SATZUNG DER IKK SÜDWEST

in der Fassung des 38. Nachtrages
Stand: 01.01.2024

IKK Südwest
Regional. Persönlich. Einfach.

Inhaltsverzeichnis

		Seite
Abkürzungsverzeichnis		6
I.	**Name, Sitz und Bezirk der IKK**	
§ 1	Name, Sitz und Bezirk	7
II.	**Mitgliedschaft und Familienversicherung**	
§ 2	Versicherter Personenkreis	9
§ 3	Kündigung der Mitgliedschaft	10
III.	**Leistungen**	
§ 4	Leistungen zur Krankheitsverhütung	10
§ 5	Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung	11
§ 5a	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	12
§ 5b	Bonus für Mitglieder und deren mitversicherte Familienangehörige (Gesundheitsbonus)	14
§ 5c	Bonus für Mitglieder (Aktivbonus)	15
§ 5d	Bonus für Familien (Babybonus)	16
§ 5e	Bonusprogramm Krankenversicherung Ausland (IKK TravelFit)	17
§ 6	Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	18
§ 6a	Versichertenbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber	18
§ 6b	Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber	18
§ 7	Zuschüsse zu Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Abs. 2 SGB V	19
§ 8	Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V	19
§ 9	Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 1 SGB V	19
§ 10	Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V (IKK Gesundheitskonto)	19
§ 10a	Homöopathie	20
§ 10b	Ostheopathie/Chirotherapie	21
§ 10c	Sonstige Naturheilverfahren	24
§ 10d	Medizinische Vorsorgeleistungen	26
§ 10e	Zahnärztliche Leistungen	27
§ 10f	Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel	27
§ 10g	Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt	28
§ 10h	Künstliche Befruchtung	29
§ 10i	Geburtsvorbereitungskurs	30

§ 10j	Rufbereitschaft von Hebammen	30
§ 10k	Früherkennungsuntersuchung zur Feststellung von Schwachsichtigkeit und Schielen für Kinder	31
§ 10l	Sportmedizinische Untersuchung und Beratung	31
§ 11a	Hilfsmittel	32
§ 11b	Digitale Gesundheitsanwendungen	34
§ 11c	Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	35
§ 12	Zweitmeinung	36
§ 13	Kostenerstattung gemäß § 13 SGB V	37
§ 14	Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen	38
§ 15	Leistungsausschluss gemäß § 52a SGB V	38

III a. Wahltarife

§ 16	Teilnahme an besonderen Versorgungsformen	39
§ 16a	Wahltarife Krankengeld	40
§ 16b	Wahltarif Krankengeld für Selbstständige	42
§ 16c	Wahltarif Krankengeld für Künstler und Publizisten	43
§ 16d	Wahltarif Krankengeld für Arbeitnehmer gemäß § 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V	44
§ 16e	- zz. unbesetzt -	45
§ 16f	Wahltarif Teilkostenerstattung gemäß § 53 Abs. 7 SGB V	45
§ 16g	Wahltarif Selbstbehalt gemäß § 53 Abs. 1 SGB V	46
§ 16h	Wahltarif Beitragrückerstattung gemäß § 53 Abs. 2 SGB V	49
§ 16i	Wahltarif IKK NOW	51

IV. Beitragspflichtige Einnahmen

§ 17	Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder, Versicherungspflichtige gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, Rentenantragsteller und Mitglieder gemäß § 192 Abs. 2 SGB V	55

V. Beiträge

§ 18	Höhe der Beiträge und Zusatzbeitrag	56
§ 19	- zz. unbesetzt -	56
§ 20	Fälligkeit und Zahlung der Beiträge sowie Abgabe des Beitragsnachweises	56
§ 21	Vorschüsse und Erstattung von Beiträgen	57

VI. Verfassung

§ 22 Verwaltungsrat 57
§ 23 Vorstand 59
§ 24 Besondere Ausschüsse (Widerspruchsstellen) 59

VII. Datenschutz

§ 25 Datenschutz 60

VIII. Auskunft an Versicherte

§ 26 Auskunft an Versicherte 61

IX. Rücklage

§ 27 Rücklage 61

X. Weiterentwicklung der Versorgung

§ 28 Modellvorhaben zu strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) 61

XI. Bekanntmachungen

§ 29 Bekanntmachung, Öffentliche Zustellung und Fristen 62

XII. Sondervorschriften für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG)

§ 30 Anwendung von Satzungsbestimmungen 62
§ 31 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber 63
§ 32 Bemessung der Umlage 63
§ 33 Höhe der Erstattungen 64
§ 34 Fälligkeit der Erstattungen, Vorschüsse 65
§ 35 Bildung von Betriebsmitteln 65
§ 36 Haushaltsplan 66
§ 37 Jahresrechnung 66

XIII. Inkrafttreten

§ 38 Inkrafttreten 66

Anlagen zur Satzung

Anlage 1 zu § 5a der Satzung der IKK 67
Anlage 2 zu § 5a der Satzung der IKK 69
Anlage zu § 5b der Satzung der IKK 70

Anlage zu § 11b der Satzung der IKK 71
Anlage 1 zu § 16c der Satzung der IKK 72
Anlage 2 zu § 16c der Satzung der IKK 73
Anlage zu § 22 der Satzung der IKK 74

Abkürzungsverzeichnis

AAG	Aufwendungsausgleichsgesetz
BliwaG	Blindenwarenvertriebsgesetz
DMP	Disease-Management-Programm
DO	Dienstordnung
EFZG	Entgeltfortzahlungsgesetz
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische Union
EU-DSGVO	EU-Datenschutz-Grundverordnung
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IKK	IKK Südwest
MuSchG	Mutterschutzgesetz
OWiG	Gesetz über Ordnungswidrigkeiten
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SRVwV	Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung
VRG	Vorruhestandsgesetz
VwVG	Verwaltungs-Vollstreckungsgesetz
VwZG	Verwaltungszustellungsgesetz

I. Name, Sitz und Bezirk der IKK

§ 1
Name, Sitz und Bezirk

(1) Die Innungskrankenkasse führt den Namen: IKK Südwest (nachfolgend: IKK)

(2) Sitz der IKK ist:

Europaallee 3-4
66113 Saarbrücken

(3) Die IKK ist zur Betreuung ihrer Arbeitgeber und Versicherten in vier Regionaldirektionen gegliedert, denen Kundencenter zugeordnet sind:

Regionaldirektion Nord:

Isaac-Fulda-Allee 7, 55124 Mainz

Kundencenter:

Augustinerstr. 5
55232 Alzey

Bockenheimer Anlage 2
60322 Frankfurt am Main

Lahnstr. 3 c
35398 Gießen

Wilhelmshöher Allee 253-255
34131 Kassel

Dagobertstr. 2
55116 Mainz

Amtsstr. 1
55411 Bingen

Am Bahnhof 2
36037 Fulda

Nußallee 7 c
63450 Hanau

Isaac-Fulda-Allee 7
55124 Mainz

Luisenstr. 21
65185 Wiesbaden

Regionaldirektion Ost mit ihren beiden Standorten:

Brüsseler Str. 9, 67657 Kaiserslautern

Brucknerstr. 1, 67061 Ludwigshafen

Kundencenter:

Brüsseler Str. 9
67657 Kaiserslautern

Industriestr. 2
76829 Landau

Ludwigsplatz 5
67547 Worms

Bahnhofstr. 61
66869 Kusel

Brucknerstr. 1
67061 Ludwigshafen

Regionaldirektion Süd:

Europaallee 3-4, 66113 Saarbrücken

Kundencenter:

Europaallee 3-4
66113 Saarbrücken

Kaiser-Friedrich-Ring 3-5
66740 Saarlouis

Regionaldirektion West mit ihren beiden Standorten:

Wilhelm-Stöppler-Platz 2, 56070 Koblenz

Thebäerstr. 20, 54292 Trier

Kundencenter:

Wilhelmstr. 20
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Altlöhrtor 13-15
56068 Koblenz

Wilhelm-Stöppler-Platz 2
56070 Koblenz

Thebäerstr. 20
54292 Trier

(4) Der Bezirk der IKK erstreckt sich im Rahmen der Rechtsnachfolge auf den Bezirk der bisherigen Innungen der IKK Südwest-Direkt und IKK Südwest-Plus zum Zeitpunkt der Schließung der beiden Kassen.

(5) Der Bereich der IKK erstreckt sich darüber hinaus nach Maßgabe des § 173 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 und S. 2 SGB V auf die Gebiete der Länder Hessen, Rheinland Pfalz und Saarland.

(6) Die IKK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 Abs. 1 SGB V).

(7) Die IKK hat die Rechtsstellung eines Landesverbandes der Innungskrankenkassen in den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Saarland. Sie nimmt insoweit auch Aufgaben eines Landesverbandes wahr.

II. Mitgliedschaft und Familienversicherung

§ 2
Versicherter Personenkreis

(1) Mitglieder der IKK sind

- versicherungspflichtig Beschäftigte,
- Leistungsempfänger nach dem SGB II,
- Leistungsempfänger nach dem SGB III,
- Künstler und Publizisten,
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung,
- behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für Behinderte oder in nach dem BliwaG anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
- behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
- Studenten und Berufspraktikanten,
- Rentenantragsteller und Rentner,
- Bezieher von Vorruhestandsgeld,
- Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall,
- freiwillig Versicherte,

sofern die Voraussetzungen erfüllt sind und die IKK entsprechend den Vorschriften des SGB V gewählt wurde.

(2) Versichert sind auch der Ehegatte, der Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, Stiefkinder, Enkelkinder und Pflegekinder, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind und die IKK zuständig ist bzw. bei mehrfacher Erfüllung der Voraussetzungen gewählt wurde.

(3) Schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 2 Abs. 2 SGB IX können lediglich bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres der freiwilligen Mitgliedschaft bei der IKK beitreten (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

§ 3

Kündigung der Mitgliedschaft

(1) Für die Kündigung der Mitgliedschaft bei der IKK sind die Regelungen in § 175 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit den „Grundsätzliche Hinweise Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-SV, in der jeweils geltenden Fassung, maßgebend.

(2) Freiwillig versicherte Mitglieder können abweichend von Absatz 1 die Mitgliedschaft zum Ende des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das freiwillige Mitglied die Kündigung erklärt (Eingang der Kündigung bei der IKK) kündigen, wenn keine Mitgliedschaft bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse begründet werden soll.

(3) Für freiwillig versicherte Mitglieder kann die IKK die Kündigung zu dem Zeitpunkt zulassen, zu dem ohne die freiwillige Mitgliedschaft die Voraussetzungen für eine Versicherung gemäß § 10 SGB V (Familienversicherung) erfüllt sind. Die Mitgliedschaft endet in diesem Fall grundsätzlich mit dem Tag vor Beginn der Familienversicherung, sofern die Kündigung spätestens innerhalb von drei Monaten nach dem Eintritt der Voraussetzungen für die Familienversicherung eingeht, ansonsten grundsätzlich mit dem Tag vor dem Eingang der Kündigung bei der IKK. Das Bestehen der Familienversicherung ist durch das Mitglied nachzuweisen.

(4) Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist abweichend von den Absätzen 1 bis 3 nicht möglich, soweit und solange das Mitglied an einen Wahltarif gemäß § 53 SGB V in Verbindung mit den jeweiligen Wahltarifregelungen der Satzung der IKK (Abschnitt III a. Wahltarife) gebunden ist.

III. Leistungen

§ 4

Leistungen zur Krankheitsverhütung

(1) Die IKK gewährt zur Verhütung von Krankheiten Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten. Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind (Reiseschutzimpfungen) und von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon gemäß § 20i Abs. 1 SGB V besteht.

(2) Die IKK gewährt die Leistungen nach Absatz 1 als Sachleistungen oder erstattet die Kosten in Höhe der vertraglichen Regelungen. Wenn keine vertraglichen Regelungen bestehen, kann die IKK Zuschüsse gewähren; dabei ist die Kostenübernahme bei Reiseschutzimpfungen für jeden Versicherten auf maximal 300,00 Euro innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt. Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, gewährt die IKK keine Leistungen für Schutzimpfungen.

(3) Die IKK kann gemäß § 20i Abs. 2 SGB V Zuschüsse im Rahmen von Kostenübernahmen/-erstattungen zu Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zur Krankheitsprävention gewähren. Näheres, insbesondere zu Art und Umfang der Leistungen, ist in den „Richtlinien des Vorstandes der IKK Südwest zu Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zur Krankheitsprävention gemäß § 20i Abs. 2 SGB V“ zu regeln.

§ 5

Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung

(1) Die IKK übernimmt Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen des § 20 Abs. 1 SGB V. Sie führt die Leistungen selbst oder in Zusammenarbeit mit anderen Stellen durch oder beteiligt sich an den Kosten der Leistung anderer qualifizierter Anbieter. Leistungen für individuelle Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung werden in folgenden Handlungsfeldern gewährt:

Bewegungsgewohnheiten

- Maßnahmen zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement

- Maßnahmen des multimodalen Stress- und Ressourcenmanagements
- Maßnahmen zur Förderung von Entspannung und Erholung
- Maßnahmen zur Förderung des gesunden Schlafes

Suchtmittelkonsum

- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen für den risikoarmen Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

Ferner übernimmt die IKK Leistungen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung nach dem verhältnisbezogenen Ansatz bezogen auf das soziale Umfeld der jeweiligen Zielgruppe (Setting-Ansatz).

Art, Umfang und Qualitätskriterien der Leistungen (Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppe, Ziel, Inhalt, Methodik und Anbieterqualifikation) richten sich nach dem „Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000“ des GKV-SV in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Nehmen Versicherte Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung von Dritten in Anspruch, gewährt die IKK einen Zuschuss in Höhe von 80 v. H. der Kosten, maximal 150,00 Euro, mindestens 75,00 Euro je Maßnahme, sofern die tatsächlichen Kosten der Maßnahme 75,00 Euro übersteigen. Betragen die tatsächlichen Kosten der Maßnahme weniger als 75,00 Euro, gewährt die IKK einen Zuschuss in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Dabei ist die Kostenübernahme für jeden Versicherten auf insgesamt zwei Maßnahmen pro Kalenderjahr und maximal 300,00 Euro begrenzt.

(3) Präventionsmaßnahmen, die mit Übernachtungsaufenthalten (wohnortferne Kompaktangebote) verbunden sind, können Versicherte einmal pro Kalenderjahr in Anspruch nehmen. Die Kosten für diese Präventionsmaßnahmen werden mit einem Zuschuss in Höhe von bis zu 200,00 Euro pro Kalenderjahr, maximal 100,00 Euro je Maßnahme bezuschusst. Kosten, die nicht unmittelbar der Präventionsmaßnahme zuzuordnen sind (insbesondere Kosten für Verpflegung, Unterkunft, An- und Abreise), können nicht bezuschusst werden und sind bei der Rechnungsstellung getrennt aufzuführen.

Maßnahmen im Rahmen von wohnortfernen Kompaktangeboten werden auf das Präventionsbudget nach Absatz 2 angerechnet.

(4) Für Kinder, Jugendliche sowie Schüler und Studenten bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres beträgt der Zuschuss zu den Kosten 100 v. H., unter Beachtung des jeweiligen Maximalbudgets pro Kalenderjahr nach den Absätzen 2 und 3.

(5) Die Berücksichtigung der Budgethöhe nach den Absätzen 2 bis 4 gilt erstmals für individuelle Maßnahmen, die ab dem 01.07.2023 in Anspruch genommen werden. Für Maßnahmen, deren Leistungserbringung vor dem 01.07.2023 liegt, gilt die Satzung der IKK in der Fassung des 36. Nachtrages, Stand 01.01.2023.

(6) Sofern Versicherte bereits Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung im laufenden Kalenderjahr im Rahmen eines anderweitigen Versicherungsverhältnisses bei der IKK in Anspruch genommen wurden, werden diese auf das personenbezogene maximale Budget nach den Absätzen 2 und 3 pro Kalenderjahr angerechnet.

§ 5a

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Versicherte erhalten für die Teilnahme an den Bonusprogrammen nach den §§ 5b, 5c und 5d der Satzung der IKK einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten in Form einer Geldprämie nach Maßgabe der folgenden Absätze. Grundlage für die Bonusprogramme der §§ 5b, 5c und 5d der Satzung der IKK ist § 65a Abs. 1 und 1a SGB V.

(2) Die IKK unterscheidet zwischen den Bonusprogrammen „Bonus für Mitglieder und deren mitversicherte Familienangehörige (Gesundheitsbonus)“ nach § 5b der Satzung der IKK, „Bonus für Mitglieder (Aktivbonus)“ nach § 5c der Satzung der IKK und „Bonus für Familien (Babybonus)“ nach § 5d der Satzung der IKK.

Voraussetzung für die Teilnahme am Gesundheitsbonus nach § 5b der Satzung der IKK ist die Einschreibung. Die Teilnahme ist freiwillig und erfolgt durch eine elektronisch übermittelte Erklärung. Die elektronische Erklärung ist über die Online-Geschäftsstelle der IKK (https://meine.ikk-suedwest.de) im Rahmen der Online-Registrierung durch das Mitglied vorzunehmen. Sofern dies nicht möglich ist, kann im Einvernehmen mit der IKK die Teilnahme auch auf eine anderweitige geeignete Weise erklärt werden. Die Teilnahme am Bonusprogramm für das jeweilige Kalenderjahr beginnt grundsätzlich mit dem Tag der Online-Registrierung/Teilnahmebekundung, frühestens mit dem Beginn der Versicherung bei der IKK. Die Einschreibung (Online-Registrierung/Teilnahmebekundung) für das jeweilige Kalenderjahr der Teilnahme ist bereits ab dem 01.12. des Vorjahres möglich; eine rückwirkende Einschreibung ist nicht zulässig. Die Einschreibung/Teilnahmebekundung ist für jedes Kalenderjahr neu zu erklären.

