

Satzung der IKK classic

vom 01.08.2011

Stand: 08.06.2021



Eingefügte Nachträge:

1. 05.10.2011
§ 29, § 30, § 34, § 37, § 40, Anhang 3, Anhang 4
2. 28.03.2012
§ 6, § 30, § 39
3. 04.07.2012
§ 7
4. 27.09.2012
§ 7, § 19, § 20
5. 13.12.2012
§ 23, 34, 34a-f, 41, Anhang 2, Anhang 3
6. 21.03.2013
§ 15, § 23, § 30, § 34d, § 40
7. 11.07.2013
Anhang 2
8. 23.10.2013
§ 19, §20, §22, §23, §34, §34b, 34c, §34d ,34g, §34h, §34i, Anhang 3, Anhang 5
9. 19.12.2013
§ 32, § 34d, § 39, Anhang 5
10. 17.07.2014
§ 10, § 23, § 34a
11. 22.10.2014
§ 38, § 39
12. 11.12.2014
§ 13a
13. 11.12.2014
§ 16, § 20

14. 11.12.2014
Anhang 5
15. 18.03.2015
§ 13a, §15, § 40
16. 17.07.2015
§ 14, § 23, § 27, § 34h
17. 22.10.2015
§ 23, § 25, § 26, § 34, § 34a, § 34 b, § 34 f, § 34 g, § 34 i, § 34 j, § 37, § 38, § 39,
Anhang 3
18. 08.12.2015
§ 3
19. 08.12.2015
§ 20
20. 08.12.2015
§ 13a
21. 17.03.2016
§ 34g, Anhang 2
22. 14.07.2016
§ 22, § 26, § 28
23. 15.12.2016
§ 6, § 9, § 23, § 34, § 34a, § 34j, § 37, § 38, § 39
24. 15.12.2016
§ 20
25. 15.12.2016
§ 9
26. 22.03.2017
§ 34a
27. 06.07.2017
§ 34c, § 34d, § 34e, § 34f, § 34g, § 34h, § 34i, § 34j, 34k

28. 07.12.2017
Anhang 5
29. 07.12.2017
§ 20
30. 01.03.2018
§ 34 l
31. 01.05.2018
§ 13a
32. 01.05.2018
§ 34 m, § 34 n
33. 01.08.2018
§ 34, § 34b, § 34o, Anhang 5
34. 01.01.2019
§ 20
35. 04.01.2019
§34j
36. 01.01.2019
Anhang 2
37. 01.05.2019
§13a
38. 04.05.2019
Anhang 2
39. 11.05.2019
§ 31
01.08.2019
§ 22, § 34a, § 34b, § 34d, § 34j, § 34p, § 34q, § 37, § 38, Anhang 5
40. 22.12.2020
§ 3
01.01.2021
§ 23, § 34, § 34f, § 34g, § 34k, §37

- 41. 12.01.2021
§ 10
- 42. 01.01.2021
§ 13a, § 16
- 43. 01.01.2021
§20
- 44. 08.06.2021
§ 25, § 34, § 34a

Inhalt

Artikel 1	9
Abschnitt I - Verfassung	9
§ 1	Name, Sitz, Rechtsstellung, Geschäftsbezirk und Gliederung..... 9
§ 2	Organe der IKK 10
§ 3	Verwaltungsrat..... 10
§ 4	Landesbeirat 12
§ 5	Ausschüsse 12
§ 6	Besondere Ausschüsse/Widerspruchsausschüsse § 36a SGB IV 12
§ 7	Handwerksrepräsentanten 13
§ 9	Vorstand 14
§ 10	Bekanntmachung 14
Abschnitt II - Mitgliedschaft	16
§ 11	Versicherter Personenkreis 16
§ 12	Beginn und Ende der Mitgliedschaft..... 16
Abschnitt III - Beiträge	17
§ 13	Beitragsbemessung 17
§ 13a	Zusatzbeitragssatz 17
§ 14	- ohne Inhalt - 17
§ 15	Fälligkeit, Zahlung und Erstattung der Beiträge 17
Abschnitt IV - Rücklage	19
§ 16	Rücklage..... 19
Abschnitt V - Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen	20
§ 17	Anwendbare Vorschriften 20
§ 18	Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber 20
§ 19	Höhe der Erstattungen..... 20
§ 20	Aufbringung der Mittel, Umlage 21
§ 21	Betriebsmittel..... 21

Abschnitt VI - Leistungen	22
§ 22	Schutzimpfungen und Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe..... 22
§ 23	Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung..... 22
§ 24	Zuschüsse zu Vorsorgeleistungen
§ 25	Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz
§ 26	Haushaltshilfe
§ 27	Krankengeld – ergänzende Regelungen
§ 28	Feststellung und Zahlung der Geldleistungen
§ 29	Kostenerstattung..... 25
§ 30	Kostenerstattung Wahlarzneimittel..... 25
§ 31	Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen im Ausland
§ 32	Teilkostenerstattung für DO-Angestellte..... 27
§ 33	Wahltarif „Prämienzahlung bei Leistungsbeschränkungen“ für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V gewählt haben . 27
§ 34	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten..... 29
§ 34a	Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung..... 31
§ 34b	Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V..... 32
§ 34c	Arzneimittel für Schwangere
§ 34d	Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige homöopathische Arzneimittel
§ 34e	Kostenerstattung für zahnärztliche Behandlung
§ 34f	Osteopathie
§ 34g	Schwangerschaftsvorsorge..... 34
§ 34h	Rufbereitschaftspauschale für Hebammen
§ 34i	Künstliche Befruchtung..... 35
§ 34j	Professionelle Zahnreinigung..... 35
§ 34k	- ohne Inhalt -
§ 34l	Persönliche elektronische Gesundheitsakte..... 36
§ 34m	Nicht zugelassene Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung .. 36
§ 34n	Nicht zugelassene Leistungserbringer in der stationären Versorgung... 37
§ 34o	Vorsorgeuntersuchungen U 10, U 11 und J 2

§ 34p	Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung.....	38
§ 34q	Zusätzliche Hautkrebsuntersuchung	37
§ 35	Leistungsausschluss.....	40
Abschnitt VII - Private Zusatzversicherungsverträge.....		41
§ 36	Private Zusatzversicherungsverträge.....	41
Abschnitt VIII - Wahltarife.....		42
§ 37	Wahltarif Selbstbehalt.....	42
§ 38	Wahltarif Prämienzahlung	44
§ 39	Wahltarife besondere Versorgungsformen.....	45
§ 40	Wahltarif Krankengeld	47
Artikel 2 -		50
Inkrafttreten		50
Anhang 1	zu § 1 Abs. 3 der Satzung – Bezirk der IKK classic	
Anhang 2	zu § 8 der Satzung – Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane	
Anhang 3	- ohne Inhalt -	
Anhang 4	Übergangsregelungen Fusion IKK classic und Vereinigte IKK	
Anhang 5	Schutzimpfungen und Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe im Sinne des § 22 Abs. 3 der Satzung	

Artikel 1

Abschnitt I - Verfassung

§ 1 Name, Sitz, Rechtsstellung, Geschäftsbezirk und Gliederung

- (1) Die aus der Vereinigung der IKK classic und der Vereinigte IKK hervorgegangene Kasse führt den Namen:

IKK classic

(nachfolgend IKK genannt).

- (2) Die IKK ist Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit Sitz in Dresden. Sie ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.
- (3) Der Bezirk der IKK erstreckt sich auf die Bezirke der Innungen in **Anhang 1** der Satzung, der Bestandteil dieser Satzung ist, und die
- Hauptverwaltung und das bundesweite Geschäftsstellennetz der SIGNAL Krankenversicherung a. G. Dortmund,
 - Hauptverwaltung des SIGNAL Unfallversicherung a. G. in Dortmund, Abteilung Personalwesen,
 - Hauptverwaltung der IDUNA Vereinigte Lebensversicherung a. G. in Hamburg und das bundesweite Geschäftsstellennetz,
 - SIGNAL IDUNA Bauspar AG in Hamburg, einschließlich ihrer Betriebsstätten im Bundesgebiet.

Das Geschäftsgebiet der IKK umfasst das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

- (4) Die IKK bildet folgende Landesdirektionen:

- Baden-Württemberg,
- Bayern,
- Hamburg,
- Hessen,
- Niedersachsen,
- Nordrhein,
- Sachsen,
- Thüringen und
- Westfalen-Lippe.

Die jeweilige regionale Zuständigkeit und übertragenen Aufgaben ergeben sich aus den vom Vorstand erlassenen Richtlinien.

- (5) Die IKK nimmt die Aufgaben eines Landesverbandes der Innungskrankenkassen in

- Baden-Württemberg,
- Bayern,
- Hamburg,
- Hessen,
- Niedersachsen,
- Nordrhein-Westfalen,
- Sachsen und
- Thüringen

wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes (§ 207 Absatz 4 und 4a SGB V). Die in § 210 Abs. 2 SGB V genannten Verträge und Richtlinien sind für die IKK verbindlich.

(6) Die IKK nimmt die Aufgaben eines Landesverbandes der IKK-Pflegekassen in

- Baden-Württemberg,
- Bayern,
- Hamburg,
- Hessen,
- Niedersachsen,
- Nordrhein-Westfalen,
- Sachsen und
- Thüringen

wahr (§ 52 SGB XI).

(7) Die IKK führt ein Siegel mit der Bezeichnung IKK classic.

§ 2 Organe der IKK

(1) Organe der IKK sind:

- der Verwaltungsrat und
- der Vorstand.

(2) Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Wahl, Amtsdauer sowie Rechte und Pflichten richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen der Satzung.

§ 3 Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.

(2) Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen den beiden alternierenden Vorsitzenden während der Amtsdauer jeweils jährlich zum 01.01. Die alternierenden Vorsitzenden dürfen nicht derselben Gruppe angehören.

(3) Der Verwaltungsrat bestimmt die Grundzüge der Unternehmenspolitik und trifft alle Entscheidungen, die für die IKK von grundsätzlicher Bedeutung sind.

