12.2016
50. Nachtrag auf hkk.de am 06.11.2017
51. Nachtrag auf hkk.de am 02.01.2018
52. Nachtrag auf hkk.de am 02.01.2018
53. Nachtrag auf hkk.de am 28.12.2018
54. Nachtrag auf hkk.de am 28.12.2018
55. Nachtrag auf hkk.de am 28.12.2018
56. Nachtrag auf hkk.de am 23.10.2019
57. Nachtrag auf hkk.de am 30.12.2019
58. Nachtrag auf hkk.de am 20.01.2020
59. Nachtrag auf hkk.de am 08.07.2020
60. Nachtrag auf hkk.de am 08.07.2020
61. Nachtrag auf hkk.de am 22.07.2020
62. Nachtrag auf hkk.de am 28.12.2020
63. Nachtrag auf hkk.de am 28.12.2020
64. Nachtrag auf hkk.de am 04.08.2021
65. Nachtrag auf hkk.de am 02.11.2021
66. Nachtrag auf hkk.de am 23.12.2021
67. Nachtrag auf hkk.de am 23.12.2021
68. Nachtrag auf hkk.de am 11.01.2022
69. Nachtrag auf hkk.de am 11.01.2022
70. Nachtrag auf hkk.de am 29.06.2022
71. Nachtrag auf hkk.de am 08.11.2022
72. Nachtrag auf hkk.de am 27.12.2022

- 73. Nachtrag auf hkk.de am 27.12.2022
- 74. Nachtrag auf hkk.de am 27.12.2022
- 75. Nachtrag auf hkk.de am 21.12.2023
- 76. Nachtrag auf hkk.de am 27.12.2023
- 77. Nachtrag auf hkk.de am 18.01.2024
- 78. Nachtrag auf hkk.de am 22.05.2024
- 79. Nachtrag auf hkk.de am 11.09.2024
- 80. Nachtrag auf hkk.de am 04.07.2024
- 81. Nachtrag auf hkk.de am 21.10.2024
- 82. Nachtrag auf hkk.de am 20.12.2024
- 83. Nachtrag auf hkk.de am 02.01.2025
- 84. Nachtrag auf hkk.de am 22.05.2025