Als Voraussetzung für die Teilnahme am Aktivbonus nach § 5c Abs. 2 der Satzung der IKK hat das Mitglied eine entsprechende schriftliche Erklärung gegenüber der IKK mit dem dafür von der IKK vorgesehenen Formular abzugeben. Als Voraussetzung für die Teilnahme nach § 5c Abs. 3 der Satzung der IKK ist eine elektronische Registrierung erforderlich; Näheres hierzu ist in § 5c Abs. 3 der Satzung der IKK geregelt.

Teilnehmer am Wahltarif IKK NOW nach § 16i der Satzung der IKK, die im laufenden Kalenderjahr bereits am Gesundheitsbonus nach § 5b der Satzung der IKK teilnehmen, können ihre Teilnahme am Gesundheitsbonus nach § 5b der Satzung der IKK rückwirkend für das gesamte Kalenderjahr widerrufen, wenn sie dafür am Aktivbonus nach § 5c Abs. 3 der Satzung der IKK für das entsprechende Kalenderjahr teilnehmen.

Die Teilnahme am Babybonus nach § 5d der Satzung der IKK ist formlos möglich. Näheres hierzu ist in § 5d der Satzung der IKK geregelt.

(3) Bonifizierbar sind qualitätsgesicherte sportliche Aktivitäten und Maßnahmen zur Unterstützung der gesunden Lebensführung sowie qualitätsgesicherte eigenfinanzierte Gesundheitskosten und qualitätsgesicherte Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und zur Früherkennung von Krankheiten nach den Vorschriften des SGB V in den Anlagen 1 und 2 zu § 5a der Satzung der IKK. Die Inanspruchnahme der Leistungen oder die Teilnahme an entsprechenden qualitätsgesicherten Programmen und Maßnahmen ist vom Versicherten im IKK Bonusantrag bzw. in geeigneter Form nachzuweisen. Für die Ausstellung einer Teilnahmebestätigung der Leistungserbringer übernimmt die IKK keine Kosten.

Maßnahmen, die im Rahmen des Babybonus nach § 5d der Satzung der IKK bonifiziert wurden, können nicht mehr im Rahmen des Gesundheits- bzw. Aktivbonus nach den §§ 5b bzw. 5c der Satzung der IKK eingereicht werden; Entsprechendes gilt auch im umgekehrten Fall.

(4) Die Bonuszahlung für bonifizierbare Maßnahmen erfolgt nach den weitergehenden Regelungen der §§ 5b, 5c bzw. 5d der Satzung der IKK. Die Bonuszahlung für den Gesundheitsbonus wird grundsätzlich nach Ablauf des Kalenderjahres auf Antrag gewährt. Die Auszahlung erfolgt dabei an das Mitglied. Auf gesonderten Antrag kann der Gesundheitsbonus auch unmittelbar nach der Durchführung und dem Nachweis der Maßnahme ausgezahlt werden.

Soll in begründeten Fällen (z. B. bei getrennt lebenden Ehepartnern) die Auszahlung der Geldprämie für den Gesundheitsbonus nach § 5b der Satzung der IKK an unterschiedliche Personen des Familienverbundes (Mitglied und seine mitversicherten Familienangehörigen) vorgenommen werden, erfolgt dies im Einvernehmen mit der IKK auf schriftlichen Antrag einer Person des Familienverbundes.

Sofern dabei durch den Familienverbund mehr grundsätzlich bonifizierbare Maßnahmen nach Absatz 3 nachgewiesen werden, als nach § 5b Abs. 2 der Satzung der IKK tatsächlich durch die IKK für das Kalenderjahr bonifiziert werden, wird die maximale Geldprämie nach § 5b der Satzung der IKK im Verhältnis dieser Maßnahmen des Familienverbundes zueinander aufgeteilt.

Die Höhe der Geldprämien für das Mitglied und seine mitversicherten Familienangehörigen sind im Kalenderjahr für die Bonusvariante 1 des § 5b Abs. 1 der Satzung der IKK, den Aktivbonus nach § 5c Abs. 2 der Satzung der IKK sowie den Aktivbonus nach § 5c Abs. 3, Bst. b der Satzung der IKK auf insgesamt 60,00 Euro begrenzt. Dabei sind zunächst die anteiligen Geldprämien für den Gesundheitsbonus nach § 5b der Satzung der IKK zu ermitteln.

Ist im laufenden Kalenderjahr nach Absatz 4 Satz 4 bereits eine Auszahlung erfolgt und wurde nach Absatz 2 Satz 11 die Teilnahme am Gesundheitsbonus nach § 5b der Satzung der IKK zur Teilnahme am Aktivbonus nach § 5c Abs. 3 der Satzung der IKK widerrufen, wird die bereits ausgezahlte Geldprämie auf den Aktivbonus nach § 5c Abs. 3 der Satzung der IKK, unter Berücksichtigung der Sätze 5 bis 8, angerechnet.

(5) Beitragsrückstände und andere bestehende Außenstände des Versicherten bei der IKK können mit dem auszuzahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden. Mitglieder, deren Leistungsansprüche gemäß § 16 Abs. 3a SGB V ruhen, können nicht am Bonusprogramm nach § 5c der Satzung der IKK teilnehmen.

(6) Die IKK behält sich vor, für den Fall einer gesetzlichen Änderung sowie aufgrund eines Entscheids des Verwaltungsrates der IKK (Satzungsänderung), das Bonusprogramm unter Einhaltung einer angemessenen Frist per schriftlicher Mitteilung einzustellen. Für den Aktivbonus nach § 5c der Satzung der IKK ist in diesem Fall die Auszahlung innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung zu beantragen.

§ 5b

Bonus für Mitglieder und deren mitversicherte Familienangehörige (Gesundheitsbonus)

(1) Beim Gesundheitsbonus ist grundsätzlich die Wahl zwischen zwei Varianten möglich. Die Variante ist für das Mitglied und seine mitversicherten Familienangehörigen jeweils für ein Kalenderjahr verbindlich zu wählen.

Bonusvariante 1

Es erfolgt eine Auszahlung in Höhe von bis zu 60,00 Euro im Kalenderjahr für bonifizierbare Maßnahmen im Sinne des § 5a Abs. 3 der Satzung der IKK. Eine Anrechnung bonifizierbarer Maßnahmen kann jedoch nur erfolgen, wenn zum Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme (Maßnahme) die Teilnahme im Sinne des § 5a Abs. 2 der Satzung der IKK bereits begonnen hat. Eine Übertragung in das Folgejahr ist nicht möglich.

Bonusvariante 2

Es erfolgt ein Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten für die Inanspruchnahme der in der Anlage zu § 5b der Satzung der IKK genannten privaten Gesundheitskosten in Höhe von bis zu 120,00 Euro je Kalenderjahr für das Mitglied und seiner mitversicherten Familienangehörigen. Als Nachweis dient die Rechnung über die privaten Gesundheitskosten. Grundlage für die Höhe des Zuschusses zu den privaten Gesundheitskosten sind die bonifizierbaren Maßnahmen im Sinne des § 5a Abs. 3 der Satzung der IKK. Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages in das Folgejahr ist möglich. Eine Anrechnung der privaten Gesundheitskosten kann nur erfolgen, wenn zum Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme (Durchführung der privaten Gesundheitsleistung) die Teilnahme im Sinne des § 5a Abs. 2 der Satzung der IKK bereits begonnen hat.

(2) Jede Maßnahme nach Bonusvariante 1 wird grundsätzlich mit 10,00 Euro bonifiziert, höchstens jedoch sechs Maßnahmen pro Kalenderjahr. Bei Anwendung von § 5a Abs. 4 S. 5 der Satzung der IKK kann die Bonifizierung je Maßnahme hiervon abweichen. Nach Bonusvariante 2 wird jede Maßnahme mit 20,00 Euro bonifiziert, höchstens jedoch sechs Maßnahmen pro Kalenderjahr. Der Nachweis der bonifizierbaren Maßnahmen im Sinne des § 5a Abs. 3 der Satzung der IKK kann durch das Mitglied und/oder seine mitversicherten Familienangehörigen erfolgen.

(3) Die Erklärung zur Anwendung der Bonusvariante 2 muss bis spätestens 30.04. des auf die Teilnahme folgenden Kalenderjahres erfolgen, ansonsten findet automatisch die Bonusvariante 1 Anwendung. Die Anwendung der Bonusvariante 2 ist auch ausschließlich gemeinsam für das Mitglied und seine mitversicherten Familienangehörigen möglich, ansonsten findet automatisch die Bonusvariante 1 Anwendung. Sofern bis zum 31.12. eines Jahres ein bereits vorhandener Zuschuss nach Bonusvariante 2 nicht in voller Höhe ausgeschöpft wurde, wird dieser automatisch auf das Folgejahr übertragen. Soll die Übertragung ins Folgejahr nicht erfolgen, wird die Hälfte des noch nicht abgerufenen Sparbetrages an das Mitglied ausgezahlt. § 5a Abs. 4 der Satzung der IKK gilt entsprechend.

(4) Die Höhe des Gesundheitsbonus nach der Bonusvariante 2 ist inklusive der übertragenen Bonusbeträge in das Folgejahr auf einen maximalen Betrag von 360,00 Euro begrenzt. Eine Übertragung des Gesundheitsbonus in das nächste Jahr ist maximal zweimal möglich. Ist die maximale Ansparhöhe von 360,00 Euro erreicht, muss bis spätestens zum 30.04. des Folgejahres die Erstattung für Gesundheitsleistungen beantragt werden. Erfolgt dies nicht, steht nur noch die Option der Abgeltung in Höhe der Hälfte des angesparten Betrages auf Antrag zur Verfügung.

Solange die Abgeltung nicht beantragt wird, ist keine weitere Teilnahme am Gesundheitsbonus in der Bonusvariante 2 möglich. Bereits erstattete Beträge inklusive des vom Versicherten zu tragenden Eigenanteils im Rahmen der Vorschriften über die Gewährung von

zusätzlichen Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V nach § 10 der Satzung der IKK können beim Gesundheitsbonus nach Variante 2 nicht geltend gemacht werden. § 5a Abs. 4 der Satzung der IKK gilt entsprechend.

(5) Die Teilnahme am Aktivbonus nach § 5c der Satzung der IKK und am Gesundheitsbonus nach § 5b der Satzung der IKK für dasselbe Kalenderjahr ist grundsätzlich nicht möglich; § 5a Abs. 2 S. 11 der Satzung der IKK gilt.

(6) Es gilt die gesetzliche vierjährige Verjährungsfrist gemäß § 45 SGB I.

§ 5c
Bonus für Mitglieder (Aktivbonus)

(1) Beitragspflichtige Mitglieder können unter den näheren Voraussetzungen der Absätze 2 und 3 einen Aktivbonus in Höhe von maximal 120,00 Euro als Geldprämie erhalten.

(2) Beitragspflichtige Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden sowie beitragsfreie Mitglieder gemäß den §§ 224 und 225 SGB V erhalten einen einmaligen Aktivbonus in Höhe von maximal 60,00 Euro als sofortige Geldprämie, wenn sie zwei der in der Anlage 1 und/oder 2 zu § 5a der Satzung der IKK genannten qualitätsgesicherten sportlichen Aktivitäten und Maßnahmen zur Unterstützung der gesunden Lebensführung sowie qualitätsgesicherte eigenfinanzierte Gesundheitskosten und qualitätsgesicherte Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und zur Früherkennung von Krankheiten nachweisen.

Bis zu zwei Maßnahmen können ebenso durch das Führen eines Organ- oder Knochenmarkspenderausweises, eines Nichtrauchernachweises oder eines Nachweises, dass der Body-Mass-Index (BMI) nach den Maßgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Normalbereich liegt, bonifiziert werden. Organ- oder Knochenmarkspenderausweis sowie der Nachweis zum BMI können dabei nur als zweite bonifizierbare Maßnahme berücksichtigt werden; der Bonus kann nicht durch die ausschließliche Kombination von Organ- oder Knochenmarkspenderausweis und dem Nachweis zum BMI gewährt werden.

Der Nachweis für die bonifizierbaren Maßnahmen, welche durch das Mitglied bis spätestens 31.12. des Teilnahmejahres durchgeführt wurden, ist bis spätestens 30.04. des auf die Teilnahme folgenden Kalenderjahres einzureichen. Jede einzelne der zwei Maßnahmen wird mit 30,00 Euro bonifiziert.

(3) Teilnehmer am Wahltarif IKK NOW nach § 16i der Satzung der IKK können eine Geldprämie in Höhe von maximal 120,00 Euro erhalten. Diese maximale Bonusleistung kann nur erreicht werden, wenn die folgenden Voraussetzungen nach den Buchstaben a bis c insgesamt im gleichen Kalenderjahr (Teilnahmejahr) erfüllt sind:

a) Die Teilnahme am Aktivbonus kann ausschließlich über die Online-Geschäftsstelle der IKK (https://meine.ikk-suedwest.de) im Rahmen der Online-Registrierung erfolgen.

b) Es werden zwei der in der Anlage 1 und/oder 2 zu § 5a der Satzung der IKK genannten qualitätsgesicherten sportlichen Aktivitäten und Maßnahmen zur Unterstützung der gesunden Lebensführung sowie qualitätsgesicherte eigenfinanzierte Gesundheitskosten und qualitätsgesicherte Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und zur Früherkennung von Krankheiten nachgewiesen.

Bis zu zwei Maßnahmen können ebenso durch das Führen eines Organ- oder Knochenmarkspenderausweises, eines Nichtrauchernachweises oder eines Nachweises, dass der Body-Mass-Index (BMI) nach den Maßgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Normalbereich liegt, bonifiziert werden. Organ- oder Knochenmark-

spenderausweis sowie der Nachweis zum BMI können dabei nur als zweite bonifizierbare Maßnahme berücksichtigt werden; der Bonus kann nicht durch die ausschließliche Kombination von Organ- oder Knochenmarkspenderausweis und dem Nachweis zum BMI gewährt werden.

Der Nachweis für die bonifizierbaren Maßnahmen, welche durch das Mitglied bis spätestens 31.12. des Teilnahmejahres durchgeführt wurden, ist bis spätestens 30.04. des auf die Teilnahme folgenden Kalenderjahres über die Online Geschäftsstelle einzureichen. Jede einzelne der zwei Maßnahmen wird mit 30,00 Euro bonifiziert. Als Geldprämie werden somit bis zu 60,00 Euro ausgezahlt.

c) Es wird ein Schritteziel von 150.000 erreicht. Die Geldprämie hierfür beträgt 60,00 Euro. Eine anteilige Geldprämie bei Nichterreichen der 150.000 Schritte wird nicht gewährt. Der Zeitraum für das Schrittezählen beginnt mit dem Tag der Aktivierung für die Teilnahme am Schrittezählen in der App „MOVE NOW“ durch das teilnehmende Mitglied und endet nach Ablauf von 30 Kalendertagen, spätestens jedoch am 31.12. des Teilnahmejahres.

Das Schrittezählen durch das Mitglied erfolgt im Rahmen einer automatischen Messung und anschließender Übermittlung mit der vorgenannten App. Die IKK erhält eine Benachrichtigung, wenn das Bewegungsziel von 150.000 Schritten erreicht ist. Der IKK werden dabei keine Gesundheits- und Bewegungsdaten durch die App übermittelt.

Die IKK bietet die vorgenannte App für ihre Mitglieder kostenfrei über die Online-Geschäftsstelle an. Um die App nutzen zu können, muss das Mitglied den Teilnahme- und Nutzungsbedingungen zustimmen.

Die einschlägigen jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden somit gewahrt (z. B. EU-DSGVO).

(4) Die Auszahlung ist an keine Mindestdauer der Mitgliedschaft gebunden. § 5a Abs. 4 der Satzung der IKK ist im Zusammenhang mit der Geldprämie nach Absatz 2 bzw. Absatz 3, Buchstabe b zu beachten. Der Aktivbonus wird für das Kalenderjahr der Teilnahme gezahlt und kann nicht in das folgende Kalenderjahr übertragen werden.

(5) Für Teilnehmer am Wahltarif IKK NOW nach § 16i der Satzung der IKK ist ein Wechsel innerhalb des Aktivbonus von Absatz 2 nach Absatz 3 möglich; umgekehrt nicht. Nachgewiesene und/oder ausgezahlte Maßnahmen nach Absatz 2 als auch nach § 5b der Satzung der IKK werden auf den Aktivbonus nach Absatz 3 entsprechend angerechnet.

§ 5b Abs. 5 der Satzung der IKK gilt entsprechend. Die Teilnahme am Aktivbonus nach Absatz 2 vor dem Kalenderjahr 2017 ist für die Bonusgewährung unschädlich.

§ 5d

Bonus für Familien (Babybonus)

(1) Die IKK gewährt ihren versicherten Neugeborenen einen Bonus gemäß § 65a SGB V bis zu einer Höhe von 100,00 Euro nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Voraussetzung für die Gewährung des Bonus nach Absatz 1 ist die Durchführung der Kinderuntersuchungen U1 und U2 gemäß der Richtlinie zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern des Gemeinsamen Bundesausschusses (Kinder-Richtlinie G-BA) bei dem IKK-versicherten Neugeborenen.

Der Bonus wird zur Hälfte (50,00 Euro) als Geldprämie im Rahmen einer Barauszahlung gewährt. Der restliche Bonusanteil in Höhe von 50,00 Euro kann als Zuschuss für private Gesundheitskosten anlässlich der Geburt des IKK-versicherten Neugeborenen beansprucht werden, maximal jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten.

Zu den privaten Gesundheitskosten zählen ausschließlich die Aufwendungen für ein Eltern- bzw. Familienzimmer zur Unterbringung des begleitenden Elternteils des IKK-versicherten Neugeborenen oder des Ehegatten/Lebenspartner der Mutter des IKK-versicherten Neugeborenen.