(4) Der Verwaltungsrat hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Wahl der Mitglieder des Vorstandes sowie eines Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden aus deren Mitte,
2. Amtsenthebung und Amtsentbindung der Mitglieder des Vorstandes,
3. Überwachung der Vorstandsarbeit,
4. Beschlussfassung über die Satzung und sonstiges autonomes Recht der IKK,
5. Beschlussfassung über die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane,
6. Feststellung des Haushaltsplanes,
7. Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes,

8. Bestellung sachverständiger Prüfer zur jährlichen Prüfung der Betriebs-, der Rechnungsführung und der Jahresrechnung,
 9. Bestellung des Wahlausschusses für die Sozialversicherungswahlen,
 10. Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und Gebäuden sowie über die Errichtung von Gebäuden,
 11. Amtsenthebung und Amtsentbindung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane,
 12. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat und die vorbereitenden Ausschüsse,
 13. Aufstellung der Geschäftsordnung für die besonderen Ausschüsse,
 14. Beschlussfassung über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen,
 15. Beitritte zu Organisationen.
- (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (6) Die Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen der Mitglieder gefasst, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen. Näheres regelt die Geschäftsordnung.
- (7) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung ansonsten nicht durchführbar erscheint. Wenn mindestens ein Fünftel der Mitglieder der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.
- (8) Der Verwaltungsrat vertritt die IKK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern durch seine Vorsitzenden.
- (9) Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates, im Verhinderungsfall der alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates, hat die ihm von Gesetz und Satzung zugewiesenen Aufgaben wahrzunehmen. Dazu gehören insbesondere
1. einen gegen Gesetz oder sonstiges für die Innungskrankenkasse maßgebendes Recht verstoßenden Beschluss des Verwaltungsrates schriftlich begründet zu beanstanden und die Aufsichtsbehörde zu unterrichten, wenn der Verwaltungsrat nach angemessener Frist einen Beschluss nicht ändert,
 2. das Verfahren zur Ergänzung des Verwaltungsrates durchzuführen,
 3. den Verwaltungsrat einzuberufen.

§ 4 Landesbeirat

- (1) Für den Bereich jeder Landesdirektion bildet der Verwaltungsrat zur Stärkung des Regionalbezuges einen Landesbeirat als beratenden Ausschuss. Der Landesbeirat besteht paritätisch aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern.
- (2) Die Vertreter der Versicherten werden von den im Verwaltungsrat amtierenden Vertretern der Versicherten, die Vertreter der Arbeitgeber von den im Verwaltungsrat amtierenden Vertretern der Arbeitgeber gewählt. Dasselbe gilt für die Stellvertreter. § 52 SGB IV gilt entsprechend.
- (3) Der Landesbeirat wählt aus seiner Mitte zwei Vorsitzende. Der Vorsitz im Landesbeirat wechselt zwischen den alternierenden Vorsitzenden während der Amtsdauer jeweils jährlich zum 01.01. Die alternierenden Vorsitzenden dürfen nicht derselben Gruppe angehören.
- (4) Für die Landesbeiräte bzw. ihre Mitglieder gelten die gesetzlichen Vorschriften über Führung des Ehrenamtes, Amtsdauer, Amtsverlust, Ergänzung, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung entsprechend.
- (5) Der Landesbeirat unterstützt den Verwaltungsrat und den hauptamtlichen Vorstand der IKK bei der Durchführung ihrer Aufgaben und wirkt darauf hin, dass regionale Interessen bei Entscheidungen ausreichend berücksichtigt werden. Der Landesbeirat berät insbesondere durch die Vermittlung von Erfahrungen und Erwartungen aus dem politischen Leben sowie aus Handwerk, Arbeitswelt und Wirtschaft.

§ 5 Ausschüsse

- (1) Der Verwaltungsrat kann
 1. zur Vorbereitung seiner Beschlüsse Ausschüsse sowie
 2. zur Erledigung einzelner Aufgaben mit Ausnahme der Rechtsetzung Erledigungsausschüsse nach § 66 SGB IV sowie
 3. beratende Ausschüsse
 bilden.
- (2) Die Ausschüsse setzen sich im gleichen Verhältnis wie der Verwaltungsrat aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Den beratenden Ausschüssen können auch sachverständige Dritte beratend angehören.
- (3) Für die Organmitglieder der Ausschüsse der IKK gelten die Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane nach § 8 der Satzung entsprechend.

§ 6 Besondere Ausschüsse/Widerspruchsausschüsse § 36a SGB IV

- (1) Für den Erlass von Widerspruchsbescheiden werden besondere Ausschüsse nach den Vorschriften des SGB gebildet. Sie sind auch Einspruchsstelle nach den Bußgeldvorschriften des SGB und nehmen die Aufgaben der Verwaltungsbehörde nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.

- (2) Widerspruchsausschüsse werden beim Sitz der IKK sowie bei jeder Landesdirektion eingerichtet. Das Nähere zur Anzahl und Zuständigkeit der Widerspruchsausschüsse ergibt sich aus der Geschäftsordnung.
- (3) Jeder Widerspruchsausschuss besteht aus je zwei Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber. Der Verwaltungsrat bestellt für die Mitglieder des Widerspruchsausschusses in ausreichender Zahl stellvertretende Mitglieder. Für jede Gruppe wird eine Liste von Stellvertretern mit Rangfolge erstellt.
- (4) Die ehrenamtlichen Mitglieder für den Widerspruchsausschuss werden vom Verwaltungsrat gewählt. Die ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse müssen die Voraussetzungen der Wählbarkeit dafür erfüllen.
- (5) Für die Ausübung des Ehrenamtes, die Haftung und den Verlust der Mitgliedschaft in den Widerspruchsausschüssen gelten die §§ 40, 42, 59 sowie 63 Abs. 3a und 4 SGB IV entsprechend; für die Entschädigung gilt § 8 der Satzung entsprechend.
- (6) Die Absätze 2 – 4 gelten für stellvertretende Mitglieder der Widerspruchsausschüsse entsprechend.
- (7) Der Verwaltungsrat der IKK beschließt eine Geschäftsordnung für die Widerspruchsausschüsse.
- (8) Soweit Gesetz oder sonstiges für den Versicherungsträger maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen, sind die Widerspruchsausschüsse beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Ist ein Widerspruchsausschuss nicht beschlussfähig, kann der Vorsitzende anordnen, dass in der nächsten Sitzung über den Gegenstand der Abstimmung auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 bestimmte Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Ladung zur nächsten Sitzung hinzuweisen.

§ 7 Handwerksrepräsentanten

- (1) Für die IKK classic können vom Verwaltungsrat Handwerksrepräsentanten als Versichertenälteste und Vertrauenspersonen nach § 39 SGB IV gewählt werden.
- (2) Die Handwerksrepräsentanten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der IKK classic mit den Versicherten und Betrieben herzustellen. Zu ihren Aufgaben gehört es,
 - allgemein Rat und Auskunft zu geben,
 - Unterstützung bei Antragstellungen zu leisten,
 - Informationen an die IKK classic weiterzuleiten und
 - ggf. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anzuregen.
- (3) Die Handwerksrepräsentanten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Für die Entschädigung gilt die Anlage 2 dieser Satzung.

§ 8 Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane erhalten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine Entschädigung nach den entsprechenden Vorschriften des SGB. Die Entschädigung legt der Verwaltungsrat in der „Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane und der Handwerksrepräsentanten nach § 7 der Satzung“, die als **Anhang 2** Bestandteil dieser Satzung ist, fest.

§ 9 Vorstand

- (1) Der Vorstand besteht aus 2 Mitgliedern. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig. Der Vorstand sowie aus dessen Mitte der Vorstandsvorsitzende und dessen Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat gewählt.
- (2) Die Mitglieder des Vorstandes führen hauptamtlich die Geschäfte der IKK und vertreten sie gerichtlich und außergerichtlich. Jedes Mitglied des Vorstandes kann die IKK einzeln vertreten. Innerhalb der vom Vorstand zu erlassenden Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich.
- (3) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:
 - Mitgestaltung der Unternehmenspolitik im Zusammenwirken mit dem Verwaltungsrat,
 - Unternehmensführung einschließlich Führung der laufenden Verwaltungsgeschäfte,
 - Vorbereitung und Ausführung der Beschlüsse des Verwaltungsrates,
 - Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat zu erstatten über
 - a) die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung,
 - b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
 - Bericht gegenüber den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen,
 - Entscheidung in Personalangelegenheiten und Führung des Personals,
 - Aufstellung der Dienstordnung für die Angestellten der IKK,
 - Aufstellung des Haushaltsplanes und Erstellung der Jahresrechnung.

§ 10 Bekanntmachung

- (1) Die Satzung und sonstiges autonomes Recht werden auf der Internetseite www.ikk-classic.de öffentlich 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 Absatz 1 Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Bekanntmachung einer Benachrichtigung in einer Regionaldirektion der IKK. Die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung beträgt zwei Wochen. Auf der Anordnung sind der Tag des Anheftens, die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

- (3) Die wesentlichen Ergebnisse der Rechnungslegung werden den Versicherten zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres im elektronischen Bundesanzeiger, auf der Internetseite www.ikk-classic.de und durch Einsichtnahme in den Dienststellen zugänglich gemacht.

Abschnitt II - Mitgliedschaft

§ 11 Versicherter Personenkreis

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

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

- (2) Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind familienversichern, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 12 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- (1) Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die gesetzlichen Vorschriften und die folgenden Bestimmungen der Satzung.
- (2) Das Ende der freiwilligen Mitgliedschaft richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften. Die Kasse lässt bei freiwilligen Mitgliedern, abweichend von der gesetzlichen Kündigungsfrist, den Austritt zu einem früheren Zeitpunkt zu und beendet die Mitgliedschaft, wenn ohne die freiwillige Versicherung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bestehen würde. Die Mitgliedschaft endet frühestens 6 Monate vor dem Tag des Eingangs der Kündigung bei der IKK classic, jedoch nicht vor dem Tag des erstmaligen Vorliegens der Voraussetzungen für eine Familienversicherung. Das Bestehen einer Familienversicherung ist nachzuweisen.