Eine volle oder teilweise Abgeltung des Zuschussanteils für private Gesundheitskosten als Barleistung ist nicht möglich.

Die Nachweisführung erfolgt durch das Kinderuntersuchungsheft gemäß Anlage 1 der Kinder-Richtlinie des G-BA sowie der Vorlage der Rechnung zu den privaten Gesundheitskosten.

(3) Der Anspruch auf die Erstattung privater Gesundheitskosten im Zusammenhang mit der Geburt des IKK-versicherten Neugeborenen kann bei Mehrlingsgeburten nur einmalig geltend gemacht werden.

(4) Die Regelungen nach den Absätzen 1 bis 3 finden erstmals Anwendung für Geburten ab dem 01.10.2022.

§ 5e

Bonusprogramm Krankenversicherung Ausland (IKK TravelFit)

(1) Versicherte erhalten für die Teilnahme am Bonusprogramm gemäß § 65a Abs. 1a SGB V einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Die Teilnahme am Bonus kann ausschließlich über die Online-Geschäftsstelle der IKK (www.ikk-suedwest.de) erfolgen.

(3) Die Teilnahme ist freiwillig und erfolgt für ein Zeitjahr, beginnend mit dem Tag der Teilnahme am Präventionskurs. Es erfolgt keine automatische Verlängerung. Versicherte, die darüber hinaus am Bonusprogramm IKK TravelFit teilnehmen möchten, können die Teilnahme erneut über die Online-Geschäftsstelle der IKK erklären.

(4) Im Rahmen von IKK TravelFit wird die Teilnahme am von der „Stiftung Gesundheit“ sowie dem „EGESUND Verlag“ zertifizierten und damit qualitätsgesicherten Präventionskurs „Reisen und Gesundheit“ der IKK im Sinne des § 65a Abs. 1a SGB V bonifiziert.

(5) Als Bonus erhalten die Versicherten der IKK eine private Auslandsreisekrankenversicherung, für die die IKK im Rahmen von IKK TravelFit für ein Zeitjahr die Prämienzahlung übernimmt.

Die Versicherung kann als Single- oder Familientarif durchgeführt werden. Voraussetzung für die Durchführung als Familientarif ist, dass zusätzlich zum bonusbeantragenden Versicherten mindestens eine weitere Person des Familienverbundes zum Zeitpunkt der Bonifizierung und des Teilnahmebeginns an IKK TravelFit bei der IKK versichert ist.

§ 6

Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Bei der Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber erhalten der Arbeitgeber sowie die teilnehmenden IKK-versicherten Arbeitnehmer einen Bonus nach Maßgabe der §§ 6a und 6b der Satzung der IKK. Dabei wird zwischen dem Versichertenbonus für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber und dem Arbeitgeberbonus für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber unterschieden.

(2) Grundlage für einen Bonus zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist § 65a Abs. 2 SGB V.

§ 6a

Versichertenbonus für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber

(1) Der Bonus beträgt bis zu 150,00 Euro je teilnehmendem IKK-versicherten Arbeitnehmer und Kalenderjahr. Er wird dem Versicherten ausgezahlt, sofern die Teilnahme an einer Maßnahme in der von der IKK definierten Form vom Arbeitgeber nachgewiesen wurde.

(2) Die IKK schließt hierzu mit dem Arbeitgeber einen Bonusvertrag nach § 6b Abs. 3 der Satzung der IKK ab.

§ 6b

Arbeitgeberbonus für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber

(1) Der Bonus beträgt maximal 5.000,00 Euro je Kalenderjahr und darf die Höhe der tatsächlichen Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Gesundheitsförderung nicht übersteigen.

(2) Für Maßnahmen, die bereits Gegenstand von Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutz sind, kann keine Bonuszahlung erfolgen.

(3) Nähere Voraussetzungen zur Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus werden in einem individuellen Bonusvertrag mit dem jeweiligen Arbeitgeber vereinbart.

§ 7

Zuschüsse zu Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Abs. 2 SGB V

Zu den übrigen Kosten ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten wird gemäß § 23 Abs. 2 S. 2 SGB V ein Zuschuss von 13,00 Euro kalendertäglich gezahlt. Der Zuschuss für chronisch kranke Kleinkinder im Alter von ein bis fünf Jahren gemäß § 23 Abs. 2 S. 3 SGB V beträgt 21,00 Euro kalendertäglich.

§ 8

Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V

Die IKK erbringt für Versicherte, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, als häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung zusätzlich zur Behandlungspflege Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für die Dauer der Notwendigkeit, längstens für acht Wochen je Krankheitsfall.

§ 9

Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 1 SGB V

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, sofern die Anspruchsvoraussetzungen gemäß § 38 Abs. 1 S. 1 SGB V vorliegen und das im Haushalt lebende Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

(2) Außerdem erbringt die IKK unter der Voraussetzung, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, Haushaltshilfe auch neben ambulanter ärztlicher Behandlung für die Dauer der Notwendigkeit längstens für 150 Einsatzstunden je Krankheitsfall, wenn dem Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 kann die IKK in begründeten Ausnahmefällen bei medizinischer Notwendigkeit Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung stellen.

§ 10

Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V (IKK Gesundheitskonto)

(1) Die IKK stellt ihren Versicherten zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V im Rahmen des IKK Gesundheitskontos zur Verfügung. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden §§ 10a bis 10l der Satzung der IKK.

(2) Rechnungen für erbrachte Leistungen ab dem 01.01.2019 werden jeweils maximal bis zu einer Höhe der in den §§ 10a bis 10l der Satzung der IKK genannten Beträgen erstattet.

Sofern bereits Teilerstattungen durch andere Leistungsträger erfolgt sind, werden diese entsprechend rechnungsmindernd berücksichtigt. Die IKK erstattet somit den verbleibenden Restbetrag, maximal die in den §§ 10a bis 10l der Satzung der IKK genannten Beträge. Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V können unmittelbar nach der Durchführung ausgezahlt werden. Eine Auszahlung kann jedoch nur dann vorgenommen werden, wenn zum Zeitpunkt der Leistung eine Versicherung bei der IKK besteht. Beitragsrückstände und andere bestehende Außenstände des Versicherten bei der IKK können mit dem auszuzahlenden Betrag zum Auszahlungszeitpunkt aufgerechnet werden, sofern dies gemäß § 51 SGB I zulässig ist. Mitglieder, deren Leistungsansprüche zum Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme bzw. der Antragstellung gemäß § 16 Abs. 3a SGB V ruhen, können keine Erstattung von zusätzlichen Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V in Anspruch nehmen.

(3) Maßgeblich für die Zuordnung zum jeweiligen Anspruchszeitraum nach Absatz 1 ist der tatsächliche Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme (Abgabedatum). Zur Erstattung ist der IKK eine spezifizierte Rechnung, grundsätzlich im Original inklusive Quittierungsvermerk oder separatem Zahlungsnachweis, vorzulegen; Näheres regelt die Kassenordnung. Gegebenenfalls anfallende Kosten für das Ausstellen einer detaillierten Rechnung werden von der IKK nicht erstattet.

(4) Bei der Inanspruchnahme zusätzlicher medizinischer Vorsorgeleistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 23 SGB V ist die Notwendigkeit in geeigneter Weise ärztlich zu bestätigen.

(5) Die IKK behält sich vor, für den Fall einer gesetzlichen Änderung sowie aufgrund eines Entscheids des Verwaltungsrates der IKK (Satzungsänderung), die Regelungen zu den §§ 10 bis 10l der Satzung der IKK unter Einhaltung einer angemessenen Frist per schriftlicher Mitteilung zu ändern oder einzustellen.

§ 10a
Homöopathie

(1) Versicherte können Leistungen der Homöopathie in Anspruch nehmen, wenn diese notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Leistung nicht durch den G-BA ausgeschlossen ist.

(2) Der Anspruch einer homöopathischen Versorgung besteht außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung für eine umfassende Erstanamnese, homöopathische Analyse inklusive Repertorisation – gegebenenfalls mit Arzneimittelauswahl – sowie die Folgeanamnese und Beratung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem qualifizierten Leistungserbringer durchgeführt wird, der

a) approbierter Privat- oder Vertragsarzt ist und

- die Zusatzbezeichnung Homöopathie über die Ärztekammer der jeweiligen Bundesländer erworben hat oder
- im Besitz des Homöopathie-Diploms nach den Kriterien des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (DZVhÄ) ist oder
- das SHZ-Siegel der Stiftung Homöopathie Zertifikate (SHZ) innehat oder
- im Therapeutenregister der Qualitätskonferenz des Bundes Klassischer Homöopathen Deutschlands e.V. (BKHD) eingetragen ist oder

- ordentliches Mitglied in einem Verband bzw. Verein der Fachrichtung Homöopathie, wie z. B. dem Verband klassischer Homöopathen Deutschlands e.V. (VKHD e.V.), ist, der eine eigene Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist, die sich grundsätzlich an den Qualitätsrichtlinien der SHZ bzw. des BKHD orientiert oder
- Aus- und Fortbildungen absolviert hat, die inhaltlich den Kriterien nach Absatz 2, Buchstabe a, Punkt 5 entsprechen müssen. Die regelmäßige Fortbildung ist auf Verlangen der IKK nachzuweisen.

oder

b) Heilpraktiker mit Berufserlaubnis (Besitz der gesetzlich vorgeschriebenen Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes) ist und

- im Besitz des SHZ-Siegels der Stiftung Homöopathie Zertifikate (SHZ) ist oder
- im Therapeutenregister der Qualitätskonferenz des Bundes Klassischer Homöopathen Deutschlands e.V. (BKHD) eingetragen ist oder
- ordentliches Mitglied in einem Verband bzw. Verein der Fachrichtung Homöopathie, wie z. B. dem Verband klassischer Homöopathen Deutschlands e.V. (VKHD e.V.), ist, der eine eigene Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist, die sich grundsätzlich an den Qualitätsrichtlinien der SHZ bzw. des BKHD orientiert oder
- Aus- und Fortbildungen absolviert hat, die inhaltlich den Kriterien nach Absatz 2, Buchstabe b, Punkt 3 entsprechen müssen. Die regelmäßige Fortbildung ist auf Verlangen der IKK nachzuweisen.

(3) Die IKK übernimmt die Kosten für maximal fünf Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 30,00 Euro pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Die nach § 10c der Satzung der IKK in Anspruch genommenen Sitzungen werden auf die maximale Anzahl der Sitzungen nach § 10a der Satzung der IKK angerechnet.

(4) Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage der Rechnung des Leistungserbringers, welche die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 der Satzung der IKK erfüllt. Näheres zum Feststellungsverfahren regelt die Kassenordnung. Im Rahmen der Behandlung erforderliche homöopathische Arzneimittel fallen unter das Erstattungsverfahren nach § 10f der Satzung der IKK.

§ 10b

Osteopathie/Chirotherapie

(1) Versicherte können osteopathische/chirotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den G-BA ausgeschlossen ist.

(2) Der Anspruch auf osteopathische Leistung setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem berufsrechtlich befugten Leistungserbringer durchgeführt wird, der

a) approbierter Privat- oder Vertragsarzt ist und

- über die Ärztekammer der jeweiligen Bundesländer ein Zertifikat bzw. eine Zusatzbezeichnung erworben hat, was zur Ausübung der Osteopathie berechtigt (z. B. Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin) oder

- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie ist, wie z. B. dem Verband der Osteopathen Deutschland e.V. (VOD e.V.), der für sich eine separate Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder
- im Besitz eines Diploms eines Mitgliedsverbandes des europäischen Dachverbandes für ärztliche Osteopathie (EROP), wie z. B. der „Deutsch-Amerikanische Akademie für Osteopathie (DAAO) e. V.“, ist oder
- die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie erfüllt. In diesem Fall ist die regelmäßige Fortbildung, die inhaltlich den Kriterien nach Absatz 2, Buchstabe a, Punkt 2 entsprechen muss, auf Verlangen der IKK nachzuweisen.

oder

b) Heilpraktiker mit Berufserlaubnis (Besitz der gesetzlich vorgeschriebenen Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes) ist und

- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie ist, wie z. B. dem Verband der Osteopathen Deutschland e.V. (VOD e.V.), der für sich eine separate Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder
- die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie erfüllt. In diesem Fall ist die regelmäßige Fortbildung, die inhaltlich den Kriterien nach Absatz 2, Buchstabe b, Punkt 1 entsprechen muss, auf Verlangen der IKK nachzuweisen.

oder

c) Physiotherapeut ist und

- in Deutschland die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Physiotherapeut oder Physiotherapeutin nach dem Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) besitzt und
- im Besitz einer uneingeschränkten Berufserlaubnis für Heilpraktiker (gesetzlich vorgeschriebene Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes) ist.

Weitere Voraussetzung ist, dass der Physiotherapeut

- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie ist, wie z. B. dem Verband der Osteopathen Deutschland e.V. (VOD e.V.), der für sich eine separate Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder
- die osteopatische Ausbildung des Bundesverbandes selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V. abgeschlossen hat oder
- die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie erfüllt. In diesem Fall ist die regelmäßige Fortbildung, die inhaltlich den Kriterien nach Absatz 2, Buchstabe c, Punkt 3 entsprechen muss, auf Verlangen der IKK nachzuweisen.

(3) Der Anspruch auf chirotherapeutische Leistung setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem berufsrechtlich befugten Leistungserbringer durchgeführt wird, der

a) approbierter Privat- oder Vertragsarzt ist und

- über die Ärztekammer der jeweiligen Bundesländer ein Zertifikat bzw. eine Zusatzbezeichnung erworben hat, was zur Ausübung der Chirotherapie berechtigt (z. B. Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin/Chirotherapie) oder
- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Chiropraktik ist, wie z. B. die „Deutsch-Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e. V. (DAGC)“, die für sich eine separate Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine chiropraktische Ausbildung sowie eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder
- im Besitz eines Diploms der anerkannten Chiropraktik Akademien ist (z. B. Bachelor of Science B.Sc. (Chiropractic), Master of Science M.Sc. (Chiropractic), Doctor of Chiropractic, Master of Chiropractic) oder
- die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Chiropraktik erfüllt. In diesem Fall ist die chiropraktische Ausbildung und regelmäßige Fortbildung, die inhaltlich den Kriterien nach Absatz 3, Buchstabe a, Punkt 2 entsprechen muss, auf Verlangen der IKK nachzuweisen.

oder

b) Heilpraktiker

- mit Berufserlaubnis (Besitz der gesetzlich vorgeschriebenen Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes) ist oder
- im Besitz einer eingeschränkten Berufserlaubnis für Heilpraktiker (gesetzlich vorgeschriebene Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes – beschränkt auf den Bereich der Chiropraktik) ist.

Weitere Voraussetzung ist, dass der Heilpraktiker

- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Chiropraktik ist, wie z. B. die „Deutsch-Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e. V. (DAGC)“, die für sich eine separate Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine chiropraktische Ausbildung sowie eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder
- im Besitz eines Diploms der anerkannten Chiropraktik Akademien ist (z. B. Bachelor of Science B.Sc. (Chiropractic), Master of Science M.Sc. (Chiropractic), Doctor of Chiropractic, Master of Chiropractic) oder
- die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Chiropraktik erfüllt. In diesem Fall ist die chiropraktische Ausbildung und regelmäßige Fortbildung, die inhaltlich den Kriterien nach Absatz 3, Buchstabe b, Punkt 3 entsprechen muss, auf Verlangen der IKK nachzuweisen.

oder

c) Physiotherapeut ist und

- in Deutschland die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Physiotherapeut oder Physiotherapeutin nach dem Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) besitzt und
- im Besitz einer uneingeschränkten Berufserlaubnis für Heilpraktiker (gesetzlich vorgeschriebene Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes) ist oder
- im Besitz einer eingeschränkten Berufserlaubnis für Heilpraktiker (gesetzlich vorgeschriebene Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes – beschränkt auf den Bereich der Chiropraktik) ist.

Weitere Voraussetzung ist, dass der Physiotherapeut

- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Chiropraktik ist, wie z. B. die „Deutsch-Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e. V. (DAGC)“, die für sich eine separate Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine chiropraktische Ausbildung sowie eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder
- im Besitz eines Diploms der anerkannten Chiropraktik Akademien (z. B. Bachelor of Science B.Sc. (Chiropractic), Master of Science M.Sc. (Chiropractic), Doctor of Chiropractic, Master of Chiropractic) ist oder
- die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Chirotherapie erfüllt. In diesem Fall ist die chirotherapeutische Ausbildung und regelmäßige Fortbildung, die inhaltlich den Kriterien nach Absatz 3, Buchstabe c, Punkt 4 entsprechen muss, auf Verlangen der IKK nachzuweisen.

(4) Die IKK übernimmt die Kosten für osteopathische und chirotherapeutische Leistungen insgesamt für maximal fünf Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 30,00 Euro je Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(5) Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage der Rechnung des Leistungserbringers, welche die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 der Satzung der IKK erfüllt. Näheres zum Feststellungsverfahren regelt die Kassenordnung. Die im Rahmen der Behandlung erforderlichen Arzneimittel fallen unter das Verfahren nach § 10f der Satzung der IKK.

§ 10c

Sonstige Naturheilverfahren

(1) Versicherte können Leistungen im Rahmen des Naturheilverfahrens in Anspruch nehmen, wenn diese notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Leistung nicht durch den G-BA ausgeschlossen ist.

(2) Der Anspruch besteht außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung und umfasst grundsätzlich die Leistungen nach dem Hufelandverzeichnis der Hufelandgesellschaft e.V. Darüber hinaus können auch alternative Heilmethoden, die sich an die Leistungen des Hufelandverzeichnisses anlehnen bzw. daraus ableiten lassen, von der IKK übernommen werden.

Hiervon ausgenommen sind jedoch die Naturheilverfahren Homöopathie und Osteopathie/Chirotherapie. Die Leistungsübernahme für Homöopathie und Osteopathie/Chirotherapie ist in den §§ 10a und 10b der Satzung der IKK separat geregelt.

Voraussetzung ist, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem qualifizierten Leistungserbringer durchgeführt wird, der

a) approbierter Privat- oder Vertragsarzt ist und

- über die Ärztekammer der jeweiligen Bundesländer ein Zertifikat bzw. eine Zusatzbezeichnung erworben hat, was zur Ausübung des Naturheilverfahrens berechtigt (z. B. die Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren, Akupunktur) oder
- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Naturheilkunde ist, wie z. B. die Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e. V. (DÄGfA), der für sich eine separate Berufsordnung oder

Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder

- die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Naturheilkunde erfüllt. In diesem Fall ist die regelmäßige Fortbildung, die inhaltlich den Kriterien nach Absatz 2, Buchstabe a, Punkt 2 entsprechen muss, auf Verlangen der IKK nachzuweisen.

oder

b) Heilpraktiker mit Berufserlaubnis (Besitz der gesetzlich vorgeschriebenen Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes) ist und

- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Naturheilkunde ist, der für sich eine separate Berufsordnung, wie z. B. die Berufsordnung für Heilpraktiker (BOH), oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder
- die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Naturheilkunde erfüllt. In diesem Fall ist die regelmäßige Fortbildung gemäß der Therapierichtlinie des Dachverbandes Deutscher Heilpraktiker e.V. (DDH) auf Verlangen der IKK nachzuweisen.

oder

c) Physiotherapeut ist und

- in Deutschland die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Physiotherapeut oder Physiotherapeutin nach dem Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) besitzt und
- eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis für den Bereich der Physiotherapie besitzt.

Weitere Voraussetzung ist, dass der Physiotherapeut

- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Physiotherapie ist (z. B. Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V. oder Verband Physikalische Therapie (VPT) e.V.), der für sich eine separate Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder
- die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Physiotherapie erfüllt. In diesem Fall ist die regelmäßige Fortbildung, die inhaltlich den Kriterien nach Absatz 2, Buchstabe c, Punkt 3 entsprechen muss, auf Verlangen der IKK nachzuweisen.

oder

d) Physiotherapeut ist und

- in Deutschland die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Physiotherapeut oder Physiotherapeutin nach dem Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) besitzt und
- die Verordnung der physikalischen Maßnahmen durch eine dazu berechtigte Person erfolgt ist.

Weitere Voraussetzung ist, dass der Physiotherapeut

- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Physiotherapie ist (z. B. Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V. oder Verband Physikalische Therapie (VPT) e.V.), der für sich

eine separate Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder

- die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Physiotherapie erfüllt. In diesem Fall ist die regelmäßige Fortbildung, die inhaltlich den Kriterien nach Absatz 2, Buchstabe d, Punkt 3 entsprechen muss, auf Verlangen der IKK nachzuweisen.

(3) Die IKK übernimmt die Kosten für maximal fünf Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 30,00 Euro pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Die nach § 10a der Satzung der IKK in Anspruch genommenen Sitzungen werden auf die maximale Anzahl der Sitzungen nach § 10c der Satzung der IKK angerechnet.

(4) Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage der Rechnung des Leistungserbringers, welche die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 der Satzung der IKK erfüllt. Näheres zum Feststellungsverfahren regelt die Kassenordnung. Die im Rahmen der Behandlung erforderlichen Arzneimittel fallen unter das Verfahren nach § 10f der Satzung der IKK.

(5) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 32 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des G-BA bleibt unberührt.

§ 10d

Medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Versicherte können eine medizinische Vorsorgeleistung in Anspruch nehmen, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder deren Krankheitsbeschwerden zu vermeiden und die Behandlungsmethode nicht durch den G-BA ausgeschlossen ist.

(2) Folgende abschließend genannten medizinischen Vorsorgeleistungen (außerhalb des gesetzlichen Leistungskataloges) können Versicherte in Anspruch nehmen:

a) Darmkrebsvorsorge

b) Brustkrebsvorsorge

c) Hautkrebsvorsorge

d) Gesundheits-Check-Up (Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten)

Hierzu zählen alle Maßnahmen, die nach der Richtlinie des G-BA über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten als Inhalt von Gesundheitsuntersuchungen festgelegt sind.

e) Ultraschalluntersuchung, welche nicht unter § 10g der Satzung der IKK fallen

Voraussetzung ist, dass die Leistungen nach den Buchstaben a bis e von einem qualifizierten Leistungserbringer durchgeführt werden, der approbierter Privat- oder Vertragsarzt ist und dass eine Erkrankung, bezogen auf die jeweilige Untersuchung, noch nicht vorliegt, jedoch Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

(3) Die IKK erstattet je Versicherten innerhalb eines Kalenderjahres einmalig je Leistung nach Absatz 2, Buchstaben a bis e die tatsächlich entstandenen Kosten in voller Höhe, jedoch maximal bis zu einem Betrag von 30,00 Euro je Untersuchung. Soweit die Leistungen nach Absatz 2, Buchstaben a bis e bereits im gleichen Kalenderjahr in Anspruch genommen wurden

und die IKK hierfür die Kosten im Rahmen einer vertraglichen Vereinbarung übernommen hat, ist insoweit eine Kostenerstattung nicht möglich.

(4) Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage der Rechnung des Leistungserbringers, welche die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 der Satzung der IKK erfüllt.

§ 10e

Zahnärztliche Leistungen

(1) Versicherte können ergänzend zu den Leistungen gemäß § 28 Abs. 2 SGB V folgende zahnärztliche Leistungen bei einem approbierten Privat- oder Vertragszahnarzt in Anspruch nehmen:

a) Professionelle Zahnreinigung

b) Versiegelung der kariesfreien vorderen Backenzähne/Prämolaren (vom sechsten bis zum vollendeten 14. Lebensjahr)

c) Vollnarkose, orale oder intravenösen Sedierung, Hypnosebehandlung oder Lachgas-Sedierung bei chirurgischer Entfernung von mindestens einem Weisheitszahn (bis zum vollendeten 26. Lebensjahr)

(2) Die professionelle Zahnreinigung umfasst das Entfernen der gingivalen/supragingivalen Beläge auf Wurzel- und Zahnoberflächen einschließlich der Reinigung der Zahnzwischenräume, die Oberflächenpolitur, das Entfernen des Biofilms und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.

(3) Je Leistung nach Absatz 1 erstattet die IKK einmal pro Kalenderjahr die Kosten in voller Höhe, maximal jedoch bis zu einem Betrag von 50,00 Euro je Leistung nach Absatz 1, Buchstabe a und b sowie maximal bis zu einem Betrag von 100,00 Euro für die Leistung nach Absatz 1, Buchstabe c.

(4) Ein Anspruch auf Erstattung der professionellen Zahnreinigung im Rahmen des IKK Gesundheitskontos besteht nicht, wenn der Versicherte bereits im gleichen Kalenderjahr eine professionelle Zahnreinigung durch einen Indento-Vertragszahnarzt in Anspruch genommen und die IKK hierfür die Kosten im Rahmen einer vertraglichen Vereinbarung übernommen hat.

(5) Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage der Rechnung des Vertragszahnarztes, welche die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 der Satzung der IKK erfüllt.

§ 10f

Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

(1) Versicherte können nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Anthroposophie, Homöopathie und Phytotherapie in Anspruch nehmen, wenn diese notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den G-BA ausgeschlossen ist.

(2) Eine Erstattung ist zulässig, wenn die Verordnung durch eine berechtigte Person erfolgt ist.

(3) Die Versorgung muss durch eine Apotheke oder einem nach dem deutschen Recht zulässigen Versandhandel für Arzneimittel aufgrund einer Verordnung erfolgt sein.

(4) Die IKK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten der nach Absatz 1 genannten Arzneimittel in voller Höhe, jedoch maximal bis zu einem Gesamtbetrag von 30,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage der Verordnung sowie der Rechnung der Apotheke, welche die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 der Satzung der IKK erfüllt.

(5) Abweichend von den Absätzen 2 bis 4 ist auch der Auslagenersatz für Arzneimittel, die grundsätzlich apothekenpflichtig sind, jedoch durch eine berechtigte Person im Rahmen des Praxisbedarfs (Sprechstundenbedarfs) unter Beachtung des Arzneimittelgesetzes (AMG) verwendet bzw. für die individuelle Verwendung hergestellt werden, erstattungsfähig. In diesen Fällen erfolgt die Erstattung unter Vorlage der Rechnung der berechtigten Person.

(6) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 S. 2 bis 5 SGB V i. V. m. den Richtlinien des G-BA bleibt unberührt.

§ 10g

Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt

(1) Versicherte können folgende Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt in Anspruch nehmen:

1. Vorsorgeleistungen, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken und/oder Risikofaktoren früh zu erkennen. Die jeweilige Behandlungsmethode darf nicht durch den G-BA ausgeschlossen und die Maßnahme auch nicht bereits nach den „Mutterschafts-Richtlinien“ des G-BA Bestandteil der ärztlichen Versorgung sein:

   a) Toxoplasmose-Test

   b) Nackenfaltenmessung

   c) Trisomie-Test (z. B. Triple-Test)

   d) Antikörperbestimmung bei Schwangerschaft auf Ringelröteln und Windpocken

   e) Streptokokken-Test

   f) Zytomegalie-Test

   g) PH-Selbsttest

   h) Spezielle Ultraschalluntersuchung für Schwangere

   Voraussetzung ist, dass die vorgenannten Leistungen von einem qualifizierten Leistungserbringer durchgeführt werden, der approbierter Privat- oder Vertragsarzt ist und zusätzlich über die Facharztanerkennung Frauenheilkunde und Geburtshilfe verfügt.

2. Alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel als Mono- oder Kombinationspräparat mit den Wirkstoffen Eisen oder Magnesium oder Folsäure. Die Versorgung muss durch eine Apotheke oder einem nach dem deutschen Recht zulässigen Versandhandel für Arzneimittel aufgrund einer ärztlichen Verordnung (Privatrezept) erfolgt sein.

(2) Die IKK erstattet pro Schwangerschaft grundsätzlich die tatsächlich entstandenen Kosten nach Absatz 1 in voller Höhe, jedoch für sämtliche Leistungen insgesamt nicht mehr als 150,00 Euro. Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage einer Rechnung, welche die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 der Satzung der IKK erfüllt. Für die Erstattung der Kosten der nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel ist zusätzlich das Privatrezept vorzulegen.

(3) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 S. 2 bis 5 SGB V i. V. m. den Richtlinien des G-BA bleibt unberührt. Ein Anspruch für die in Absatz 1 Nr. 2 genannten Wirkstoffe in Nahrungsergänzungsmitteln sowie Arzneimittel, die vom G-BA ausgeschlossen sind, besteht nicht.

§ 10h

Künstliche Befruchtung

(1) Die IKK übernimmt 50 v. H. der mit dem Behandlungsplan gemäß § 27a Abs. 3 SGB V genehmigten Kosten, die bei ihren Versicherten von einem zugelassenen oder gemäß § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer durchgeführt wurden.

(2) Zusätzlich übernimmt die IKK für ihre Versicherten die restlichen 50 v. H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten, jedoch maximal bis zu 1.000,00 Euro pro Ehepaar je Behandlungsversuch, wenn und solange eine hinreichende Aussicht auf Herbeiführung einer Schwangerschaft im Sinne des 8. Punktes der Richtlinien über künstliche Befruchtung besteht. Der Zuschuss wird maximal bis zur Höhe der des/der IKK-Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten gezahlt.

(3) Grenzgänger, die ihren gewöhnlichen Wohnsitz in Deutschland haben und aufgrund von über- bzw. zwischenstaatlichen Regelungen im Ausland versichert sind und die IKK als aushelfenden Träger gewählt haben (vgl. EG-Verordnung 883/04), werden in der Beurteilung der Kostenübernahme den Versicherten der IKK gleichgestellt.

(4) Erfolgt erst während einer begonnenen Behandlung ein Wechsel zur IKK, ist ein neuer Behandlungsplan zur Genehmigung einzureichen, der als Grundlage für eine zusätzliche Kostenübernahme nach Absatz 2 ab dem Mitgliedschaftsbeginn dient.

(5) Erhält das Ehepaar Leistungen von Dritten (z. B. nach Bundes- oder Landesrecht), werden diese insoweit auf die Kostenübernahme nach Absatz 2 angerechnet, als hierdurch die tatsächlich entstandenen Kosten des jeweiligen Versuchs überschritten würden.

(6) Zur Erstattung ist der IKK eine spezifizierte Rechnung, grundsätzlich im Original inklusive Quittierungsvermerk oder separatem Zahlungsnachweis, vorzulegen; Näheres regelt die Kassenordnung.

(7) Die Regelungen nach den Absätzen 1 und 2 finden erstmals Anwendung bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die ab dem 01.01.2019 bewilligt werden. Für Behandlungen, die vor dem 01.01.2019 bewilligt wurden, gilt die Satzung der IKK in der Fassung des 25. Nachtrages, Stand 08.09.2018. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des Antrages (Datum Poststempel) bei der IKK.

§ 10i

Geburtsvorbereitungskurs

(1) Die IKK unterstützt die bei ihr versicherte Schwangere über die in § 24d SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus mit einem Zuschuss zu den Kosten für die von der Hebamme durchgeführte Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, welche für die Teilnahme einer Begleitperson entstanden sind.

Als Begleitperson zählen nahe Angehörige und Personen aus dem engsten persönlichen Umfeld der Schwangeren, analog der Regelungen in § 44b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 Bst. a und b SGB V. Die Hebamme muss dabei die Voraussetzung gemäß § 134a Abs. 2 SGB V erfüllen.

Die Erstattung ist maximal auf die Höhe der Vergütung, die die jeweils geltende Fassung des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe gemäß § 134a SGB V zum Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme vorsieht, beschränkt.

(2) Zur Erstattung ist der IKK eine spezifizierte Rechnung, grundsätzlich im Original inklusive Quittierungsvermerk oder separatem Zahlungsnachweis, vorzulegen; Näheres regelt die Kassenordnung.

(3) Der Anspruch besteht nicht, wenn die Kostenerstattung für den digitalen Geburtsvorbereitungskurs „Hey Papa Geburtsvorbereitungskurs“ im Rahmen der Keleya-Schwangerschafts-App beansprucht wurde.

§ 10j

Rufbereitschaft von Hebammen

(1) Versicherte der IKK, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, haben Anspruch auf Erstattung der Kosten, die für die Rufbereitschaft der freiberuflich tätigen Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen.

(2) Ein Anspruch auf die Kostenerstattung nach Absatz 1 besteht nur, wenn

- die Versicherte während ihrer Schwangerschaft und außerdem bei der Geburt die Hilfe der freiberuflichen Hebamme in Anspruch nimmt und
- die Rufbereitschaft eine 24-stündige Erreichbarkeit der freiberuflichen Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe umfasst und
- die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. gemäß § 13 Abs. 4 SGB V zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist.

(3) Die IKK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten der Rufbereitschaft, maximal jedoch bis zu einem Betrag von 250,00 Euro je Schwangerschaft.

(4) Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Rufbereitschaften weiterer Hebammen besteht nicht.

(5) Der Anspruch besteht nicht, wenn und soweit der Versicherten im Rahmen einer von der Kasse vereinbarten besonderen Versorgungsform oder eines gemäß § 134a SGB V geschlossenen Vertrages die Rufbereitschaft einer Hebamme als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann.

(6) Zur Erstattung ist der IKK eine spezifizierte Rechnung, grundsätzlich im Original inklusive Quittierungsvermerk oder separatem Zahlungsnachweis, vorzulegen; Näheres regelt die Kassenordnung.

(7) Ein Anspruch auf Kostenübernahme nach Absatz 3 besteht nicht, wenn die Schwangerschaft vor dem 01.01.2017 geendet hat.

§ 10k

Früherkennungsuntersuchung zur Feststellung von Schwachsichtigkeit und Schielen für Kinder

(1) Versicherte Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder bis zur Vollendung des fünften Lebensjahres können eine Früherkennungsuntersuchung zur Feststellung von Schwachsichtigkeit und Schielen und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese dazu geeignet und notwendig ist, Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Weitere Voraussetzung ist, dass eine entsprechende Erkrankung noch nicht vorliegt.

(2) Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde (Augenarzt/Augenärztin) führen.

(3) Die IKK erstattet einmalig je Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten nach Absatz 1 in voller Höhe, jedoch maximal bis zu einem Betrag von 30,00 Euro. Zur Erstattung ist der IKK eine spezifizierte Rechnung, grundsätzlich im Original inklusive Quittierungsvermerk oder separatem Zahlungsnachweis, vorzulegen; Näheres regelt die Kassenordnung.

§ 10l

Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

(1) Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden.

(2) Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.

(3) Die IKK erstattet je Versicherten einmal jährlich die tatsächlich entstandenen Kosten nach Absatz 1 in voller Höhe, jedoch maximal bis zu einem Betrag von 150,00 Euro. Zur Erstattung ist der IKK eine spezifizierte Rechnung, grundsätzlich im Original inklusive Quittierungsvermerk oder separatem Zahlungsnachweis, vorzulegen; Näheres regelt die Kassenordnung.

§ 11a
Hilfsmittel

(1) Die IKK bietet ihren Versicherten als zusätzliche Leistung gemäß § 11 Abs. 6 SGB V die Versorgung bzw. (teilweise) Kostenerstattung folgender Hilfsmittel an:

- Allergiker-Encasings (Zwischenbettbezüge)
- Neurodermitisschutzkleidung
- Schwimmschutz-Otoplastiken

(2) Grundsätzliche Voraussetzung für die Kostenübernahme bzw. -erstattung ist die Antragstellung durch den Versicherten sowie das Vorliegen einer Erkrankung, die eine Versorgung mit einem der vorgenannten Hilfsmittel erforderlich macht, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder anzustreben.