Abschnitt III - Beiträge

§ 13 Beitragsbemessung

- (1) Die IKK erhebt entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen und der auf ihrer Grundlage erlassenen Vorschriften Beiträge zur Krankenversicherung, die an den Gesundheitsfonds weitergeleitet werden.
- (2) Es gelten die „Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern zu entrichtenden Beiträge“ nach § 240 Abs. 1 SGB V des GKV-Spitzenverbandes Bund in der jeweils gültigen Fassung.

§ 13a Zusatzbeitragssatz

Die IKK classic erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,3 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 14 - ohne Inhalt -

§ 15 Fälligkeit, Zahlung und Erstattung der Beiträge

- (1) Für die Fälligkeit der Beiträge zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) gilt § 23 SGB IV.
- (2) Für die Zahlung und Fälligkeit der von den Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V gelten die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Beiträge aus Versorgungsbezügen für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden nach § 256 Abs. 1 Satz 2 SGB V am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig.
- (4) Die IKK erhebt Mahngebühren gemäß § 19 Abs. 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG).

(1) Die IKK kann von Arbeitgebern, die

1. a) länger als 1 Monat mit der Beitragszahlung im Verzug sind oder
- b) sich innerhalb der letzten 6 Monate in einem Insolvenzverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
- c) Zahlungsausfälle befürchten lassen oder

2. keine ordnungsgemäßen Beitragsnachweise einreichen,

Vorschüsse in voraussichtlicher Höhe der Gesamtsozialversicherungsbeiträge für bis zu 3 Monaten fordern. Dabei ist eine Frist von mindestens 10 Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

(6) Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V werden jährlich unbar vorgenommen.

Abschnitt IV - Rücklage

§ 16 Rücklage

Die IKK 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.

Abschnitt V - Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen

§ 17 Anwendbare Vorschriften

- (1) Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der IKK entsprechende Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.
- (2) § 6 der Satzung gilt mit der Maßgabe, dass sich bei der Behandlung von Angelegenheiten des Aufwendungsausgleichsgesetzes (Ausgleichsangelegenheiten) der besondere Ausschuss (Widerspruchsausschuss) aus jeweils zwei ehrenamtlichen Mitgliedern aus der Gruppe der Arbeitgeber zusammensetzt.

§ 18 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

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

§ 19 Höhe der Erstattungen

- (1) Die IKK erstattet den am U1-Verfahren beteiligten Arbeitgebern 65 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezahlt Arbeitsentgelts, wobei die Aufwendungen höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden. Die auf die berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelte entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit und der Arbeitgeberanteil der Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Renten- und sozialen Pflegeversicherung nach § 172 Abs. 2 SGB VI sowie die Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI sind mit dieser Erstattung abgegolten.
- (2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Abs. 1 auf 50 v. H. ermäßigt. Der Antrag ist schriftlich zu stellen. Er gilt vom Beginn des Kalenderjahres an, das der Antragstellung folgt. Der Antrag wirkt rückwirkend vom Beginn des Kalenderjahres der Antragstellung, wenn er bis zum 31.01. des betreffenden Jahres bei der IKK classic eingegangen ist. Der Arbeitgeber ist für die Dauer des Kalenderjahres an die Wahl des Erstattungssatzes gebunden. Die Wahl wirkt über das

Kalenderjahr fort, wenn nicht bis zum 31.01. des nächsten Jahres ein anderer Erstattungssatz gewählt oder die Wahl bis dahin für das nächste Kalenderjahr zurückgenommen wird.

- (3) Nimmt ein Arbeitgeber erstmalig während des laufenden Kalenderjahres am U 1-Verfahren der IKK classic teil, kann er das Wahlrecht nach Absatz 2 bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Beginn der Teilnahme ausüben. Der gewählte Erstattungssatz gilt dann rückwirkend von Beginn der Teilnahme am U1-Verfahren an. Darüber hinaus ist Absatz 2 anzuwenden.
- (4) Die IKK erstattet den am U2-Verfahren beteiligten Arbeitgebern im vollen Umfang
 1. den vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und
 2. das vom Arbeitgeber nach § 11 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt sowie den darauf entfallenden Arbeitgeberanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag.

§ 20 Aufbringung der Mittel, Umlage

- (1) Die Mittel zur Durchführung der U1- und U2-Verfahren werden durch Umlagen von den beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.
- (2) Der Umlagesatz beträgt für Aufwendungen nach § 19 Abs. 1 der Satzung 2,8 v. H. (allgemeine Umlage).
- (3) Hat der Arbeitgeber nach § 19 Abs. 2 der Satzung eine ermäßigte Erstattung gewählt, beträgt der Umlagesatz 1,9 v. H. (ermäßigte Umlage).
- (4) Der Umlagesatz beträgt für die Aufwendungen nach § 19 Abs. 4 der Satzung 0,45 v.H.
- (5) Bemessungsgrundlage für die Umlage sind die in § 7 Abs. 2 AAG genannten Entgelte.
- (6) Die Fälligkeit der Umlage richtet sich jeweils nach § 15 Abs. 1 der Satzung.

§ 21 Betriebsmittel

- (1) Die IKK verwaltet die Mittel für das Ausgleichsverfahren als Sondervermögen.
- (2) Es werden gesonderte Betriebsmittel gebildet für
 - den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen im U1-Verfahren und
 - den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen im U2-Verfahren.
- (3) Die Betriebsmittel dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG).

Abschnitt VI - Leistungen

§ 22 Schutzimpfungen und Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

- (1) Die Versicherten erhalten nach den Regelungen der Absätze 2 bis 3 zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V Schutzimpfungen und Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen übertragbare Krankheiten.
- (2) Die IKK übernimmt Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.
- (3) Die IKK gewährt für Versicherte zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach Absatz 2 weitere im Anhang 5 der Satzung benannte Schutzimpfungen und Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe.
- (4) Die IKK gewährt Schutzimpfungen grundsätzlich als Sachleistungen oder erstattet die Kosten für den Impfstoff in voller Höhe abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung für Arzneimittel sowie die Kosten der ärztlichen Leistungen nach Vertragsätzen. Für Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe erstattet die IKK die Kosten anteilig. Näheres zu deren Höhe regelt Anhang 5.

§ 23 Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung

- (1) Die IKK classic erbringt und fördert qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung selbst oder in Zusammenarbeit mit anderen Stellen. Versicherte haben Anspruch auf verhaltenspräventive Maßnahmen nach den in § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands, in seiner jeweils aktuellen Fassung, genannten Kriterien und Handlungsfeldern.
- (2) Art, Umfang und Qualitätskriterien der Leistungen (Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppe, Ziel, Inhalt, Methodik und Anbieterqualifikation) richten sich nach § 20 Abs. 2 und Abs. 5 SGB V in Verbindung mit dem Leitfaden Prävention des GKV Spitzenverbands in der jeweils geltenden Fassung.
- (3) Die Kosten einer einzelnen Maßnahme (Kurs) werden bis zu einer maximalen Höhe von 90,00 € übernommen. Es werden maximal 2 Maßnahmen pro Kalenderjahr erstattet. Die Teilnehmer an den Leistungen der Primärprävention sollen befähigt und motiviert werden, nach Abschluss der Maßnahme das erworbene Wissen bzw. die erworbenen Fähigkeiten/Übungen selbständig anzuwenden und fortzuführen, sowie in ihren Alltag zu integrieren. Dies setzt voraus, dass die Maßnahme regelmäßig besucht wurde. Um diese Regelmäßigkeit zu erreichen, sind mindestens 80% der Kurstermine zu absolvieren. Im Rahmen von Kooperationen für die in Absatz 1 genannten Handlungsfelder der Primärprävention können für besondere zielgruppenspezifische Präventionsangebote abweichende Zuschussregelungen vereinbart werden. Für das Projekt SuSi (Supporting Siblings) maximal 350 Euro und für das Projekt GeschwisterTreff „Jetzt bin ich mal dran“ beträgt der Zuschuss maximal 700 Euro. Absatz 2 gilt für diese IKK-Verträge entsprechend.

- (4) Die IKK classic erbringt und fördert Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V, soweit die Maßnahmen den Handlungsfeldern und Kriterien des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbands, in seiner jeweils aktuellen Fassung, entsprechen. Hierbei arbeitet die IKK classic u.a. kassenübergreifend mit anderen Krankenkassen zusammen. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, arbeitet die IKK classic mit der Bundesagentur für Arbeit oder mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende eng zusammen.
- (5) Die IKK classic erbringt und fördert Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Maßgabe des § 20b SGB V, soweit die Maßnahmen den Handlungsfeldern und Kriterien dem vom GKV-Spitzenverband gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens Prävention, in seiner jeweils aktuellen Fassung, entsprechen.
- (6) Die IKK classic arbeitet eng mit den zuständigen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. Sie unterstützt diese im Rahmen der Vorgaben des § 20c SGB V bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

§ 24 Zuschüsse zu Vorsorgeleistungen

- (1) Zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V) wird ein Zuschuss von bis zu 13,00 Euro kalendertäglich gezahlt, sofern die Maßnahme mindestens 14 Kalendertage dauert.
- (2) Der Zuschuss für chronisch kranke Kleinkinder beträgt 21,00 Euro kalendertäglich.

§ 25 Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz -

- (1) Die IKK classic bietet ihren Versicherten nach § 20k SGB V Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz an. Die Leistungen sollen dazu dienen, die Kompetenzen zur Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren zu vermitteln. Unter digitaler Gesundheitskompetenz wird dabei eine spezifische Form der Gesundheitskompetenz verstanden, die die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen in Bezug auf digitale Anwendungen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, umfasst.
- (2) Für die von der IKK classic angebotenen Leistungen gelten die „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz 2 SGBV zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz ab 25.11.2020“ in seiner jeweils aktuellen Fassung.