(3) Weitere Voraussetzungen sind außerdem:

- Das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung mit leistungsbegründender Diagnose, welche nicht älter als 28 Tage sein darf.
- Die Erfüllung der Kriterien einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung sowie der Qualitätsanforderungen im Sinne des § 139 Abs. 2 SGB V.
- Das Hilfsmittel darf vom Versicherten ausschließlich in eigener Verantwortung für persönliche Zwecke erworben und angewendet werden.

(4) Die Höhe der gesetzlichen Zuzahlung beträgt 10 % des Abgabepreises, mind. 5,00 Euro, max. 10,00 Euro je Versorgung. § 61 SGB V gilt entsprechend.

(5) Wählt der Versicherte eine Versorgung, die das Maß des Notwendigen übersteigt (sog. Wunschversorgung), hat er die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

(6) Die erforderliche Einweisung/Schulung für den ordnungsgemäßen Gebrauch des Hilfsmittels hat der abgebende Leistungserbringer sicherzustellen.

(7) Eine Erstattung der Kosten kann nur erfolgen, sofern diese während einer bestehenden Versicherung bei der IKK entstanden sind.

(8) Beitragsrückstände und andere bestehende Außenstände des Versicherten bei der IKK können mit dem auszuzahlenden Betrag zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden. Mitglieder, deren Leistungsansprüche zum Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme bzw. der Antragstellung gemäß § 16 Abs. 3a SGB V ruhen, können keine Erstattung nach dieser Satzungsvorschrift in Anspruch nehmen.

(9) Zur Erstattung ist der IKK eine spezifizierte Rechnung, grundsätzlich im Original inklusive Quittierungsvermerk oder separatem Zahlungsnachweis, vorzulegen; Näheres regelt die Kassenordnung. Gegebenenfalls zusätzliche Kosten, wie z. B. für das Ausstellen einer detaillierten Rechnung oder ärztlichen Bescheinigung/Verordnung, werden von der IKK nicht erstattet.

(10) Sobald eines der o. g. Hilfsmittel nach entsprechender Entscheidung des GKV-SV in das Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V aufgenommen und folglich Bestandteil der Regelversorgung wird, schließt dies einen Anspruch auf Kostenübernahme/-erstattung dieses Hilfsmittels nach dieser Satzungsvorschrift aus.

(11) Den individuellen, hilfsmittelspezifischen Leistungsumfang, die konkrete Ausgestaltung sowie die weiteren Leistungsvoraussetzungen werden nachfolgend definiert:

1. Allergiker-Encasings

   a) Versicherte mit einer Hausstaubmilbenallergie haben Anspruch auf die Versorgung mit milbendichten Bettzwischenbezügen, sog. Encasings, die über Kopfkissen, Bettdecke und Matratze gezogen werden.

   b) Der Anspruch umfasst grundsätzlich auch die Versorgung der Ehegatten und Geschwisterkinder, sofern diese im gleichen Zimmer schlafen.

   c) Die Kostenübernahme beträgt max. 40,00 Euro pro Set für einen Zeitraum von sechs Jahren.

   d) Eine erneute Kostenübernahme vor Ablauf von sechs Jahren ist ausgeschlossen, es sei denn, in diesem Zeitraum ändert sich die Größe der Bettwäsche (i. d. R. bei einem Wechsel von Kinder- zu Erwachsenenbett).

   e) Von einer Kostenübernahme ausgeschlossen sind Milbensprays für Matratzen/Polster, Allergiker-Bettwaren (z. B. Kissen, Decken etc.) sowie Waschmittel u. ä.

   f) Die Versorgung erfolgt bei Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen vorrangig in Form einer Sachleistung durch die IKK. Beschafft sich der Versicherte die Leistung selbst, gelten die vorgenannten Voraussetzungen und Erstattungshöchstbeträge entsprechend.

2. Neurodermitisschutzkleidung

   a) Versicherte Kinder mit Neurodermitis haben Anspruch auf die Versorgung mit geeigneter Neurodermitisschutzkleidung bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres.

   b) Die Versorgung erfolgt in doppelter Ausführung inkl. der erforderlichen Handschuhe.

   c) Die Höhe der Kostenübernahme ist abhängig von der erforderlichen Konfektionsgröße des Anzugs und beträgt max. 70,00 Euro pro Versorgung, jedoch nicht mehr als die anfallenden Gesamtkosten der Neurodermitisschutzkleidung.

   d) Sofern dies wachstumsbedingt erforderlich ist, übernimmt die IKK auch die Kosten entsprechender Folgeversorgungen in der vorgenannten Höhe, längstens jedoch bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres.

3. Schwimmschutzotoplastiken

   a) Versicherte Kinder mit einer Paukendrainage haben einmalig Anspruch auf eine Bezuschussung von Schwimmschutzotoplastiken zum Schutz vor Infektionen und Hörproblemen infolge von Schwimmen, sofern dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

   b) Die IKK übernimmt die Kosten bei Vorliegen der Voraussetzungen bis zu einer Höhe von max. 40,00 Euro je Ohr, also insgesamt max. 80,00 Euro für die Versorgung beider Ohren.

   c) Eine Kostenübernahme für Erwachsene ist ausgeschlossen.

§ 11b

Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) Die IKK bietet ihren Versicherten als zusätzliche Leistung gemäß § 11 Abs. 6 SGB V die Kostenerstattung für digitale Gesundheitsanwendungen an.

(2) Grundsätzliche Voraussetzung für die Kostenerstattung ist die Antragstellung durch den Versicherten und das Vorliegen der jeweiligen Einschlusskriterien, die in der Anlage zu § 11b der Satzung der IKK festgelegt sind.

Weitere Voraussetzungen sind außerdem:

a) Ist als Einschlusskriterium das Vorliegen einer Erkrankung festgelegt, ist diese durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen, welche nicht älter als drei Monate sein darf. Einer separaten ärztlichen Bescheinigung bedarf es nicht, wenn der Versicherte der IKK anderweitige ärztliche Unterlagen vorlegt, aus denen die maßgebliche Erkrankung erkennbar ist.

b) Die digitale Gesundheitsanwendung ist dazu bestimmt, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und dient damit als digitale Gesundheitsanwendung im Sinne des § 33a Abs. 1 SGB V.

c) Die digitale Gesundheitsanwendung darf nicht als allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens anzusehen sein.

d) Die digitale Gesundheitsanwendung wird vom Versicherten ausschließlich in eigener Verantwortung für persönliche Zwecke erworben und angewendet.

e) Zu den erstattungsfähigen digitalen Gesundheitsanwendungen zählen nur solche Produkte, die als Medizinprodukt nach der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte – in der jeweils geltenden Fassung – als aktives Medizinprodukt, aktives therapeutisches Medizinprodukt oder aktives diagnostisches Medizinprodukt im Sinne des Anhangs IX der o. g. Richtlinie (Klassifizierungskriterien) einzustufen sind.

f) Die digitale Gesundheitsanwendung erfüllt eine der folgenden Kriterien im Sinne der Qualitätssicherung:

- Zulassung als Medizinprodukt und damit der Erwerb der CE-Kennzeichnung gemäß der o. g. Richtlinie
- Die digitale Gesundheitsanwendung ist Gegenstand einer Versorgung in der GKV (z. B. im Rahmen einer Erprobung als Modellvorhaben gemäß den §§ 63 ff. SGB V)

g) Der Hersteller der digitalen Gesundheitsanwendung muss die Einhaltung der jeweils aktuell geltenden Datenschutzrichtlinien gewährleisten. Dies hat sich entsprechend aus den Nutzungsbestimmungen, Vertragsbedingungen o. ä. zu dem digitalen Versorgungsprodukt zu ergeben. In diesem Zusammenhang ist auch die „Orientierungshilfe zu den Datenschutzanforderungen an App-Entwickler und App-Anbieter“ des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) zu beachten.

h) Der Hersteller stellt die erforderliche Einweisung/Schulung für den ordnungsgemäßen Gebrauch der digitalen Gesundheitsanwendung zur Verfügung.

Der Erstattungsanspruch ist ausschließlich auf digitale Gesundheitsanwendungen beschränkt, die die IKK bestimmt. Die IKK führt dazu ein Verzeichnis der digitalen Gesundheitsanwendungen, für die sie in Abhängigkeit von Erkrankung und digitaler Gesundheitsanwendung eine Kostenerstattung übernimmt (vgl. Anlage zu § 11b der Satzung der IKK). Dabei

werden Erkrankungen gegebenenfalls mit speziellen international anerkannten ICD-Codes näher definiert. ICD steht in diesem Zusammenhang für "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems".

Bei der Bewertung, welche digitalen Gesundheitsanwendungen in das Verzeichnis aufgenommen werden, erfolgt die Beurteilung seitens der IKK anhand aller zuvor beschriebenen Voraussetzungen und insbesondere unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit im Sinne des § 12 SGB V. Ein Anspruch auf Bewertung und Zulassung einer digitalen Gesundheitsanwendung, die die IKK nicht in ihr Verzeichnis aufgenommen hat, besteht nicht; gleiches gilt für Einschlusskriterien/Erkrankungen/ICD-Codes.

Versicherte sind berechtigt, das Verzeichnis in den Kundencentern der IKK einzusehen. Des Weiteren kann die IKK auch in anderer geeigneter Art und Weise über die Inhalte des Verzeichnisses informieren. Das Verzeichnis wird auf Wunsch des Versicherten auch in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt.

(3) Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden in Höhe der tatsächlichen entstandenen Kosten erstattet. Sofern bereits Teilerstattungen durch andere Leistungsträger erfolgt sind, werden diese entsprechend rechnungsmindernd berücksichtigt, so dass die IKK nur noch den verbleibenden Restbetrag übernimmt.

(4) Eine Auszahlung kann nur erfolgen, wenn die Kosten für die digitale Gesundheitsanwendung während einer bestehenden Versicherung bei der IKK entstanden sind.

(5) Beitragsrückstände und andere bestehende Außenstände des Versicherten bei der IKK können mit dem auszuzahlenden Betrag zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden. Mitglieder, deren Leistungsansprüche zum Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme bzw. der Antragstellung gemäß § 16 Abs. 3a SGB V ruhen, können keine Erstattung nach der Satzungsvorschrift des § 11b in Anspruch nehmen.

(6) Zur Erstattung ist der IKK eine spezifizierte Rechnung, grundsätzlich im Original inklusive Quittierungsvermerk oder separatem Zahlungsnachweis, vorzulegen; Näheres regelt die Kassenordnung. Gegebenenfalls zusätzliche Kosten, wie z. B. für das Ausstellen einer detaillierten Rechnung oder ärztlichen Bescheinigung, werden von der IKK nicht erstattet.

(7) Sobald die Versorgung für eine im Verzeichnis (vgl. Anlage zu § 11b der Satzung der IKK) aufgeführte digitale Gesundheitsanwendung im Rahmen der Regelversorgung oder besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V erfolgen kann, schließt dies einen Anspruch für diese digitale Gesundheitsanwendung nach dieser Satzungsvorschrift aus.

(8) Die IKK wird spätestens nach Ablauf von 24 Monaten eine Evaluation durchführen und bewerten, ob und gegebenenfalls welche Optimierungen vorzunehmen sind.

(9) Zwischen der IKK und dem Anbieter/digitalen Gesundheitsanwendung findet kein Datenaustausch/keine Datenübermittlung statt.

§ 11c

Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

(1) Die IKK bietet ihren Versicherten als Leistung gemäß § 20k SGB V die Kostenerstattung für Kurse zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz an.

(2) Die Leistungen sollen dazu dienen, die Kompetenzen zur Nutzung digitaler oder telemedizinscher 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.

(3) Die Anforderungen an Leistungen nach Absatz 1 (Ziele, Zielgruppen, Inhalte, Methodik und Qualität) richten sich nach den „Regelungen des GKV-Spitenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz 2 SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz ab 25.11.2020“ in der jeweils geltenden Fassung.

(4) Die Leistungen können von der IKK selbst oder im Auftrag der IKK durch Dritte entwickelt bzw. bereitgestellt werden.

(5) Kosten für Leistungen nach Absatz 1 werden einmalig in Höhe der tatsächlichen entstandenen Kosten bis maximal 100,00 Euro erstattet. Sofern bereits Teilerstattungen durch andere Leistungsträger erfolgt sind, werden diese entsprechend rechnungsmindernd berücksichtigt, so dass die IKK nur noch den verbleibenden Restbetrag übernimmt.

(6) Maßgeblich für die Zuordnung zum jeweiligen Anspruchszeitraum ist der tatsächliche Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme (Abgabe-/Rechnungsdatum).

(7) Eine Auszahlung kann nur erfolgen, wenn die Kosten für die Leistung während einer bestehenden Versicherung bei der IKK entstanden sind.

(8) Beitragsrückstände und andere bestehende Außenstände des Versicherten bei der IKK können mit dem auszuzahlenden Betrag zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden. Mitglieder, deren Leistungsansprüche zum Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme bzw. der Antragstellung gemäß § 16 Abs. 3a SGB V ruhen, können keine Erstattung nach § 11c der Satzung der IKK in Anspruch nehmen.

(9) Zur Erstattung ist der IKK eine spezifizierte Rechnung, grundsätzlich im Original inklusive Quittierungsvermerk oder separatem Zahlungsnachweis, vorzulegen; Näheres regelt die Kassenordnung. Gegebenenfalls zusätzliche Kosten, wie z. B. für das Ausstellen einer detaillierten Rechnung oder ärztlichen Bescheinigung, werden von der IKK nicht erstattet.

§ 12

Zweitmeinung

(1) Die IKK bietet ihren Versicherten zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. 6 SGB V an.

(2) Die ärztliche Zweitmeinung erfolgt im Rahmen interdisziplinärer ambulanter Patientenschulungen gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V mit ärztlicher Empfehlung für lebensverändernde orthopädische Eingriffe im Bereich Hüfte, Knie und Wirbelsäule („Orthopädische Zweitmeinung“).

(3) Die Teilnahme an den Patientenschulungsmaßnahmen nach Absatz 2 ist freiwillig. Der Versicherte erklärt seine Teilnahme schriftlich gegenüber der IKK mit den dafür vorgesehenen Formularen. Die IKK prüft die Teilnahmevoraussetzungen und vermittelt bei Erfüllung der Voraussetzungen an einen Vertragspartner.

§ 13

Kostenerstattung gemäß § 13 SGB V

(1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V wählen. Hierüber haben Versicherte ihre IKK vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. 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 Absatz 1 wird durch eine schriftliche Erklärung ausgeübt. Die Kostenerstattung beginnt mit dem ersten Tag des folgenden Kalendervierteljahres nach Eingang der Wahlerklärung bei der IKK. Der Versicherte ist an die gewählte Kostenerstattung nach Absatz 1 mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Neumitglieder können abweichend von Satz 2 die Kostenerstattung ab Beginn der Mitgliedschaft bei der IKK wählen. Der Versicherte kann die gewählte Kostenerstattung jederzeit durch schriftliche Erklärung zum Ende eines Kalendervierteljahres widerrufen.

(3) Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich.

(4) Die Aufwendungen des Versicherten werden bis zur Höhe der Kosten erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sachleistung oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens jedoch bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H. zu mindern.

(5) Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel gemäß § 129 Abs. 1 S. 6 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet:

Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend

a) um einen Abschlag für die Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H. des Erstattungsbetrages

sowie

b) um einen gemäß § 129 Abs. 1 S. 6 SGB V i. V. m. § 13 Abs. 2 S. 11 SGB V pauschalierten Abschlag in Höhe von 25 v. H. für die der Krankenkasse entgangenen Rabatte gemäß § 130a Abs. 8 SGB V und für die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels gemäß § 129 Abs. 1 S. 3 und S. 4 SGB V zu mindern.

Die Absätze 1 bis 4 finden keine Anwendung.

(6) Versicherte, die Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der EU, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistungen im Inland in Anspruch nehmen, erhalten im Rahmen des § 13 Abs. 4 SGB V Kostenerstattung. Der Anspruch besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die IKK bei Erbringung als Sachleistung abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen im Inland zu tragen hätte. Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H. zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag maximal 60,00 Euro beträgt.

(7) Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage der Rechnungen. Hat der Versicherte vor der Inanspruchnahme kostspieliger Leistungen Vorschüsse zu zahlen, so werden bei Vorlage der Einzahlungsbelege Abschläge auf den voraussichtlichen Erstattungsbetrag gewährt.

§ 14

Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen

Die IKK vermittelt ihren Versicherten den Abschluss von privaten Zusatzversicherungsverträgen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen. Gegenstand dieser Verträge können insbesondere die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, der Ein- oder Zweibettzimmerzuschlag im Krankenhaus sowie die Auslandskrankenversicherung sein.

§ 15

Leistungsausschluss gemäß § 52a SGB V

(1) Personen, die sich in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder aufgrund dieser Versicherung als Familienversicherte gemäß § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen, haben keinen Anspruch auf Leistungen. Die ärztliche und zahnärztliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind vom Leistungsausschluss nicht betroffen. Die IKK kann vom Versicherten nach den allgemeinen Vorschriften des SGB X Ersatz für Leistungen fordern, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden.

(2) Der Tatbestand der missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme im Sinne des § 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.

III a. Wahltarife

§ 16

Teilnahme an besonderen Versorgungsformen

(1) Die IKK bietet ihren Versicherten die Teilnahme an Versorgungsformen gemäß den §§ 63, 137f oder 140a SGB V an, soweit die IKK entsprechende Verträge abgeschlossen hat. Es gilt die Richtlinie des GKV-SV gemäß § 217f Abs. 4a SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

Die Teilnahme ist freiwillig und setzt voraus, dass die jeweiligen vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an den Versorgungsformen (Teilnahmebedingungen) erfüllt sind. Der Versicherte hat gegenüber der IKK die Teilnahme schriftlich oder in elektronischer/digitaler Form – in der von der IKK definierten Art und Weise – zu erklären.