- (3) Die Leistungen können von der IKK classic selbst oder im Auftrag der IKK classic durch Dritte entwickelt bzw. bereitgestellt werden. Werden die Leistungen als Sachleistung im Rahmen von Verträgen mit Leistungserbringern angeboten, informiert die IKK classic ihre Versicherten darüber in geeigneter Form.
- (4) Werden die Leistungen von Dritten erbracht, werden die tatsächlich entstandenen Kosten einmalig bis maximal 100,00 Euro pro Kalenderjahr erstattet. Maßgeblich für die Zuordnung zum Kalenderjahr ist das Enddatum der Leistungsanspruchnahme. Die (anteilige) Erstattung der Kosten erfolgt auf Antrag nach Vorlage einer Rechnung, einer Teilnahmebescheinigung sowie einer Information über die vermittelten Inhalte der Leistung.
- (5) Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 16 Abs. 3a SGB V ruhen, haben keinen Leistungsanspruch. Für Anwartschaftsversicherte und Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten (§ 264 SGB V), ist eine Inanspruchnahme ebenfalls nicht möglich.

§ 26 Haushaltshilfe

Die IKK erbringt in den in § 38 Abs.1 SGB V genannten Fällen Haushaltshilfe, wenn das im Haushalt lebende Kind bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

§ 27 Krankengeld – ergänzende Regelungen

Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und –vergütung wird das Krankengeld aus dem Arbeitsentgelt der letzten drei Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit berechnet, das aus dieser Beschäftigung erzielt und der Bemessung der Beiträge zugrunde gelegt worden ist. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt bleibt unberücksichtigt. Zur Berechnung des Regelentgeltes ist das Arbeitsentgelt durch neunzig zu teilen.

§ 28 Feststellung und Zahlung der Geldleistungen

- (1) Die Geldleistungen werden nur gegen Vorlage der hierfür erforderlichen Unterlagen, Nachweise und Bestätigungen festgestellt.
- (2) Das Krankengeld wird bei laufender Arbeitsunfähigkeit rückwirkend bis zum auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bestätigten Tag der letzten Vorstellung beim behandelnden Arzt ausgezahlt. Die Zahlung erfolgt längstens bis zum letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

§ 29 Kostenerstattung

- (1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Hierüber haben Versicherte die IKK vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der IKK übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der IKK in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung ist nur möglich, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
- (2) Das Wahlrecht nach Abs. 1 wird durch eine schriftliche Erklärung gegenüber der IKK ausgeübt. Die Wahlerklärung wirkt zum Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats.
- (3) Der Versicherte ist an die gewählte Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Der Versicherte kann die gewählte Kostenerstattung nach Ablauf der Mindestdauer jederzeit durch schriftliche Erklärung widerrufen. Die Kostenerstattung endet mit dem Ende des Quartals, in dem das Wahlrecht widerrufen wurde.
- (4) Die Wahl kann für alle Leistungen getroffen werden oder auf einen oder mehrere der folgenden Bereiche beschränkt werden:
 - ambulante ärztliche Versorgung,
 - ambulante zahnärztliche Versorgung,
 - stationäre Versorgung oder
 - ärztlich/zahnärztlich veranlasste ambulante Leistungen.
- (5) Zur Erstattung der Aufwendungen sind vom Versicherten Originalrechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die IKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind abzuziehen. Von dem sich ergebenden Erstattungsbetrag wird ein Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H., maximal 40,00 Euro, geltend gemacht.

§ 30 Kostenerstattung Wahlarzneimittel

- (1) Wählt ein Versicherter im Rahmen einer Kostenerstattung
 - ein anderes, als eines der drei preisgünstigsten abzugebendes wirkstoffgleiches Arzneimittel, oder
 - ein anderes als das abzugebende wirkstoffgleiche Rabattarzneimittel der IKK, das mit dem verordneten Arzneimittel in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, hat er die entstehenden Mehrkosten zu tragen.
- (2) Für die Höhe der Kostenerstattung und den Abschlag für Verwaltungskosten gilt § 29 Abs. 5 entsprechend.

- (3) Gemäß § 13 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel, das mit dem verordneten Arzneimittel in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, wählen, als dasjenige,
- a) für das die IKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat, oder
 - b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.
- (4) Bei Erstattungen nach Abs. 3 erhebt die IKK einen pauschalierten prozentualen Abschlag in Höhe von 30 v. H. des Apothekenverkaufspreises für entgangene vertragliche Rabatte (§ 30 Abs. 3 Buchstabe a.) oder 10 von Hundert als Abschlag im Vergleich zur Abgabe eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel (§ 30 Abs. 3 Buchstabe b). Sollte der Apothekenverkaufspreis des gewählten Arzneimittels über dem jeweiligen Festbetrag liegen, wird der entsprechende Festbetrag als Berechnungsgrundlage genommen. § 30 Abs. 2 ist anzuwenden.

§ 31 Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen im Ausland

- (1) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Inland in Anspruch zu nehmen. Die Kosten werden im Rahmen des § 13 Abs. 4 SGB V erstattet.
- (2) Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die IKK bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Von dem sich ergebenden Erstattungsbetrag wird ein Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H., maximal 40,00 Euro, in Abzug gebracht.
- (3) Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage der Originalrechnungen und ggf. weiterer aussagekräftiger Unterlagen.
- (4) Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V können nur nach vorheriger Zustimmung durch die IKK in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der IKK im Inland erlangt werden kann.

§ 32 Teilkostenerstattung für DO-Angestellte

- (1) Freiwillig versicherte Angestellte der IKK, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind, erhalten, soweit sie vom Wahlrecht des § 14 Absatz 2 SGB V Gebrauch gemacht haben, eine Teilkostenerstattung. Teilkostenerstattung tritt an die Stelle der nach SGB V vorgesehenen Leistungen.
- (2) Die Entscheidung der Angestellten ist schriftlich zu erklären; sie wirkt bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das dem der Erklärung nachfolgt. Die Wirkungskdauer der Erklärung 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) Teilkostenerstattung wird in Höhe des Vomhundertsatzes gewährt, der den nicht durch Beihilfe gedeckten Aufwendungen des Erstattungsberechtigten im Verhältnis zu den vollen Kassenleistungen entspricht. Der Feststellung des Erstattungsbeitrages sind die Kosten der jeweils zu erbringenden Sachleistungen der IKK zugrunde zu legen.
- (4) Bei stationärer Krankenhausbehandlung und Zahnersatzleistungen beträgt die Erstattung bis zu 50 v. H. der Kosten für die entsprechende Leistung der IKK. Kostenerstattung und die ohne Berücksichtigung des Teilkostenerstattungsanspruchs zustehenden Beihilfen dürfen hierbei die beihilfefähigen Gesamtaufwendungen nicht überschreiten.
- (5) Der Beihilfeanspruch bleibt jeweils unberührt. Bei unmittelbarer Inanspruchnahme von Leistungen der IKK sind die auf die Beihilfe entfallenden Anteilsbeträge der Aufwendungen festzustellen und auf den Sachbuchkonten zu vereinnahmen. Für die Durchführung des Erstattungsverfahrens gelten die Regelungen der einschlägigen Beihilfebestimmungen entsprechend.
- (6) Die Absätze 1 bis 5 gelten entsprechend auch für DO-Angestellte, die beim IKK Bundesverband GbR, einem IKK Landesverband, einem anderen IKK Verband, beim IKK-ISC eG informations service center oder einer anderen IKK beschäftigt und bei der IKK versichert sind. Diese Regelungen gelten ebenfalls für Hinterbliebene der DO-Angestellten sowie für Versorgungsempfänger.

§ 33 Wahltarif „Prämienzahlung bei Leistungsbeschränkungen“ für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V gewählt haben

- (1) Freiwillig versicherte Angestellte der IKK, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind, die Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V i. V. m. § 32 der Satzung gewählt haben und deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif für die Zahlung einer Prämie zu ihrem monatlichen Beitrag zur Krankenversicherung wählen.

(2) Grundlage für die Prämie ist der Beitrag zur Krankenversicherung. Als Prämie wird der Vomhundertsatz gezahlt, der dem Bemessungssatz der Beihilfe nach § 46 der Bundesbeihilfevorschriften (BBhV) des Mitglieds entspricht. Die Prämie beträgt für

- Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 BBhV 50 v. H.,
- Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 46 Abs. 1 S. 3 BBhV 70 v. H.,
- Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 BBhV 70 v. H.,
- Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 BBhV 70 v. H.,
- Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. § 46 Abs. 1 Nr. 4 BBhV 80 v. H.

des Krankenversicherungsbeitrags.

(3) Bei Änderungen des Bemessungssatzes wird die Prämie in Höhe und Zeitpunkt entsprechend angepasst. Erhöht sich der Bemessungssatz gemäß § 46 Abs. 1 Satz 3 BBhV, ändert sich die Prämie mit Beginn des Monats, in dem das Kind berücksichtigungsfähig wird, im Übrigen ändert sich die Prämie mit dem Folgemonat. Tatsachen, die zu einer Änderung des Bemessungssatzes führen, sind unverzüglich mitzuteilen.
§ 206 SGB V gilt entsprechend.

(4) Die Prämie wird mit dem vom Versicherten zu entrichtenden monatlichen Beitrag zur Krankenversicherung verrechnet.

§ 34 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Die IKK gewährt ihren Versicherten verschiedene Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten im Sinne des § 65a SGB V.
- (2) Versicherte die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten einen Bonus, wenn sie
 1. regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten:
 - a) nach den §§ 25, 25a und 26 (ausgenommen zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen) SGB V i. V. m. den entsprechenden Richtlinien insofern und sobald zur Inanspruchnahme berechtigt,
 - b) Mutterschaftsvorsorge nach § 24d SGB V, für jede erfolgte Vorsorgeuntersuchung nach den Mutterschaftsrichtlinien des G-BA,
 - c) Zahnvorsorge nach § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V i.V.m. § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V (Zahnvorsorgeuntersuchung), zahnärztliche Früherkennung nach § 26 SGB V sowie nach § 22 SGB V (Individualprophylaxe Kinder) und § 22a SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung),
 - d) die Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchung U10, U11 und J2
 2. Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder § 22 der Satzung,
 3. regelmäßig qualitätsgesicherte Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V,
 4. vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens, wie
 - a) die aktive Mitgliedschaft oder mind. 20 Trainingseinheiten in einem qualitätsgesicherten Fitness- oder Sportstudio,
 - b) die Teilnahme an Bewegungsangeboten in Sportvereinen oder Teilnahme an einer Betriebs- oder Hochschulsportgruppe (gilt nicht für Betriebssportgruppen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung),
 - c) die Teilnahme an gemeinschaftssportlichen Aktivitäten im Freien (bspw. Lauftreff, Radtouren ADFC, Wanderungen BWV, Kletter- oder Mountainbike-Kursen etc.) unter qualifizierter Leitung (durch einen Übungsleiter) und mit entsprechender Vorbereitung,
 - d) die Teilnahme an einer Rückbildungsgymnastik,
 - e) ein Body-Mass-Index innerhalb der von der WHO empfohlenen Grenzen,
 - f) Deutsches Sportabzeichen,
 - g) weitere auf Bewegung ausgerichtete Sportabzeichen, welche durch einen anerkannten deutschen Sportverband verliehen werden
 - h) ein Blutdruckwert im Normbereich gemäß der Klassifikation der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) und der Europäischen Gesellschaft für Hypertonie (ESH)

in Anspruch nehmen und nachweisen. Private sportliche Aktivitäten ohne Qualifikationsnachweis werden nicht anerkannt.
- (3) Die Versicherten werden im Bonusantrag und auf dem Internetauftritt der IKK classic über die Inhalte und Bedingungen des Bonusprogramms informiert. Die Beantragung des Bonus kann schriftlich oder online erfolgen.

- (4) Die Maßnahmen nach Absatz 2 sind vom Versicherten durch eine Bestätigung des Anbieters bzw. Leistungserbringers im IKK-Bonusantrag oder durch eine entsprechende Bescheinigung / Zahlungsbestätigung nachzuweisen. Die Kosten für Nachweise werden von der IKK classic nicht übernommen.
- (5) Der Teilnahmezeitraum beträgt ein Kalenderjahr. Für Neugeborene kann der Teilnahmezeitraum ab dem Tag der Geburt gewählt werden und endet mit Ablauf des Kalenderjahres der Geburt. Eine Folgeteilnahme beginnt frühestens nach Ablauf des vorherigen Teilnahmezeitraums.
- (6) Eine Bonifizierung der Maßnahmen nach Absatz 2 Nr. 2 erfolgt erst mit dem Abschluss der Immunisierung. Dabei gelten Kombinationsimpfungen nur als eine bonifizierbare Maßnahme im Sinne des Absatzes 2 Nr. 2.
- (7) Maßnahmen nach Absatz 2 Nummer 3 und 4 werden jeweils nur einmal je Teilnahmezeitraum anerkannt.
- (8) Der Bonus wird als Geldbonus gewährt. Für Maßnahmen nach Absatz 2 Punkt 1a, 1b und 1d wird ab der ersten nachgewiesenen Maßnahme 10,00 Euro Bonus je Maßnahme gezahlt. Für Maßnahmen nach Absatz 2 Punkt 1c und Punkt 2 wird ab der ersten nachgewiesenen Maßnahme 5,00 Euro Bonus je Maßnahme gezahlt. Für Maßnahmen nach Absatz 2 Punkt 3 und 4 wird ab zwei nachgewiesenen Maßnahmen 25,00 Euro Bonus je Maßnahme gezahlt. Maßnahmen aus Absatz 2 Punkt 4e bis 4h müssen immer gekoppelt sein mit einer Maßnahme aus Absatz 2 Punkt 3 oder 4a bis 4d. Versicherte können alternativ zum Geldbonus Zuschüsse für folgende selbst in Anspruch genommenen Leistungen erhalten:
1. Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus (ausgenommen sind Smartphones, Laptops, Personal Computer, Tablets),
 2. Sportveranstaltungen (Start- und Teilnahmegebühren),
 3. Geburtsvorbereitungskurse für Partner,
 4. Private Kranken-Zusatzversicherungsverträge i.S. des § 36 der Satzung,
 5. Baby- und Kinderschwimmen,
 6. Prager-Eltern-Kind-Programm (PEKiP) sowie
 7. Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Kurs.

Dies gilt nur, sofern die IKK classic nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist. Ausgenommen von dem Zuschuss sind gesetzliche Zuzahlungen und Leistungen, die als Gesundheitsmaßnahmen nach Abs. 2 bereits berücksichtigt wurden. Die Kosten der genannten Leistungen sind durch entsprechende Belege nachzuweisen. Der Zuschuss beträgt das Zweifache der nach Abs. 8 berechneten Bonuszahlung. Bei Kosten unterhalb dieses Zuschusses werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet.

Die Auszahlung erfolgt ausschließlich auf Antrag des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters. Die Bonuszahlung wird nur dann gewährt, wenn der Antrag bis spätestens zum Ablauf des dritten Kalendermonats nach dem Ende des Teilnahmezeitraums eingereicht wird und am Tag der Antragstellung eine Versicherung bei der IKK classic besteht. Je Teilnahmezeitraum ist grundsätzlich eine Auszahlung möglich.

- (9) Beitragsrückstände und andere Außenstände des Versicherten bei der IKK classic können mit dem auszuzahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden.
- (10) Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 16 Abs. 3a SGB V ruhen, können nicht am Bonusprogramm teilnehmen. Für Anwartschaftsversicherte und Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten (§ 264 SGB V), ist die Teilnahme ebenfalls nicht möglich.
- (11) Ändern sich die Regelungen der vorgenannten Absätze, ist der Tag der Antragstellung entscheidend für den Anspruch auf Gewährung des Bonus. Versicherte der IKK classic, deren Bonusteilnahmezeitraum im Jahr 2020 begann, können ausnahmsweise wählen, ob sie einen Bonus nach den Regelungen des § 34 der Satzung in der am 31.12.2020 geltenden Fassung begehren. In diesem Fall können die Maßnahmen nur nach einer Satzungsfassung angerechnet werden.

§ 34a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Die IKK classic gewährt einen Bonus für Arbeitgeber und IKK-versicherte Arbeitnehmer auf der Grundlage des § 65a Abs. 2 SGB V in Verbindung mit §§ 20b und 20 Abs. 5 SGB V bei Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Am Bonus können Arbeitgeber teilnehmen, wenn IKK-versicherte Arbeitnehmer im Betrieb beschäftigt sind.
- (2) Der Bonus wird gewährt, wenn eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Arbeitgeber und der IKK classic vorliegt und die Qualität der Maßnahmen den vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung beschlossenen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20b SGB V entspricht. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet ist, kann kein Bonus gewährt werden.
- (3) Der Bonus wird für jedes vereinbarte Training, die den Präventionsprinzipien nach der aktuellen Fassung des Leitfadens Prävention inhaltlich zugeordnet sind, nur einmal gewährt. Der Bonus für den Arbeitgeber beträgt 500,00 Euro. Der IKK-versicherte Arbeitnehmer erhält einen Bonus in Höhe von 150,00 Euro, wenn er erfolgreich an einem berufsspezifischen Training zum mit dem Arbeitgeber vereinbarten Präventionsprinzip (Stressbewältigung und Ressourcenstärkung, Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte, Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag, Verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb, oder Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen) teilnimmt. Der Umfang des Trainings zum vereinbarten Präventionsprinzip beträgt jeweils mindestens 6 Zeitstunden. Die Teilnahme ist erfolgreich, wenn mindestens 80 % des jeweiligen Trainings durch den Versicherten absolviert wurden.

- (4) Der Bonus wird auf Nachweis des erfolgreichen Abschlusses der vereinbarten Maßnahmen ausgezahlt. Die Auszahlung erfolgt auf Antrag. Eine nochmalige Inanspruchnahme des Bonus ist insgesamt dreimal innerhalb eines Zeitraumes von fünf Kalenderjahren möglich. Voraussetzung für die Auszahlung an Arbeitnehmer ist eine bestehende Versicherung bei der IKK classic zum Zeitpunkt der Antragstellung.
- (5) Beitragsrückstände und andere Außenstände des IKK-versicherten Beschäftigten oder Arbeitgebers bei der IKK classic können mit dem auszahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden.
- (6) Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 16 Abs. 3a SGB V ruhen, können nicht am Bonusprogramm teilnehmen. Für Anwartschaftsversicherte und Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten (§ 264 SGB V), ist die Teilnahme ebenfalls nicht möglich.
- (7) Ändern sich die Regelungen der vorgenannten Absätze, ist der Tag der Antragstellung entscheidend für den Anspruch auf Gewährung des Bonus.

§ 34b Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die IKK classic gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Umfang und Kosten einer einzelnen Leistung ergeben sich aus den Regelungen nach §34c bis §34q.

§ 34c Arzneimittel für Schwangere

- (1) Die IKK classic übernimmt für schwangere Versicherte alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Folsäure und/oder Magnesium als Monopräparate oder Kombinationspräparate.
- (2) Die IKK classic erstattet die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten pro Arzneimittel nach Abs. 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100,00 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten, sofern das Arzneimittel von einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf Privatrezept verordnet und von einer zugelassenen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegeben wurde. Die Erstattung erfolgt nach Vorlage der Rechnung der Apotheke und der ärztlichen Verordnung.
- (3) Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit den in Absatz 1 genannten Wirkstoffen ist nicht möglich.
- (4) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

§ 34d Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie und Anthroposophie

- (1) Die IKK classic erstattet Versicherten die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie und Anthroposophie.
- (2) Die IKK classic erstattet die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten pro Arzneimittel nach Abs. 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 50,00 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.
- (3) Die Erstattung erfolgt nach Vorlage der Rechnung der Apotheke und der ärztlichen Verordnung.

Eine Erstattung der Kosten ist nicht möglich für

- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dies sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, zur Rau-cherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen (§ 34 Abs.1 Satz 7 und 8 SGB V).
 - Arzneimittel der „Negativliste“ nach § 34 Abs. 3 SGB V.
 - Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie und Anthroposophie, die als Sachleistungen über die Krankenversichertenkarte in Anspruch genommen werden können, sind ebenfalls von der Erstattung ausgenommen.
- (4) Erstattet werden die entstandenen und nachgewiesenen Kosten für von einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf Rezept verordnete und von einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versand-handels abgegebenen nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel der Homöopathie und Anthroposophie.