(2) Die IKK bietet ihren Versicherten die Teilnahme an Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) an, soweit die IKK entsprechende Verträge gemäß § 73b SGB V abgeschlossen hat. Es gilt die Richtlinie des GKV-SV gemäß § 217f Abs. 4a SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

Die IKK führt ein Verzeichnis zu bestehenden Versorgungsverträgen der HzV, welches von den Versicherten eingesehen werden kann. Sofern der Versicherte dies wünscht, werden ihm die notwendigen Informationen gerne schriftlich zur Verfügung gestellt.

Die Teilnahme an einem HzV-Vertrag ist freiwillig und setzt voraus, dass die jeweiligen vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an den Versorgungsverträgen (Teilnahmebedingungen) erfüllt sind. Der Versicherte hat gegenüber der IKK die Teilnahme schriftlich oder in elektronischer/digitaler Form – in der von der IKK definierten Art und Weise – zu erklären.

Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte durch die IKK umfassend informiert über:

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrags
- die Freiwilligkeit seiner Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten

Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zu den Teilnahmevoraussetzungen, zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, ergibt sich aus den Teilnahmeerklärungen sowie aus den gesetzlichen Regelungen zur HzV gemäß des Vierten Kapitels, Zweiter Abschnitt SGB V – § 73b SGB V.

(3) Versicherte, die die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen der vorgenannten Absätze erklären, nehmen gleichzeitig am Wahltarif gemäß § 53 Abs. 3 SGB V teil, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich.

Die IKK kann entsprechend § 53 Abs. 3 SGB V während der Wahltarifteilnahme die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen ermäßigen oder Prämienzahlungen anbieten. Voraussetzung ist jedoch, dass die jeweiligen Teilnahmebedingungen zu den einzelnen Versorgungsformen der vorgenannten Absätze dies vorsehen.

(4) Das Nähere zu Art, Dauer und Umfang der Leistungen sowie Bindung und Kündigung an die besonderen Versorgungsformen nach den vorgenannten Absätzen sind in den vertraglichen Vereinbarungen/Teilnahmebedingungen/Teilnahmeerklärungen zu regeln.

§ 16a

Wahltarife Krankengeld

(1) Die IKK bietet Wahltarife für Krankengeld gemäß § 53 Abs. 6 SGB V an. Nähere Bestimmungen zu den einzelnen Personengruppen sind in den §§ 16b bis 16d der Satzung der IKK geregelt.

(2) Die Teilnahme am Tarif beginnt zum Ersten des Folgemonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der IKK. Das Mitglied kann einen weiter in der Zukunft liegenden Teilnahmebeginn zum Ersten eines Kalendermonats wählen. Bis zum Teilnahmebeginn kann die Wahl des Tarifs vom Mitglied schriftlich widerrufen werden; die Teilnahmeerklärung muss vor Teilnahmebeginn bei der IKK eingegangen sein. Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns des Wahltarifes mindestens drei Jahre an die Teilnahme gebunden (Mindestbindungsfrist gemäß § 53 Abs. 8 SGB V); die „Grundsätzliche Hinweise Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-SV, in der jeweils geltenden Fassung, sind zu beachten.

(3) Der Anspruch auf das Wahltarifkrankengeld besteht ab dem dritten auf den Beginn des Wahltarifs folgenden Monats (Wartezeit). Bestand unmittelbar vor Beginn des Wahltarifs bei der IKK oder einer anderen gesetzlichen Krankenkasse eine freiwillige Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld oder Anspruch auf Krankengeld nach einem Wahltarif gemäß § 53 Abs. 6 SGB V, wird diese auf die Wartezeit angerechnet. Ist der Versicherte zum Beginn des Wahltarifs oder zum Ablauf der Wartezeit arbeitsunfähig, so besteht für diese Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Diese Regelung gilt gleichermaßen bei einem Wechsel in einen Tarif mit höherem oder längerem Leistungsanspruch.

(4) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs eine Monatsprämie zu zahlen. Die Prämie wird jeweils am 15. Tag des Monats, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten ist, fällig. Ist die Prämie nicht für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, wird diese für den betreffenden Monat anteilig nach den tatsächlichen Kalendertagen berechnet.

(5) Während der jeweiligen dreijährigen Bindungsfrist kann das Mitglied die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes nach § 16c der Satzung der IKK zweimal anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Anpassungen sind einmal pro Teilnahmejahr möglich, frühestens jedoch nach Ablauf des ersten Teilnahmejahres. Mit der Anpassung des Krankengeldes wird die Prämie entsprechend der nachfolgenden Prämientabellen angepasst. Das angepasste Krankengeld darf das durchschnittliche monatliche Arbeitseinkommen der letzten zwölf Monate nicht übersteigen. Dies ist der IKK nachzuweisen.

(6) Eine Erhöhung des kalendertäglichen Krankengeldes nach Absatz 5 ist maximal um 20,00 Euro möglich. Der Anspruch auf das erhöhte Krankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten nach Bestätigung der Anpassung durch die IKK. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

(7) Sofern Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld ab diesem Zeitpunkt bis zum Tag, an dem die Prämienrückstände zuzüglich sämtlicher ausstehender Kosten, die durch die verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig nachentrichtet sind oder eine Vereinbarung zum Ausgleich des Rückstands getroffen und die laufende Prämienzahlung sichergestellt sind. Die Mindestbindungsfrist nach Absatz 2 gilt weiter. Hinsichtlich der Mahnung von rückständigen Prämien gilt § 20 Abs. 5 der Satzung der IKK entsprechend.

(8) Die Teilnahme am Tarif ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied zum vorgesehenen Zeitpunkt des Beginns mit einer Zahlungsverpflichtung an die IKK säumig ist. Eine Teilnahme am Wahltarif ist erst dann möglich, wenn die Rückstände zuzüglich sämtlicher ausstehender Kosten vollständig nachentrichtet sind oder eine Vereinbarung zum Ausgleich des Rückstands getroffen und die laufende Prämienzahlung sichergestellt sind.

(9) Der Anspruch auf Krankengeld aus diesem Wahltarif ist ausgeschlossen, sofern der Versicherte nach dem bis zum 31.07.2009 geltenden Recht innerhalb der vergangenen drei Jahre 78 Wochen Krankengeld aufgrund der gleichen Erkrankung gemäß § 44 ff. SGB V sowie § 53 Abs. 6 SGB V bezogen hat.

(10) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung durch die IKK um mehr als 30 v. H., bezogen jeweils auf ein Jahr der Prämie, erfolgen.

(11) Die Kündigungsfrist für die Wahltarife nach den §§ 16b bis 16d der Satzung der IKK beträgt drei Monate zum Ablauf des Kalendermonats; maßgebend als Zeitpunkt der Kündigungserklärung ist der Eingang der schriftlichen Kündigung bei der IKK. Für die Beendigung der Wahltarife nach den §§ 16b bis 16d der Satzung der IKK ist dabei die Mindestbindungsfrist nach Absatz 2 zu beachten. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme und damit die Bindung an den jeweiligen Wahltarif um drei weitere Jahre, wenn keine schriftliche Kündigung unter Beachtung der Kündigungsfrist nach Satz 1 durch das Mitglied erfolgt. Gleiches gilt, wenn die Kündigungsfrist zum Ende des jeweiligen Dreijahreszeitraumes (verlängerte Bindungsfrist nach Satz 3) nicht eingehalten wird. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der IKK nicht möglich.

Darüber hinaus endet die Teilnahme am Wahltarif mit dem Ende der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis. Die Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis endet beispielsweise bei

- Mitgliedern, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, mit dem Beginn einer Pflichtmitgliedschaft,
- Arbeitnehmern, die berufsmäßig unständige Beschäftigungen im Sinne des § 27 Abs. 3 Nr. 1 SGB III ausüben, wenn das Mitglied die berufsmäßige Ausübung der unständigen Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt, spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach dem Ende der letzten unständigen Beschäftigung,
- nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitgliedern mit dem Tage, an dem die Versicherungspflicht aufgrund der Feststellung der Künstlersozialkasse endet.

Die Teilnahme am Wahltarif endet darüber hinaus, wenn der Versicherte mit der Prämienzahlung mehr als zwei Monate im Rückstand ist. Eine neue Vereinbarung des Tarifs ist frühestens nach Ablauf des dritten Kalendermonats nach dem Ende des vorherigen Tarifs möglich, wenn alle Prämienrückstände zuzüglich sämtlicher ausstehender Kosten, die durch die verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig nachentrichtet sind oder eine Vereinbarung zum Ausgleich des Rückstands getroffen und die laufende Prämienzahlung sichergestellt sind.

Unabhängig von den vorgenannten Beendigungsmöglichkeiten des Wahltarifes endet die Teilnahme an den Wahltarifen Krankengeld mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der IKK. Die „Grundsätzliche Hinweise Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-SV, in der jeweils geltenden Fassung, sind zu beachten.

(12) 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 die §§ 66, 102 bis 109 und 116 SGB X entsprechend. Eine Aufrechnung von Ansprüchen auf Wahltarifkrankengeld erfolgt vorrangig mit Ansprüchen auf fällige und noch nicht gezahlte Prämien dieses Wahltarifs.

§ 16b

Wahltarif Krankengeld für Selbstständige

(1) Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, können bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres den folgenden Wahltarif wählen, sofern sie den gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld gemäß § 44 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V gewählt haben.

1. Leistungshöhe

Das Krankengeld beträgt 70 v. H. des Arbeitseinkommens, welches zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Prämienbemessung maßgebend war. § 47 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V gelten entsprechend. Das Krankengeld darf das durchschnittliche monatliche Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit der letzten zwölf Monate, das der IKK durch entsprechenden Steuerbescheid nachgewiesen wurde, nicht übersteigen.

Das Mitglied ist verpflichtet, der IKK unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der selbstständigen Tätigkeit herrührenden Arbeitseinkommens sowie eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit mitzuteilen. Erlangt die IKK davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen des Teilnehmers unter die Höhe des der Prämienberechnung zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen berechnen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

2. Leistungsinhalt und Voraussetzung

Der Versicherte kann einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst.

Die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld besteht für insgesamt 26 Wochen innerhalb von drei Jahren. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Zudem besteht ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes ab dem ersten Tag, an dem das Mitglied zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit fernbleibt. Es wird unter den Voraussetzungen und in dem zeitlichen Umfang des § 45 SGB V gezahlt.

3. Prämie

Die Höhe der Monatsprämie beträgt 1,0 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§§ 226 und 240 SGB V) maßgebend sind. Zur Ermittlung der Einnahmen und des Zeitpunkts ihrer Berücksichtigung gelten die Grundsätze zur Beitragsberechnung des GKV-SV für hauptberuflich selbstständig Tätige, die sich aus § 240 SGB V in Verbindung mit den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-SV in der jeweils geltenden Fassung ergeben, entsprechend.

(2) Für Versicherte, die nach der Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erwerbsgemindert sind, endet der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. § 43 Abs. 2 S. 2 SGB VI gilt sinngemäß. Bezieht der Versicherte zum Zeitpunkt der Feststellung der Erwerbsminderung Wahltarifkrankengeld, so endet der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld spätestens vier Wochen nach der Feststellung.

(3) Anspruch auf Krankengeld aus diesem Wahltarif besteht nicht bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten oder Wegeunfällen, sofern ein Anspruch auf eine vergleichbare Leistung nach dem SGB VII gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern besteht.

§ 16c

Wahltarif Krankengeld für Künstler und Publizisten

Die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder können den folgenden Tarif wählen:

1. Leistungshöhe

Das Mitglied wählt die Höhe des Krankengeldes entsprechend der Tabelle nach Anlage 1 zu § 16c der Satzung der IKK. Das gewählte Krankengeld darf das durchschnittliche monatliche Netto-Arbeitseinkommen aus selbstständiger Arbeit als Künstler oder Publizist der letzten zwölf Monate, das der IKK durch entsprechenden Steuerbescheid nachgewiesen wurde, nicht übersteigen.

Das Mitglied ist verpflichtet, der IKK unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der selbstständigen Tätigkeit als Künstler oder Publizist herrührenden Netto-Arbeitseinkommens sowie eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflich erwerbsmäßigen Ausübung der künstlerischen und publizistischen Tätigkeit mitzuteilen. Erlangt die IKK davon Kenntnis, dass das Netto-Arbeitseinkommen des Teilnehmers unter die Höhe des dem Tarif zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Netto-Arbeitseinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

2. Leistungsinhalt und Voraussetzung

Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld nach diesem Wahltarif ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Das Krankengeld wird bis zum Beginn der gesetzlichen Leistung am 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (§ 46 S. 2 SGB V) gezahlt. Die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld besteht für insgesamt 26 Wochen innerhalb von drei Jahren. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif. Die Bezugsdauer des Krankengeldes verringert sich um Zeiten des Krankengeldbezugs gemäß § 44 SGB V sowie § 53 Abs. 6 SGB V innerhalb der letzten drei Jahre.

3. Prämie

Die Höhe der Monatsprämie ergibt sich aus der Tabelle nach Anlage 2 zu § 16c der Satzung der IKK.

§ 16d

Wahltarif Krankengeld für Arbeitnehmer gemäß § 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V

(1) Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgeltes oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, können den folgenden Wahltarif wählen, sofern sie den gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld gemäß § 44 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V gewählt haben:

Das sind Arbeitnehmer, die

- berufsmäßig unständige Beschäftigungen im Sinne des § 27 Abs. 3 Nr. 1 SGB III ausüben oder
- Beschäftigungen ausüben, die auf weniger als zehn Wochen entweder nach der Natur der Sache befristet zu sein pflegen oder im Voraus durch den Arbeitsvertrag befristet und nicht geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV sind.

1. Leistungshöhe

Das Krankengeld beträgt 70 v. H. des Arbeitsentgelts, welches zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Prämienbemessung maßgebend war. § 47 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V gelten entsprechend. Das Krankengeld darf das aus entgeltlichen Beschäftigungen, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts begründen, erzielte durchschnittliche monatliche Arbeitsentgelt der letzten zwölf Monate vor Eingang der Teilnahmeerklärung nicht übersteigen.

Das Mitglied ist verpflichtet, der IKK unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus entgeltlichen Beschäftigungen, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts begründen, herrührenden Arbeitsentgelts sowie eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der berufsmäßigen Ausübung unständiger Beschäftigungen bzw. die Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet, mitzuteilen. Erlangt die IKK davon Kenntnis, dass das Arbeitsentgelt des Teilnehmers unter die Höhe des der Prämienberechnung zugrunde gelegten Entgelts gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitsentgelt berechnen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

2. Leistungsinhalt und Voraussetzung

Der Versicherte kann einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst. Die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld besteht für insgesamt 26 Wochen innerhalb von drei Jahren. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Zudem besteht ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes ab dem ersten Tag, an dem das Mitglied zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit fernbleibt. Es wird unter den Voraussetzungen und in dem zeitlichen Umfang des § 45 SGB V gezahlt.

3. Prämie

Die Höhe der Monatsprämie beträgt 1,0 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§§ 226 und 240 SGB V) maßgebend sind.

(2) Endet die Mitgliedschaft für die in Absatz 1 genannten Arbeitnehmer gemäß § 190 Abs. 4 SGB V, besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif nur, wenn in unmittelbarem Anschluss eine freiwillige Versicherung gemäß § 9 SGB V begründet wird.

§ 16e

– zz. unbesetzt –

§ 16f

Wahltarif Teilkostenerstattung gemäß § 53 Abs. 7 SGB V

(1) Angestellte, für die eine Dienstordnung gemäß § 351 RVO gilt, können Teilkostenerstattung gemäß § 14 SGB V i. V. m. § 53 Abs. 7 SGB V wählen.

(2) Die Wahl des Tarifs hat schriftlich zu erfolgen.

(3) Wird die Erklärung abgegeben, beginnt die Teilnahme grundsätzlich ab dem Ersten des folgenden Kalendermonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der IKK. Die Erklärung gilt jedoch zum Beginn der Mitgliedschaft, wenn das Mitglied den Beitritt zum Wahltarif innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Mitgliedschaft erklärt.

(4) Das Mitglied ist an seine Wahl mindestens drei Jahre nach Teilnahmebeginn gebunden. Eine vorzeitige Beendigung ist im Einzelfall möglich, wenn die Weiterführung des Tarifs eine unverhältnismäßige Härte für das Mitglied bedeuten würde. Endet das DO-Angestelltenverhältnis vorzeitig, endet auch der Wahltarif. Eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der IKK kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist von drei Jahren erfolgen.

(5) Möchte das Mitglied über den Ablauf der Mindestbindungsfrist hinaus am Tarif teilnehmen, ist hierfür keine besondere Erklärung erforderlich. Sofern das Mitglied den Tarif nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt, verlängert sich die Teilnahme automatisch um ein weiteres Jahr. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen. Eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der IKK ist erst zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres möglich.

(6) Die Höhe der Teilkostenerstattung bemisst sich nach dem Vomhundertsatz, der den jeweils maßgeblichen Vomhundertsatz der Beihilfe auf Hundert ergänzt.

(7) Die Leistung der Krankenkasse besteht aus der Teilkostenerstattung und der Beihilfe nach jeweils geltendem Beihilferecht zu solchen Leistungen, die dem Grund und der Höhe nach im SGB V, in der RVO und in der Satzung der IKK vorgesehen sind.

(8) Der von der Leistung der Krankenkasse nicht erfasste Beihilfeanspruch bleibt unberührt.

(9) DO-Angestellte, die sich für den Wahltarif Teilkostenerstattung entscheiden, erhalten der Leistungsbeschränkung entsprechend eine monatliche Prämienrückzahlung (§ 53 Abs. 7 und 8 SGB V) der im Zeitraum des Wahltarifs gezahlten Krankenversicherungsbeiträge. Die Leistungsbeschränkung bemisst sich nach dem jeweils maßgeblichen Vomhundertsatz der Beihilfe.