§ 34e Kostenerstattung für zahnärztliche Behandlung

- (1) Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die IKK classic die Kosten für folgende, von Vertragszahnärzten, nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnärzten oder Kieferorthopäden durchgeführte Leistungen in Höhe von je maximal 50,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten:
 - Fissurenversiegelung der kariesfreien Prämolaren 4 und 5 nach dem Zahnschema Zsigmondy im bleibenden Gebiss für Versicherte, vom 7. Lebensjahr bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.
 - Glatflächenversiegelung für Versicherte vom 10. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
- (2) Erstattet werden dem Versicherten bis zu 50,00 Euro pro Kalenderjahr. Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage der Rechnung der Zahnarztpraxis.

§ 34f Osteopathie

- (1) Versicherte der IKK classic können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und ordentliches Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder auf Grund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre.
- (2) Die IKK classic übernimmt die Kosten für maximal 4 Sitzungen pro Kalenderjahr und Versicherten. Pro Sitzung werden maximal 40 Euro erstattet, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Zur Erstattung sind Rechnung sowie die schriftliche ärztliche Anordnung vorzulegen. Eine ärztliche Veranlassung ist nicht erforderlich, wenn die osteopathische Behandlung durch einen Arzt erfolgt.

§ 34g Schwangerschaftsvorsorge

- (1) Die IKK classic beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen bei Schwangerschaft. Der Zuschuss für diese in den nachfolgenden Absätzen dargestellten Leistungen ist insgesamt auf 100,00 Euro pro Schwangerschaft begrenzt. Zu den einzelnen Leistungen beträgt der jeweilige Zuschuss dabei nicht mehr als die nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.
- (2) Die IKK classic beteiligt sich mit einem Zuschuss an den ärztlichen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:
 - a) Ultraschalluntersuchungen für Frauen mit ärztlich diagnostizierten erhöhten medizinischen Risiko hinsichtlich der körperlichen Fehlbildungen ihres ungeborenen Kindes.
 - b) B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35.-37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
 - c) Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
 - d) Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
 - e) Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen.

f) 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.

- (3) Voraussetzung ist, dass die Leistungen nach § 23 SGB V durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt erbracht werden. Zur Erstattung ist eine spezifizierte Rechnung des behandelnden Arztes vorzulegen. Es darf sich nicht um Leistungen nach der Mutterschaftsrichtlinie handeln.

§ 34h Rufbereitschaftspauschale für Hebammen

- (1) Die IKK classic erstattet weiblichen Versicherten die entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft einer Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft - in der Regel zwischen der 37. und 42 Schwangerschaftswoche - bis zu einer Höhe von 250,00 EUR je Schwangerschaft.
- (2) Voraussetzung für eine Kostenerstattung ist, dass
- die Versicherte während der Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberufliche Hebamme in Anspruch nimmt,
 - die Rufbereitschaft eine 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhaltet,
 - die Hebamme nach § 134a Abs.2 SGB V oder nach § 13 Abs.4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.
- (3) Die Erstattung erfolgt nach Vorlage der Rechnung der Hebamme. Ein Anspruch auf Erstattung besteht nicht, wenn die Schwangerschaft vor dem 01.01.2014 geendet hat.

§ 34i Künstliche Befruchtung

- (1) Die IKK classic übernimmt zusätzlich zu den im Behandlungsplan nach § 27a Abs.3 SGB V genehmigten Kosten einen Zuschuss von 250 Euro je Behandlungsversuch, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten.
- (2) Der Zuschuss nach Abs.1 erhöht sich auf bis zu 500,00 Euro je Ehepaar und Behandlungsversuch, jedoch nicht mehr als die dem Ehepaar tatsächlich entstandenen Kosten, wenn beide Ehegatten bei der IKK classic versichert sind.
- (3) Die Kostenerstattung kann nur auf der Basis einer spezifizierten Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Abs.4 SGB V berechtigten Leistungserbringers erfolgen.
- (4) Ein Anspruch auf die Kostenerstattung besteht für die ab 01.01.2016 genehmigten Behandlungspläne für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach § 27 a SGB V.

§ 34j Professionelle Zahnreinigung

- (1) Versicherte der IKK classic haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss für professionelle Zahnreinigung, sofern diese

durch einen Vertragszahnarzt oder einen nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten zahnärztlichen Leistungserbringer durchgeführt wurde.

- (2) Die IKK classic übernimmt die tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch maximal 40 Euro je Versicherten und Kalenderjahr. Zur Erstattung des Zuschusses ist die Rechnung einzureichen.

§ 34k - ohne Inhalt -

§ 34l Persönliche elektronische Gesundheitsakte

- (1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die IKK classic ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- (2) Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der IKK classic für die Versicherten tätig wird.
- (3) Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Abs. 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die IKK classic.
- (4) Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 34m Nicht zugelassene Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung

- (1) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die IKK classic mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
- (2) Die IKK classic trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4.

Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

- (3) Die IKK classic führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.ikk-classic.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die IKK classic den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- (4) Für die veranlassten Leistungen gilt § 29 Abs. 5 entsprechend.

§ 34n Nicht zugelassene Leistungserbringer in der stationären Versorgung

- (1) Die IKK classic übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragsätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:
 - a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt bescheinigt,
 - b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
 - d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der IKK classic vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 - e) die IKK classic hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
- (2) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
- (3) Mit der Zustimmung nach Abs. 1 Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die IKK classic sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§ 34o Vorsorgeuntersuchungen U 10, U 11 und J 2

- (1) Die IKK classic übernimmt die Kosten der Vorsorgeuntersuchungen jeweils einmalig für die U 10, U 11 und J 2 nach den nachfolgend getroffenen Regelungen der Absätze 2 bis 4. Voraussetzung für die Erstattung der zuvor genannten Kinderuntersuchungen ist, dass eine Erkrankung, bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (wie beispielsweise Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Verhaltens- oder Sozialisationsstörungen) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.
- (2) Anspruchsberechtigt sind bei der IKK classic versicherte Kinder und Jugendliche nach den folgenden Altersgruppen:
 - U 10 – im Alter von 7 bis 8 Jahren
 - U 11 – im Alter von 9 bis 10 Jahren
 - J 2 – im Alter von 16 bis 17 Jahren
- (3) Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Untersuchung bei einem Vertragsarzt der Fachrichtung Kinder- oder Jugendarzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer durchgeführt wird.
- (4) Die IKK classic übernimmt je anspruchsberechtigtem Kind bzw. Jugendlichen einmalig die tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch maximal für die
 - U 10 einen Betrag in Höhe von 61,00 Euro,
 - U 11 einen Betrag in Höhe von 61,00 Euro und
 - J 2 einen Betrag in Höhe von 61,00 Euro.

§ 34p Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung

- (1) Über die gesetzlichen Regelungen hinaus beteiligt sich die IKK im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung an den Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden und entsprechende Risikofaktoren vorliegen. Derartige Risikofaktoren sind insbesondere:
 - a. erhöhtes Körpergewicht
 - b. erhöhter Blutdruck
 - c. kardiovaskuläre Vorerkrankungen
 - d. Atemwegserkrankungen
 - e. Skelettvorerkrankungen, z.B. Skoliose
 - f. Diabetes
 - g. Rauchen
 - h. Alkoholmissbrauch

- (2) Sofern ärztlich bescheinigte, besondere weitere Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.
- (3) Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern mit der Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ erbracht wird.
- (4) Die IKK erstattet den Rechnungsbetrag, jedoch maximal 130,00 Euro. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.

§ 34q Zusätzliche Hautkrebsuntersuchung

- (1) Die IKK beteiligt sich auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 i.V.m. § 23 SGB V über die gesetzlichen Ansprüche hinaus im Einzelfall an den Kosten einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres.
- (2) Voraussetzung ist, dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Derartige Risikofaktoren sind insbesondere:
 - a. Vorliegen des Hauttyps 1 (Dermatitis solaris [Sonnenbrand] statt Bräunung)
 - b. Vorhandensein von mehr als 50 Leberflecken
 - c. Vorhandensein größerer Leberflecken >5 mm
 - d. Immunsuppressive Therapie nach einer Organtransplantation
 - e. familiäre Disposition für Hautkrebs.
- (3) Die Leistung beinhaltet:
 - die gezielte Anamnese (gezieltes Erheben der Krankengeschichte),
 - die visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines (sichtbaren Schleimhäute),
 - die visuelle Untersuchung mittels Sehhilfen, Auflichtmikroskopie oder Dermatoskopie,
 - die Befundmitteilung und Beratung des Versicherten über das Ergebnis der Untersuchung,
 - die Dokumentation.
- (4) Die Leistung darf ausschließlich durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dermatologen erbracht werden.
- (5) Der Zuschuss beträgt 30,00 Euro je Vorsorgeuntersuchung, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen vorzulegen. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.“

§ 35 Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen (§ 52a SGB V).
- (2) Der Tatbestand der missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme i. S. d. § 52a SGB V ist dann gegeben, wenn der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland lediglich begründet wird, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.
- (3) Die IKK fordert Informationen und Belege sowie eine Bestätigung der betroffenen Person darüber ein, dass der Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V nicht dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Familienversicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die betroffene Person ist bei der vorgenannten Prüfung zur Mitwirkung verpflichtet. Kann aufgrund fehlender oder unzureichender Mitwirkung nicht geklärt werden, ob ein Leistungsausschluss nach § 52a SGB V vorliegt, werden die Leistungen entsprechend der §§ 60 ff. SGB I versagt.
- (4) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann die IKK den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zu erwarten war. Die IKK informiert den Versicherten über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen.
- (5) Wurden Leistungen bereits erbracht und stellt sich nachträglich heraus, dass es sich um eine missbräuchliche Leistungsanspruchnahme im Sinne des § 52a SGB V gehandelt hat, werden die von der IKK getragenen Kosten nach den allgemeinen Vorschriften des SGB X vom Versicherten zurückgefordert. Über diese Konsequenzen wird der Versicherte bei Begründung der Versicherungspflicht informiert.

Abschnitt VII - Private Zusatzversicherungsverträge

§ 36 Private Zusatzversicherungsverträge

Die IKK vermittelt ihren Versicherten den Abschluss von privaten Zusatzversicherungsverträgen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen. Gegenstand dieser Verträge können insbesondere die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- und Zweibettzimmerzuschlag im Krankenhaus, Krankengeldtarife sowie Auslandsreisekrankenversicherung sein. Die Belange des Sozialdatenschutzes werden gewahrt.

Abschnitt VIII - Wahltarife

§ 37 Wahltarif Selbstbehalt

- (1) Teilnehmer an einem Tarif nach § 38 der Satzung können den Tarif „Selbstbehalt“ wählen. Mit der Wahl erklären sich die Mitglieder bereit, einen Teil der während der Teilnahme entstehenden Leistungskosten selbst zu übernehmen (Selbstbehalt). Für diese Bereitschaft erhalten die Teilnehmer eine Prämie.
- (2) Mitglieder erklären schriftlich oder online ihre Teilnahme am Tarif und die gewählte Tarifvariante mit Hilfe der Teilnahmeerklärung. Die möglichen Tarifvarianten bestimmen sich aus der Höhe der monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes. Die IKK überprüft die Höhe der monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen anhand geeigneter Nachweise. Zulässige Tarifvarianten sind

Einkommen pro Monat	Tarifvarianten			
	SB 1000	SB 2000	SB 3000	SB 3000+
bis 1.000 €	Ja	Nein	Nein	Nein
bis 2.000 €	Ja	Ja	Nein	Nein
bis 3.000 €	Ja	Ja	Ja	Nein
über 3.000 €	Ja	Ja	Ja	Ja

Die Wahl einer unzulässigen Tarifvariante führt im jeweiligen Kalenderjahr zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifvariante. Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifvariante ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds mit einer Frist von einem Monat zu Beginn eines Kalenderjahres möglich.

- (3) Wird die Teilnahme an diesem Tarif zusammen mit der Teilnahme am Tarif nach § 38 der Satzung erklärt, beginnt die Teilnahme an beiden Tarifen gemeinsam. Bei Erklärung der Teilnahme während einer laufenden Teilnahme am Tarif nach § 38 der Satzung beginnt die Teilnahme mit dem Beginn des folgenden Kalendermonats.
- (4) Werden Mitgliedsbeiträge während der Geltungsdauer des Selbstbehalttarifes vorübergehend vollständig von Dritten getragen oder wird die Mitgliedschaft vorübergehend unterbrochen, ruht der Selbstbehalttarif während dieser Zeit. Dies gilt auch, wenn die Leistungsansprüche von Mitgliedern entsprechend § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V ruhen sowie während des Bezuges von Elterngeld bzw. einer Versicherung während der Elternzeit nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.
- (5) Auf den Selbstbehalt werden die der IKK tatsächlich entstandenen Leistungsausgaben angerechnet. Der für das Kalenderjahr ermittelte Selbstbehalt darf den maximalen Selbstbehalt nicht überschreiten:

Tarifvariante	Maximaler Selbstbehalt
SB 1000	100,00 €
SB 2000	187,50 €
SB 3000	375,00 €
SB 3000+	562,50 €

Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe eines Kalenderjahres, vermindert sich der maximale Selbstbehalt anteilmäßig. Das Gleiche gilt für das Ruhen der Teilnahme nach Abs. 4.

Von einer Anrechnung ausgenommen sind die Ausgaben für die Inanspruchnahme folgender Leistungen:

- Leistungen der primären Prävention (§§ 20 – 20i SGB V),
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe - § 21 SGB V, Individualprophylaxe - § 22 SGB V), bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung - § 22a SGB V),
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V),
- Schwanger- und Mutterschaftsleistungen (§§ 24c-i SGB V)
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V),
- zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
- Vertragsärztliche Leistungen, die mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a SGB V abgegolten sind
- Vertragszahnärztliche Leistungen, die Bestand der budgetierten, vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 3 SGB V sind
- Vertragsärztliche ambulante Leistungen nach § 73b SGB V (hausarztzentrierte Versorgung), oder § 140a (Besondere Versorgung), sofern für diese Leistung die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach § 87a SGB V entsprechend der Vorschrift im § 140a Abs.6 SGB V bereinigt wurde.

Ebenfalls nicht auf den Selbstbehalt angerechnet werden Ausgaben für die Inanspruchnahme von Leistungen durch Familienversicherte.

- (6) Die Teilnehmer erhalten in Abhängigkeit der gewählten Tarifvariante eine Prämie:

Tarifvariante	Prämie
SB 1000	80,00 €
SB 2000	150,00 €
SB 3000	300,00 €
SB 3000+	450,00 €

Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindert sich die Prämie anteilmäßig. Das Gleiche gilt für das Ruhen der Teilnahme nach Abs. 4.

- (7) Die für ein Kalenderjahr ermittelte Prämie nach Abs. 6 wird mit dem nach Abs. 5 ermittelten Selbstbehalt gegenübergestellt.
- a. Übersteigt die Prämie den Selbstbehalt, erhält das Mitglied den Unterschiedsbetrag ausgezahlt.
 - b. Übersteigt der Selbstbehalt die Prämie, ist der Unterschiedsbetrag 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der IKK fällig. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde.

War zum hier genannten Zeitpunkt ein Selbstbehalt nach Abs. 5 aufgrund einer fehlenden Selbstauskunft des Versicherten noch nicht ermittelbar, erfolgt die Gegenüberstellung unmittelbar nach Ermittlung des Selbstbehaltes.

- (8) Beitragsrückstände und andere Außenstände des Mitgliedes bei der IKK können mit der auszuzahlenden Prämie zum Auszahlungszeitpunkt aufgerechnet werden.

- (9) Die IKK kann dem Teilnehmer am Tarif einmalig auf Antrag eine Vorauszahlung auf künftige Unterschiedsbeträge von Prämie und Selbstbehalten in Höhe von bis zu 50 v. H. der Prämie im Kalenderjahr zahlen. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach Abs. 7 berücksichtigt.
- (10) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von zwei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von drei Jahren ab Teilnahmebeginn. Eine Kündigung wird erst wirksam, wenn keine Forderungen der IKK an das Mitglied aufgrund der Teilnahme am Tarif mehr bestehen. Für die Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der IKK nicht möglich. Ein Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V besteht. Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Tarif abweichend von Satz 1 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden. Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.

§ 38 Wahltarif Prämienzahlung

- (1) Mitglieder der IKK können den Tarif „Prämienzahlung“ wählen. Mit der Wahl erklären sich die Mitglieder und deren volljährige Familienversicherten bereit, durch gesundheitsbewusstes und wirtschaftliches Verhalten Leistungsausgaben zu vermeiden. Sind tatsächlich keine Leistungen in Anspruch genommen worden, erhalten die Teilnehmer eine Prämie.
- (2) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V).
- (3) Mitglieder erklären schriftlich oder online ihre Teilnahme am Tarif mit Hilfe der Teilnahmeerklärung.
- (4) Die Teilnahme beginnt mit dem Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. Abweichend von Satz 1 beginnt die Teilnahme bei Zugang der Erklärung zwischen dem 01.10. und 31.12. eines Jahres immer am 01.01. des Folgejahres.
- (5) Werden Mitgliedsbeiträge während der Geltungsdauer des Tarifs vorübergehend vollständig von Dritten getragen oder wird die Mitgliedschaft vorübergehend unterbrochen, ruht der Wahltarif Prämienzahlung während dieser Zeit. Dies gilt auch, wenn die Leistungsansprüche von Mitgliedern entsprechend § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V ruhen sowie während des Bezuges von Elterngeld bzw. einer Versicherung während der Elternzeit nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.
- (6) Die Prämie wird ausgezahlt, wenn durch das Mitglied und seine nach § 10 familienversicherten Angehörigen im maßgebenden Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen wurden. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen während der Teilnahme am Tarif unschädlich:
- a) Leistungen zur Krankheitsverhütung (§§ 20, 20i SGB V),
 - b) medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgekuren (§ 23 Abs. 2 SGB V),
 - c) Schwanger- und Mutterschaftsleistungen (§§ 24c-i SGB V)
 - d) Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
 - e) zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V i. V. m. § 28 Abs. 2 Satz 1 1. Alternative SGB V).

Unberücksichtigt bleiben außerdem alle Leistungen für nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr bei Leistungsanspruchnahme noch nicht vollendet haben.

- (7) Die Höhe der Prämie beträgt 1/12 der vom Mitglied selbst getragenen Beitragsanteile der jeweils für das Kalenderjahr während der Teilnahme am Tarif gezahlten Krankenversicherungsbeiträge. Bei einem gewählten Tarif nach § 37 reduziert sich die Prämie auf 1/24.
- (8) Die Höhe der selbst getragenen Beitragsanteile belegt das Mitglied mit einer Kopie der Jahresverdienstbescheinigung für das abgelaufene Jahr. Liegt keine entsprechende Bescheinigung vor, sind andere geeignete Nachweise (z.B. Einkommensteuerbescheid, Rentenbescheid) zu erbringen.
- (9) Bei freiwillig versicherten Arbeitnehmern wird die Höhe der Prämie ohne Berücksichtigung der Beitragszuschüsse nach § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V ermittelt; bei freiwillig versicherten Beziehern einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Berücksichtigung der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI. Beiträge, die während des Ruhens der Teilnahme am Tarif gezahlt wurden, werden bei der Ermittlung der Prämie nicht beachtet.
- (10) Die auszahlende Prämie erhöht sich um 25,00 Euro pro Kalenderjahr für jeden bei dem Teilnehmer familienversicherten Angehörigen unter 18 Jahren und um 50,00 Euro pro Kalenderjahr, für jeden bei dem Teilnehmer familienversicherten Angehörigen über 18 Jahre. Voraussetzung ist, dass auch ohne Erhöhungsbeträge eine Auszahlung erfolgen würde. Beginnt oder endet die Familienversicherung im Laufe des Kalenderjahres, vermindert sich die Prämie um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Familienversicherung bestanden hat.
- (11) Die für ein Kalenderjahr ermittelte Prämie nach Abs. 7 wird spätestens im 4. Quartal des Folgejahres ausgezahlt.
- (12) Beitragsrückstände und andere Außenstände des Mitgliedes bei der IKK können mit der auszahlenden Prämie zum Auszahlungszeitpunkt aufgerechnet werden.
- (13) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von zwei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn. Für die Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der IKK nicht möglich. Ein Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V besteht. Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Tarif abweichend von Satz 1 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.

§ 39 Wahltarife besondere Versorgungsformen

- (1) Die IKK classic führt zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten besondere Versorgungsformen im Sinne von § 53 Abs. 3 SGB V durch. Die Teilnahme an einem Vertrag über eine besondere Versorgungsform führt automatisch zur Teilnahme an einem Wahltarif.
- (2) Strukturierte Behandlungsprogramme

Die IKK classic führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

- strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1,
- strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2,
- strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs,
- strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheiten,
- strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma,
- strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenkrankheiten.

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die Teilnahme ist freiwillig.

(3) Hausarztzentrierte Versorgung

Die IKK classic bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von den Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden.

Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

(4) Besondere Versorgung

Die IKK classic bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V an.

Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

- (5) Die Versicherten haben das Recht, über die einzelnen Versorgungsangebote nach Abs.3 und 4 persönlich informiert zu werden. Versicherte können die Angebote ebenfalls auf der Homepage der IKK classic einsehen.

(6) Teilnahme an den Versorgungsangeboten nach Abs. 3 und 4

Die Teilnahme ist freiwillig. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
- die Freiwilligkeit einer Teilnahme,
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
- Pflichtverstöße und Folgen bei Pflichtverstößen,
- 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.

Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der IKK classic ohne Angabe von Gründen widerrufen. Fristwährend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK classic. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die IKK classic den Versicherten eine Belehrung über ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

§ 40 Wahltarif Krankengeld

- (1) Die IKK bietet den in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V sowie § 53 Abs. 6 genannten Mitgliedern bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit einen Tarif zur Absicherung des Krankengeldanspruchs an. Zum anspruchsberechtigten Personenkreis zählen:

- hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige (nachfolgend „selbstständig Tätige“ genannt) sowie
- Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben (nachfolgend „unständig Beschäftigte“ bzw. „befristet Beschäftigte“ genannt),

die den Anspruch auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V gewählt haben.

Des Weiteren wird den nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten entsprechend § 46 Sätze 2 und 3 SGB V ein Tarif zur Absicherung des Krankengeldanspruchs bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit angeboten.

- (2) Des Weiteren können den Tarif nur Versicherte wählen, die zum Zeitpunkt des Tarifbeginns das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Altersgrenze findet keine Anwendung, soweit am 31.12.2011 ein Krankengeldwahltarif besteht und die Wahl im Rahmen der Übergangsregelung nach Anhang 4 Abschnitt VI erfolgt oder, wenn die Wahl des Tarifs ununterbrochen im Anschluss an einen endenden Tarif nach § 53 Abs. 6 erfolgt.

Besteht zum Zeitpunkt des Tarifbeginns Arbeitsunfähigkeit, kann der Tarif zu einem Zeitpunkt nach Ende der Arbeitsunfähigkeit gewählt werden. Abweichend davon kann die Wahl des Tarifs jedoch in den Fällen erfolgen, in denen das Mitglied am Tag des Ablaufs der Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V arbeitsunfähig ist.

Im Übrigen kann der Tarif nicht gewählt werden, solange eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 SGB V aufgeführten Renten bezogen wird. Die Wahl des Tarifs ist ebenfalls bei Eintritt des gesetzlichen Renteneintrittsalters für eine Regelaltersrente, spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahrs, ausgeschlossen.

- (3) Beginn des Tarifs ist jeweils der 1. des Monats nach der schriftlichen Wahlerklärung des Mitglieds. Wird ein Tarif nach Ablauf der Bindungsfrist neu gewählt, beginnt der Tarif mit dem 1. des auf das Ende des bisherigen Tarifs folgenden Monats.
- (4) Das Mitglied ist ab Tarifbeginn drei Jahre an die Wahl des Tarifs gebunden (Bindungsfrist).

- (5) Der Tarif endet mit dem Ablauf der Bindungsfrist, ohne dass es einer Kündigungserklärung des Mitglieds bedarf. Zur ununterbrochenen Weiterführung des Tarifs muss das Mitglied spätestens einen Monat nach Ablauf der Bindungsfrist (Tarifende) den Tarif zum nach Abs. 3 bestimmten Zeitpunkt erneut wählen.
- (6) Das Mitglied kann den Tarif innerhalb der Bindungsfrist vorzeitig kündigen, wenn es einen besonderen Härtefall nachweist. Dieser liegt insbesondere dann vor, wenn dem Mitglied aufgrund eingetretener finanzieller Hilfebedürftigkeit, bei Bezug von Leistungen nach SGB II oder SGB XII, die Zahlung einer Prämie zur Absicherung des Krankengeldanspruchs nicht mehr länger zugemutet werden kann. Die schriftliche Kündigung ist frühestens nach Eintritt des besonderen Härtefalls möglich. Der Tarif endet mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die schriftliche Kündigung des Mitglieds erfolgt ist.

Im Übrigen besteht ein Sonderkündigungsrecht des Mitglieds, wenn sich die Prämie um mehr als 10 v. H. erhöht. Die Kündigung des Tarifs ist zum Ablauf des Kalendermonats zu erklären, vor dem die Prämienerrhöhung in Kraft tritt. Die Kündigung bedarf der Schriftform und ist innerhalb des Monats, der dem Monat der Bekanntgabe folgt, zu erklären.

- (7) Der Tarif endet, wenn die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 nicht mehr vorliegt.

Im Übrigen endet der Tarif, mit

- der Ausstellung des Bescheides für eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 SGB V aufgeführten Renten; frühestens ab Rentenbeginn,
- Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters für eine Regelaltersrente, spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres.

Über den Eintritt der Beendigungstatbestände informiert das Mitglied die IKK unverzüglich nach Bekanntwerden.

- (8) Der Anspruch auf Krankengeld aus dem Wahltarif entsteht ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit und endet mit dem 42. Tag. Die Zeit bis zum Entstehen des Anspruchs wird nachfolgend als „Karenzzeit“ bezeichnet.

Bei der erstmaligen Wahl des Tarifs ist vor der Erlangung des Krankengeldanspruchs eine Wartezeit von drei Monaten ab Tarifbeginn vorgesehen. An die Wartezeit schließt sich die Karenzzeit an.

Die Wartezeit findet bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 3 keine Anwendung.

- (9) Die Regelungen zum gesetzlichen Krankengeld nach § 47 SGB V finden Anwendung.
- (10) Die Regelungen zum gesetzlichen Krankengeld nach den §§ 49 – 52 SGB V finden Anwendung.
- (11) Die Regelungen zum gesetzlichen Kinderpflegekrankengeld nach § 45 SGB V finden Anwendung.
- (12) Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

- (13) Für die Dauer des Krankengeld-Wahltarifs ist durch das Mitglied eine Prämie zu entrichten. Die Regelungen zur Beitragsfreiheit nach den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler sind auf die Prämienfreiheit anzuwenden.
- (14) Die Prämie wird vom Tarifbeginn an monatlich erhoben. Sie ist am 15. des Monats zu entrichten (Fälligkeitstag), der dem Monat folgt, für den sie zu zahlen ist.

Als Tag der Zahlung gilt:

1. bei Abbuchung der Tag der Fälligkeit.
 2. bei Überweisung oder Einzahlung auf ein Konto der IKK oder bei Zahlung mit Scheck der Tag der Wertstellung zugunsten der IKK, bei rückwirkender Wertstellung das Datum des elektronischen Kontoauszuges des Geldinstitutes der Krankenkasse.
 3. bei Barzahlung der Tag des Geldeinganges.
- (15) Prämien, die am Fälligkeitstag nicht entrichtet worden sind, werden gemahnt.
- (16) Bei Nichtzahlung der Prämie werden die offenen Prämienbeträge kostenpflichtig eingezogen. Es gelten die Vorschriften des Verwaltungszustellungsgesetzes (VwZG) bzw. Verwaltungs-Vollstreckungsgesetzes (VwVG). Mahngebühren werden gemäß § 19 Abs.2 VwVG erhoben. Bestehen Ansprüche auf Zahlung des Krankengeldes, werden fällige Prämien einschließlich der Gebühren dagegen aufgerechnet.
- (17) Berechnung der Prämie:

- hauptberuflich selbstständig Tätige

Die Prämie wird mit 2,5 v. H. aus den gesamten Einnahmen des Versicherten berechnet. Zur Ermittlung der Einnahmen und des Zeitpunkts ihrer Berücksichtigung gelten die Grundsätze zur Beitragsberechnung für hauptberuflich selbstständig Tätige, die sich aus § 240 SGB V in Verbindung mit den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen in der jeweils gültigen Fassung ergeben, entsprechend.

- Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz

Die Prämie wird mit 2,5 v. H. aus dem Arbeitseinkommen berechnet, dass nach den Voraussetzungen des § 12 KSVG der Beitragsberechnung zur Krankenversicherung nach § 234 SGB V durch die Künstlersozialkasse zugrunde gelegt wird.

- unständig und befristet Beschäftigte

Die Prämie wird mit 2,5 v. H. aus dem erzielten monatlichen Arbeitsentgelt, das der Beitragsberechnung in der Krankenversicherung zugrunde liegt, berechnet. Die Nachweise über die Einnahmen, das Arbeitseinkommen bzw. das Arbeitsentgelt sind vom Versicherten zu führen und Änderungen umgehend mitzuteilen.

- (18) Bezüglich der Leistungsgewährung aus dem Wahltarif gelten im Übrigen die Regelungen des dritten Abschnitts des SGB I, des dritten und neunten Kapitels des SGB V sowie des zweiten und dritten Abschnitts des SGB X.

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 01.08.2011 in Kraft.