(10) Die Prämie wird von der IKK monatlich mit den laufenden Krankenversicherungsbeiträgen verrechnet.

(11) Die Absätze 1 bis 11 gelten auch für Versorgungsempfänger, für die eine Dienstordnung gemäß § 351 RVO gilt, einschließlich Witwe(r)n und Waisen.

§ 16g

Wahltarif Selbstbehalt gemäß § 53 Abs. 1 SGB V

(1) Mitglieder, die volljährig sind, können einen Teil der Kosten übernehmen, die von der IKK für sie zu tragen sind (Selbstbehalt). Weitere Voraussetzung ist, dass das beitragspflichtige Jahreseinkommen des Mitgliedes mindestens 18.000,00 Euro beträgt. Im Gegenzug erhält das Mitglied eine Prämienzahlung.

Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

- die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden oder
- Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung vorliegt (§§ 224 und 225 SGB V) oder
- der Leistungsanspruch gesetzlich ruht (§ 16 SGB V) oder
- ein Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder einem Wahltarif der IKK besteht.

Sofern während des laufenden Wahltarifes Selbstbehalt ein Tatbestand nach Satz 4 eintritt, ruht der Wahltarif Selbstbehalt solange.

(2) Der Wahltarif Selbstbehalt beinhaltet folgende Tarifklassen, die gewählt werden können:

- Tarifklasse 1:

  Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, die über ein beitragspflichtiges Jahreseinkommen von mindestens 18.000,00 Euro verfügen.

- Tarifklasse 2:

  Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, die über ein beitragspflichtiges Jahreseinkommen von mindestens 36.000,00 Euro verfügen.

Die mögliche Tarifklasse ermittelt sich aus der Höhe der jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes. Die IKK überprüft die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen anhand geeigneter Nachweise. Für Mitglieder, die ihre Beiträge selbst zu zahlen haben (z. B. freiwillige Mitglieder), orientiert sich die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen an den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-SV in der jeweils geltenden Fassung.

Ein Wechsel in eine niedrigere Tarifklasse während des laufenden Wahltarifes Selbstbehalt ist auf schriftlichen Antrag des Mitgliedes mit einer Frist von einem Monat zu Beginn eines Kalenderjahres möglich. Ein Wechsel in eine höhere Tarifklasse während des laufenden Wahltarifes Selbstbehalt ist unzulässig.

Sind durch Verringerung des Einkommens die Voraussetzungen zur Einstufung in der bisherigen Tarifklasse nicht mehr gegeben, ist die Einstufung in eine zulässige niedrigere Tarifklasse auf schriftlichen Antrag des Mitgliedes sowie nach Feststellung durch die IKK möglich. Die Umstufung erfolgt dabei mit Beginn des nächsten Quartals nach Eingang des Antrages bzw. Feststellung durch die IKK. Sofern die Umstufung aufgrund der Feststellung der IKK notwendig ist und das Mitglied sich nicht innerhalb von 14 Tagen nach Aufforderung der IKK für eine neue Tarifklasse entscheidet, erfolgt die Einstufung in die nächstmöglich zulässige niedrigere Tarifklasse.

(3) Die Teilnahme am Tarif beginnt zum Ersten des Folgemonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung sowie der Angabe der gewählten Tarifvariante bei der IKK. Das Mitglied kann einen weiter in der Zukunft liegenden Teilnahmebeginn zum Ersten eines Kalendermonats wählen. Bis zum Teilnahmebeginn (Eingang bei der IKK) kann die Wahl des Tarifs vom Mitglied schriftlich widerrufen werden. Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns des Wahltarifes mindestens drei Jahre an die Teilnahme gebunden (Mindestbindungsfrist gemäß § 53 Abs. 8 SGB V); die „Grundsätzliche Hinweise Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-SV, in der jeweils geltenden Fassung, sind zu beachten.

(4) Die Kündigungsfrist für den Wahltarif Selbstbehalt beträgt drei Monate zum Ablauf des Kalendermonats. Maßgebend als Zeitpunkt der Kündigungserklärung ist der Eingang der schriftlichen Kündigung bei der IKK. Für die Beendigung des Wahltarifes ist dabei die Mindestbindungsfrist nach Absatz 3 zu beachten. Die Teilnahme und damit die Bindung an den Wahltarif verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn die schriftliche Kündigung unter Beachtung der Kündigungsfrist nach Satz 1 nicht rechtzeitig zum Ende der laufenden Mindestbindungsfrist nach Absatz 3 erklärt wird. Gleiches gilt, wenn die Kündigungsfrist zum Ende des jeweiligen Jahreszeitraumes (verlängerte Bindungsfrist nach Satz 4) nicht eingehalten wird.

Darüber hinaus endet die Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt mit dem letzten Kalendertag des Kalendermonats, in dem von der IKK festgestellt wird, dass die Voraussetzung des Absatz 1 Satz 2 nicht mehr erfüllt wird.

Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII, kann der Wahltarif Selbstbehalt entgegen der Sätze 1 bis 5 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitgliedes folgenden Kalendermonats beendet werden.

Unabhängig von den vorgenannten Beendigungsmöglichkeiten des Wahltarifes endet die Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der IKK. Die „Grundsätzliche Hinweise Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-SV, in der jeweils geltenden Fassung, sind zu beachten.

(5) Die kalenderjährliche Prämie beträgt in der Tarifklasse 1 maximal 150,00 Euro und in der Tarifklasse 2 maximal 300,00 Euro und ermittelt sich unter Anwendung des Absatz 7.

(6) Der kalenderjährliche Selbstbehalt beträgt in der Tarifklasse 1 maximal 210,00 Euro und in der Tarifklasse 2 maximal 420,00 Euro. Er ermittelt sich unter Anwendung des Absatz 7.

Auf den Selbstbehalt werden grundsätzlich die der IKK tatsächlich entstandenen Leistungsausgaben des Mitgliedes im Wahltarifzeitraum des jeweiligen Kalenderjahres, mindestens jedoch 25,00 Euro je Leistung, bis zur maximalen Höhe des Selbstbehaltes angerechnet. Abweichend hiervon erfolgt eine pauschale Anrechnung der nachfolgend aufgeführten Maßnahmen auf den Selbstbehalt je Leistungsfall wie folgt:

Maßnahme	Tarifklasse 1	Tarifklasse 2
Ambulante ärztliche Behandlung **mit** einer Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmittelverordnung	50,00 Euro	50,00 Euro
Ambulante zahnärztliche Behandlung, die über die ambulanten vertragszahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen des SGB V hinausgeht	75,00 Euro	75,00 Euro

Die Inanspruchnahme folgender Leistungen während der Teilnahme an diesem Wahltarif sind unschädlich und werden dementsprechend nicht auf den Selbstbehalt angerechnet:

1. Leistungen zur Krankheitsverhütung, der primären Prävention, betrieblichen Gesundheitsförderung und Selbsthilfe (§§ 20 bis 20i SGB V i. V. m. den §§ 4, 5 und 6 der Satzung der IKK)
2. Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (§ 55 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 SGB V i. V. m. § 28 Abs. 2 S. 1 – Erste Alternative – SGB V)
3. Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V), mit Ausnahme der ambulanten Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 SGB V)
4. Leistungen zur Empfängnisverhütung (§ 24a SGB V)
5. Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung (§§ 24c bis 24i SGB V)
6. Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
7. Organisierte Früherkennungsprogramme (§ 25a SGB V)
8. Haushaltshilfe (§ 38 SGB V sowie § 9 der Satzung der IKK)
9. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V)
10. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a SGB V i. V. m. den §§ 5a, 5b, 5c, 5e und 6 der Satzung der IKK)

(7) Beginnt oder endet die Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt im Laufe eines Kalenderjahres, vermindert sich der maximale Selbstbehalt sowie die Prämie um 1/12 für jeden vollen Monat eines Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Das Gleiche gilt für volle Kalendermonate, in denen die Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt nach Absatz 1 Satz 5 ruht. Sofern unterjährig eine Tarifumstufung infolge einer Einkommensminderung erfolgt, ist Satz 1 analog anzuwenden.

(8) Die für ein Kalenderjahr ermittelte Prämie wird mit dem für das gleiche Kalenderjahr ermittelten Selbstbehalt gegenübergestellt. Dabei gilt Folgendes:

1. Übersteigt die Prämie den Selbstbehalt, erhält das Mitglied den Unterschiedsbetrag bis zum Ende des auf die Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt folgenden Kalenderjahres ausgezahlt. § 53 Abs. 8 S. 4 und 5 SGB V gelten entsprechend.

2. Übersteigt der Selbstbehalt die Prämie, ist der Unterschiedsbetrag innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Zahlungsaufforderung der IKK fällig. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde.

(9) Beitragsrückstände und andere Verbindlichkeiten des Mitgliedes gegenüber der IKK werden mit der auszuzahlenden Prämie zum Auszahlungszeitpunkt aufgerechnet.

(10) Die IKK ist berechtigt, den Tarif gegenüber allen Tarifteilnehmern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende zu kündigen, wenn die Ausgaben für Prämienzahlungen und Verwaltungskosten für die Tarifabwicklung sich nicht dauerhaft durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen durch den Selbstbehalt finanzieren lassen. Gleiches gilt, wenn die Aufsichtsbehörde der IKK die Schließung des Tarifs anordnet oder die Genehmigung des Tarifs widerruft oder sich eine gesetzliche Änderung ergibt. Voraussetzung für eine Kündigung durch die IKK ist, dass die Aufsichtsbehörde der IKK die Änderung und/oder Auflösung des Tarifs genehmigt.

§ 16h

Wahltarif Beitragsrückerstattung gemäß § 53 Abs. 2 SGB V

(1) Mitglieder der IKK, die volljährig sind, können den Tarif Beitragsrückerstattung wählen. Sie erhalten eine Prämie, wenn

- sie im abgelaufenen Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren und
- sie und ihre gemäß § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zulasten der IKK in Anspruch genommen haben.

Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

- die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden oder
- Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung vorliegt (§§ 224 und 225 SGB V) oder
- der Leistungsanspruch gesetzlich ruht (§ 16 SGB V) oder
- ein Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder einem Wahltarif der IKK besteht.

Sofern während des laufenden Wahltarifes Beitragsrückerstattung ein Tatbestand nach Satz 3 eintritt, ruht der Wahltarif Beitragsrückerstattung solange.

(2) Die Teilnahme am Tarif beginnt zum Ersten des Folgemonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der IKK, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. Abweichend von Satz 1 beginnt die Teilnahme am Wahltarif bei Zugang der Teilnahmeerklärung zwischen dem 01.10. und 31.12. eines Kalenderjahres immer am 01.01. des Folgejahres. Bis zum Teilnahmebeginn (Eingang bei der IKK) kann die Wahl des Tarifes vom Mitglied schriftlich widerrufen werden.

Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns des Wahltarifes mindestens ein Jahr an die Teilnahme gebunden (Mindestbindungsfrist gemäß § 53 Abs. 8 SGB V); die „Grundsätzliche Hinweise Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-SV, in der jeweils geltenden Fassung, sind zu beachten.

(3) Die Kündigungsfrist für den Wahltarif Beitragsrückerstattung beträgt drei Monate zum Ablauf des Kalendermonats. Maßgebend als Zeitpunkt der Kündigungserklärung ist der Eingang der schriftlichen Kündigung bei der IKK. Für die Beendigung des Wahltarifes ist dabei die Mindestbindungsfrist nach Absatz 2 zu beachten. Die Teilnahme und damit die Bindung an den

Wahltarif verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn die schriftliche Kündigung unter Beachtung der Kündigungsfrist nach Satz 1 nicht rechtzeitig zum Ende der laufenden Mindestbindungsfrist nach Absatz 2 erklärt wird. Gleiches gilt, wenn die Kündigungsfrist zum Ende des jeweiligen Jahreszeitraumes (verlängerte Bindungsfrist nach Satz 4) nicht eingehalten wird.

Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII, kann der Wahltarif Beitragsrückerstattung entgegen der Sätze 1 bis 4 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitgliedes folgenden Kalendermonats beendet werden.

Unabhängig von den vorgenannten Beendigungsmöglichkeiten des Wahltarifes endet die Teilnahme am Wahltarif Beitragsrückerstattung mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der IKK. Die „Grundsätzliche Hinweise Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-SV, in der jeweils geltenden Fassung, sind zu beachten.

(4) Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen während der Teilnahme an diesem Wahltarif unschädlich:

1. Leistungen zur Krankheitsverhütung, der primären Prävention, betrieblichen Gesundheitsförderung und Selbsthilfe (§§ 20 bis 20i SGB V i. V. m. den §§ 4, 5 und 6 der Satzung der IKK)
2. Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (§ 55 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 SGB V i. V. m. § 28 Abs. 2 S. 1 – Erste Alternative – SGB V)
3. Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V), mit Ausnahme der ambulanten Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 SGB V)
4. Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung (§§ 24c bis 24i SGB V)
5. Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
6. Organisierte Früherkennungsprogramme (§ 25a SGB V)
7. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a SGB V i. V. m. den §§ 5a, 5b, 5c, 5e und 6 der Satzung der IKK)

Ebenfalls unberücksichtigt bleiben alle Leistungen für gemäß § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr bei der Leistungsinanspruchnahme noch nicht vollendet haben.

(5) Die Prämie beträgt 1/12 der vom Mitglied jeweils für das Kalenderjahr während der Teilnahme am Wahltarif Beitragsrückerstattung selbst gezahlten Krankenversicherungsbeiträge, maximal jedoch 150,00 Euro bei der Teilnahme für ein gesamtes Kalenderjahr. Beträgt die Teilnahme nicht ein ganzes Kalenderjahr, vermindert sich der Maximalbetrag von 150,00 Euro jeweils um 1/12 für jeden vollen Kalendermonat, den das Mitglied nicht am Wahltarif teilgenommen hat. Für die Prämienermittlung unberücksichtigt bleiben:

- Prämienzahlungen für Wahltarife gemäß § 53 SGB V
- Zusatzbeiträge gemäß § 242 SGB V
- Beitragszuschüsse gemäß § 257 Abs. 1 SGB V und § 106 Abs. 2 SGB VI
- Krankenversicherungsbeiträge für volle Monate eines Kalenderjahres, für die die Teilnahme nach Absatz 1 Satz 4 ruht

Die Prämie wird jeweils bis zum Ende des auf die Teilnahme folgenden Kalenderjahres an das Mitglied ausgezahlt. § 53 Abs. 8 S. 4 und 5 SGB V gelten entsprechend.

(6) Die Höhe der selbst getragenen Beitragsanteile belegt das Mitglied anhand geeigneter Nachweise für das abgelaufene Jahr, wie z. B. einer Kopie der Jahresverdienstbescheinigung.

(7) Beitragsrückstände und andere Verbindlichkeiten des Mitgliedes gegenüber der IKK werden mit der auszuzahlenden Prämie zum Auszahlungszeitpunkt aufgerechnet.

(8) Die IKK ist berechtigt, den Tarif gegenüber allen Tarifteilnehmern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende zu kündigen, wenn die Ausgaben für Prämienzahlungen und Verwaltungskosten für die Tarifabwicklung sich nicht dauerhaft durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen durch die Nichtinanspruchnahme von Leistungen finanzieren lassen. Gleiches gilt, wenn die Aufsichtsbehörde der IKK die Schließung des Tarifs anordnet oder die Genehmigung des Tarifs widerruft oder sich eine gesetzliche Änderung ergibt. Voraussetzung für eine Kündigung durch die IKK ist, dass die Aufsichtsbehörde der IKK die Änderung und/oder Auflösung des Tarifs genehmigt.

§ 16i

Wahltarif IKK NOW

(1) Die IKK bietet ihren Mitgliedern einen Wahltarif gemäß § 53 Abs. 1 SGB V (Selbstbehalt) mit folgenden Elementen an:

- Grundbonus für den Verzicht auf die persönliche Betreuung als obligatorischer Bestandteil des Wahltarifes IKK NOW (Kontaktaufnahme durch das Mitglied ausschließlich über die Online-Geschäftsstelle der IKK sowie per E-Mail und Telefon)

und

- Kostenbonus für abgewählte Leistungspakete als optionaler Bestandteil

Das Mitglied hat gegenüber der IKK die Teilnahme in elektronischer/digitaler Form – in der von der IKK definierten Art und Weise – zu erklären. Sofern dies nicht möglich ist, kann im Einvernehmen mit der IKK die Teilnahme auch auf eine andere geeignete Weise erklärt werden.

(2) Mitglieder können einen Teil der Kosten übernehmen, die von der IKK für sie zu tragen sind (Selbstbehalt). Weitere Voraussetzung ist, dass das beitragspflichtige Jahreseinkommen des Mitgliedes mindestens 6.000,00 Euro beträgt.

Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

- die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden oder
- Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung vorliegt (§§ 224 und 225 SGB V) oder
- der Leistungsanspruch gesetzlich ruht (§ 16 SGB V) oder
- ein Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder einem Wahltarif der IKK besteht.

Sofern während des laufenden Wahltarifes IKK NOW ein Tatbestand nach Satz 3 eintritt, ruht der Wahltarif IKK NOW solange.

Eine gleichzeitige Teilnahme an dem Wahltarif IKK NOW und dem Wahltarif Selbstbehalt nach § 16g der Satzung der IKK oder an dem Wahltarif Beitragsrückerstattung nach § 16h der Satzung der IKK ist nicht zulässig.

(3) Die Teilnahme am Tarif beginnt zum Ersten des Folgemonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten Teilnahmeerklärung sowie der Angabe der gewählten Tarifvariante bei der IKK, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. Das Mitglied kann einen weiter in der Zukunft liegenden Teilnahmebeginn zum Ersten eines Kalendermonats wählen. Bis zum Teilnahmebeginn (Eingang bei der IKK) kann die Wahl des Tarifs vom Mitglied schriftlich oder in elektronischer/digitaler Form widerrufen werden.

Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns des Wahltarifes mindestens drei Jahre an die Teilnahme gebunden (Mindestbindungsfrist gemäß § 53 Abs. 8 SGB V); die „Grundsätzliche Hinweise Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-SV, in der jeweils geltenden Fassung, sind zu beachten.

(4) Die Kündigungsfrist für den Wahltarif IKK NOW beträgt drei Monate zum Ablauf des Kalendermonats. Maßgebend als Zeitpunkt der Kündigungserklärung ist der Eingang der schriftlichen oder elektronischen/digitalen Kündigung bei der IKK. Für die Beendigung des Wahltarifes ist dabei die Mindestbindungsfrist nach Absatz 3 zu beachten.

Darüber hinaus endet die Teilnahme am Wahltarif IKK NOW mit dem letzten Kalendertag des Kalendermonats, in dem von der IKK festgestellt wird, dass die Voraussetzung des Absatzes 2 Satz 2 nicht mehr erfüllt wird.

Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII, kann der Wahltarif IKK NOW entgegen der Sätze 1 bis 4 zum Ende des auf die schriftliche oder elektronische/digitale Kündigung des Mitgliedes folgenden Kalendermonats beendet werden.

Unabhängig von den vorgenannten Beendigungsmöglichkeiten des Wahltarifs endet die Teilnahme am Wahltarif IKK NOW grundsätzlich mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der IKK. Kurzzeitige Unterbrechungen der Mitgliedschaft bis zu einem Monat – ohne einen anderweitigen Krankenversicherungsschutz – beenden den Wahltarif IKK NOW nicht. Die „Grundsätzliche Hinweise Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-SV, in der jeweils geltenden Fassung, sind zu beachten.

(5) Der Wahltarif IKK NOW beinhaltet vier Tarifklassen, welche für den Umfang der abwählbaren Leistungen (Abwahlpakete) nach Absatz 6 sowie die Höhe der daraus möglichen Prämien maßgebend sind. Die Tarifklassen stellen sich wie folgt dar:

- Tarifklasse 1:

  Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, die über ein beitragspflichtiges Jahreseinkommen von mindestens 6.000,00 Euro verfügen (ein Leistungspaket abwählbar)

- Tarifklasse 2:

  Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, die über ein beitragspflichtiges Jahreseinkommen von mindestens 9.000,00 Euro verfügen (bis zu zwei Leistungspakete abwählbar)

- Tarifklasse 3:

  Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, die über ein beitragspflichtiges Jahreseinkommen von mindestens 12.000,00 Euro verfügen (bis zu drei Leistungspakete abwählbar)

- Tarifklasse 4:

  Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, die über ein beitragspflichtiges Jahreseinkommen von mindestens 15.000,00 Euro verfügen (bis zu vier Leistungspakete abwählbar)

Die mögliche Tarifklasse ermittelt sich aus der Höhe der jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes. Die IKK überprüft die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen anhand geeigneter Nachweise. Für Mitglieder, die ihre Beiträge selbst zu zahlen haben (z. B. freiwillige Mitglieder), orientiert sich die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen an den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-SV in der jeweils geltenden Fassung.

Sind durch Veränderung des Einkommens die Voraussetzungen zur Einstufung in der bisherigen Tarifklasse nicht mehr gegeben, ist die Einstufung in eine zulässige niedrigere Tarifklasse auf schriftlichen oder elektronischen/digitalen Antrag des Mitgliedes sowie nach Feststellung durch die IKK möglich. Ein Wechsel in eine höhere Tarifklasse während des laufenden Wahltarifes IKK NOW ist nicht möglich.

Die Umstufung erfolgt dabei mit einer Frist von einem Monat zum Beginn eines Teilnahmejahres nach Eingang des Antrages bzw. Feststellung durch die IKK.

Sofern die Umstufung aufgrund der Feststellung der IKK notwendig ist und das Mitglied sich nicht innerhalb von 14 Tagen nach Aufforderung der IKK für eine neue Tarifklasse entscheidet, erfolgt die Einstufung in die nächstmöglich zulässige niedrigere Tarifklasse.

(6) Die Wahltarifteilnehmer erhalten unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Tarifklasse nach Absatz 5 für den Verzicht auf die persönliche Betreuung im Sinne des Absatzes 1, Punkt 1 einen Grundbonus (Prämie) in Höhe von 50,00 Euro je Teilnahmejahr.

Zusätzlich erhalten die Wahltarifteilnehmer für die Abwahl von je einem Abwahlpaket (Leistungspakete I bis IV) einen Kostenbonus (Prämie) in Höhe von 25,00 Euro je Teilnahmejahr. Dabei ist die Anzahl der abwählbaren Leistungspakete abhängig von der Tarifklasse nach Absatz 5.

Die zu Beginn des Wahltarifs getroffene Entscheidung der abgewählten Leistungspakete ist für die gesamte Dauer der Wahltarifteilnahme bindend.

Sofern eine Umstufung in eine neue Tarifklasse erfolgt (vgl. Absatz 5) und die Anzahl der bisher abgewählten Leistungspakte die maximale Anzahl der für die neue Tarifklasse zulässigen Abwahlpakete übersteigt, ist die Anzahl der Abwahlpakete an die neue Tarifklasse ab dem Zeitpunkt der Umstufung anzupassen.

Den Teilnehmern stehen folgende Abwahlpakete beim Kostenbonus zur Verfügung:

Abwahlpaket	Abgewählte Leistungen	Prämie
Leistungspaket I	Verzicht auf: - Homöopathie (§ 10a der Satzung der IKK) - Sonstige Naturheilverfahren (§ 10c der Satzung der IKK) - Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel (§ 10f der Satzung der IKK) zur homöopathischen Behandlung	25,00 Euro
Leistungspaket II	Verzicht auf: - Osteopathie/Chirotherapie (§ 10b der Satzung der IKK) - Sportmedizinische Untersuchung und Beratung (§ 10l der Satzung der IKK) - Gesundheits-Check-Up (§ 10d Abs. 2 Bst. d der Satzung der IKK) - Maßnahmen der Physikalischen Therapie (§ 32 SGB V)	25,00 Euro
Leistungspaket III	Verzicht auf: - Haushaltshilfe (§§ 24h, 38 SGB V) - Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V) - Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 SGB V) - Geburtsvorbereitungskurs (§ 10i der Satzung der IKK) - Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt (§ 10g der Satzung der IKK) - Fahrkosten zur ambulanten Behandlung (§ 60 SGB V i. V. m. § 8 der Krankentransport-Richtlinie)	25,00 Euro
Leistungspaket IV	Verzicht auf: - Professionelle Zahnreinigung (§ 10e Abs. 1 Bst. a der Satzung der IKK) - Kieferorthopädische Behandlung (§ 29 SGB V) - Zahnersatz (§ 55 SGB V)	25,00 Euro

Die Wahltarifteilnehmer können somit – unter Beachtung des § 53 Abs. 8 S. 4 und 5 SGB V – folgende Gesamtprämien aus dem Wahltarif IKK NOW erhalten:

- Tarifklasse 1: bis zu 75,00 Euro je Teilnahmejahr
- Tarifklasse 2: bis zu 100,00 Euro je Teilnahmejahr
- Tarifklasse 3: bis zu 125,00 Euro je Teilnahmejahr
- Tarifklasse 4: bis zu 150,00 Euro je Teilnahmejahr

(7) Für die Inanspruchnahme der persönlichen Betreuung und von Leistungen der abgewählten Leistungspakete sind durch die Mitglieder Selbstbehalte zu tragen.

Beim Grundbonus (Verzicht auf die persönliche Betreuung – Absatz 1, Punkt 1) ist die erste persönliche Betreuung im jeweiligen Teilnahmejahr prämienunschädlich. Ab der zweiten persönlichen Betreuung wird ein Selbstbehalt in Höhe von 12,50 Euro je persönlicher Betreuung fällig, insgesamt maximal 50,00 Euro je Teilnahmejahr.

Für den Kostenbonus (Abwahl von Leistungspaketen) richtet sich der Selbstbehalt (SB) je Teilnahmejahr nach dem Wert der abgewählten Leistungspakete sowie der gewählten Tarifklasse 1, 2, 3 bzw. Tarifklasse 4. Auf den Selbstbehalt wird für in Anspruch genommene Leistungen der abgewählten Leistungspakete pauschal der jeweils festgelegte Paketwert angerechnet wie folgt angerechnet:

Abwahlpaket	Abgewählte Leistungen	SB
Leistungspaket I	Verzicht auf: - Homöopathie (§ 10a der Satzung der IKK) - Sonstige Naturheilverfahren (§ 10c der Satzung der IKK) - Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel (§ 10f der Satzung der IKK) zur homöopathischen Behandlung	25,00 Euro
Leistungspaket II	Verzicht auf: - Osteopathie/Chirotherapie (§ 10b der Satzung der IKK) - Sportmedizinische Untersuchung und Beratung (§ 10l der Satzung der IKK) - Gesundheits-Check-Up (§ 10d Abs. 2 Bst. d der Satzung der IKK) - Maßnahmen der Physikalischen Therapie (§ 32 SGB V)	25,00 Euro
Leistungspaket III	Verzicht auf: - Haushaltshilfe (§§ 24h, 38 SGB V) - Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V) - Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 SGB V) - Geburtsvorbereitungskurs (§ 10i der Satzung der IKK) - Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt (§ 10g der Satzung der IKK) - Fahrkosten zur ambulanten Behandlung (§ 60 SGB V i. V. m. § 8 der Krankentransport-Richtlinie)	25,00 Euro
Leistungspaket IV	Verzicht auf: - Professionelle Zahnreinigung (§ 10e Abs. 1 Bst. a der Satzung der IKK) - Kieferorthopädische Behandlung (§ 29 SGB V) - Zahnersatz (§ 55 SGB V)	25,00 Euro

(8) Endet die Teilnahme am Wahltarif IKK NOW im Laufe eines Teilnahmejahres, vermindert sich der maximale Selbstbehalt sowie die Prämie um 1/12 für jeden vollen Monat des Jahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Das Gleiche gilt für volle Kalendermonate, in denen die Teilnahme nach Absatz 2 Satz 4 ruht oder nach Absatz 4 Satz 7 weitergeführt wird. Sofern unterjährig eine Tarifumstufung infolge einer Einkommensminderung erfolgt, ist Satz 1 analog anzuwenden.

(9) Die Prämie für den Grundbonus erhalten die Wahltarifteilnehmer für das jeweilige Teilnahmejahr grundsätzlich in voller Höhe im Voraus. Die Auszahlung erfolgt für das erste Teilnahmejahr bis zum Ablauf des ersten Kalendermonats der Teilnahme. Für jedes weitere Teilnahmejahr erfolgt die Auszahlung bis zum Ende des übernächsten Kalendermonats des jeweiligen Teilnahmejahres am Wahltarif IKK NOW.

Nach dem Ende des jeweiligen Teilnahmejahres wird die ermittelte Gesamtprämie nach Absatz 6 mit dem für das gleiche Teilnahmejahr ermittelten gesamten Selbstbehalt nach Absatz 7 gegenübergestellt; Absatz 8 ist entsprechend zu berücksichtigen. Übersteigt die Gesamtprämie den gesamten Selbstbehalt, erhält das Mitglied den Unterschiedsbetrag, unter Berücksichtigung der bereits im Voraus geleisteten Prämienzahlung für den Grundbonus, bis zum Ende des übernächsten Kalendermonats des auf die Teilnahme am Wahltarif IKK NOW folgenden Teilnahmejahres ausgezahlt.

Ergibt sich bei der vorgenannten Berechnung, dass für das abgerechnete Teilnahmejahr an das Mitglied, unter Berücksichtigung der bereits im Voraus geleisteten Prämie für den Grundbonus, eine Überzahlung erfolgte, ist der Überzahlungsbetrag mit der im Voraus fälligen Prämie für den Grundbonus des folgenden Teilnahmejahres zu verrechnen. Sofern dies nicht möglich ist, wird der überzahlte Betrag vom Mitglied zurückgefordert.

(10) Beitragsrückstände und andere Verbindlichkeiten des Mitgliedes gegenüber der IKK werden mit den auszuzahlenden Prämien zum Auszahlungszeitpunkt aufgerechnet.

(11) Die IKK ist berechtigt, den Tarif gegenüber allen Tarifteilnehmern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende zu kündigen, wenn die Ausgaben für Prämienzahlungen und Verwaltungskosten für die Tarifabwicklung sich nicht dauerhaft durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen durch den Wahltarif IKK NOW finanzieren lassen. Gleiches gilt, wenn die Aufsichtsbehörde der IKK die Schließung des Tarifs anordnet oder die Genehmigung des Tarifs widerruft oder sich eine gesetzliche Änderung ergibt. Voraussetzung für eine Kündigung durch die IKK ist, dass die Aufsichtsbehörde der IKK die Änderung und/oder Auflösung des Tarifs genehmigt.

IV. Beitragspflichtige Einnahmen

§ 17

Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder, Versicherungspflichtige gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, Rentenantragsteller und Mitglieder gemäß § 192 Abs. 2 SGB V

(1) Die Bemessung der Beiträge richtet sich nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Mitgliedes.

(2) Für die Beitragsbemessung nach Absatz 1 ist § 240 SGB V i. V. m. den Vorgaben des GKV-SV in der jeweils geltenden Fassung der „Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ maßgebend.

V. Beiträge

§ 18

Höhe der Beiträge und Zusatzbeitrag

(1) Die Beiträge werden nach einem Beitragssatz erhoben, der in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder festgesetzt wird. Die Beitragssätze für die verschiedenen Mitgliedergruppen richten sich nach den Vorschriften der §§ 241 ff. SGB V.

(2) Die IKK erhebt einen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V in Höhe von 1,65 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen.

(3) Der Zusatzbeitrag nach Absatz 2 ist Teil des Krankenversicherungsbeitrages. Daher gelten für den Zusatzbeitrag die gleichen gesetzlichen Regelungen wie für den Krankenversicherungsbeitrag (wie z. B. zur Fälligkeit, zu Säumniszuschlägen, zur Verjährung).

§ 19

– zz. unbesetzt –

§ 20

Fälligkeit und Zahlung der Beiträge sowie Abgabe des Beitragsnachweises

(1) Die Arbeitgeber haben die Beiträge für ihre versicherungspflichtig Beschäftigten nach den Vorschriften des § 23 SGB IV zu zahlen. Das gilt entsprechend für die zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten sowie für die Träger einer Einrichtung gemäß § 251 Abs. 2 SGB V.

(2) Die Beiträge für eine Sozialleistung im Sinne des § 3 S. 1 Nr. 3 SGB VI einschließlich Sozialleistungen, auf die die Vorschriften des SGB V und des SGB VI über die Kranken- und Rentenversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II entsprechend anzuwenden sind, werden nach den Regelungen in § 23 Abs. 2 SGB IV fällig.

(3) Versicherungspflichtige, soweit sie beitragspflichtige Versorgungsbezüge oder beitragspflichtiges Arbeitseinkommen erhalten, Mitglieder gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 10 – Erster Halbsatz – SGB V, freiwillige Mitglieder, Versicherungspflichtige gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, Rentenantragsteller sowie Schwangere, deren Mitgliedschaft gemäß § 192 Abs. 2 SGB V erhalten bleibt, haben die Beiträge gemäß § 23 SGB IV i. V. m. § 217f SGB V nach den Vorgaben des GKV-SV in der jeweils geltenden Fassung der „Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ zu entrichten.

(4) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V bezeichneten Mitglieder haben die Beiträge gemäß § 254 SGB V i. V. m. den Vorgaben des GKV-SV in der jeweils geltenden Fassung der „Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ zu entrichten.

(5) Für die Mahnung von Forderungen erhebt die IKK Mahngebühren gemäß § 66 SGB X i. V. m. § 19 Abs. 2 VwVG.

(6) Die Arbeitgeber haben den Beitragsnachweis nach der Regelung des § 28f Abs. 3 SGB IV einzureichen.

§ 21

Vorschüsse und Erstattung von Beiträgen

(1) Von Arbeitgebern, die länger als einen Monat mit der Beitragszahlung im Verzug sind oder sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben, können Vorschüsse auf den Gesamtsozialversicherungsbeitrag in Höhe der Beiträge für je einen Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

(2) Beitragserstattungen gemäß § 231 Abs. 2 SGB V werden halbjährlich unbar vorgenommen.

VI. Verfassung

§ 22

Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat besteht aus je 14 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.

(2) Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter zum 01.01. eines jeden Jahres.

(3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der IKK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die IKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere:

1. Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates
2. Wahl der Mitglieder des Vorstandes sowie des Vorsitzenden
3. Amtsenthebung und -entbindung der Mitglieder des Vorstandes
4. Anstellung, Festlegung der Vertragsbedingungen oder Auflösung des Vertrages der gewählten Mitglieder des Vorstandes
5. Bestellung der Mitglieder der Widerspruchsstelle nach § 24 der Satzung der IKK
6. Überwachung des Vorstandes
7. Entscheidungen über alle Angelegenheiten, die für die IKK von grundsätzlicher Bedeutung sind
8. Änderung der Satzung der IKK
9. Feststellung des Haushaltsplans
10. Abnahme der geprüften Jahresrechnung

11. Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung
12. Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden
13. Festsetzung der Entschädigungsregelung für Mitglieder des Verwaltungsrates
14. Zustimmung zur Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung einschließlich des Stellenplanes
15. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat
16. Amtsentbindung und Amtsenthebung von Mitgliedern des Verwaltungsrates sowie deren Stellvertreter
17. Feststellung, dass ein Nachfolger eines ausgeschiedenen Mitgliedes bzw. eines stellvertretenden ausgeschiedenen Mitgliedes des Verwaltungsrates Mitglied bzw. stellvertretendes Mitglied des Verwaltungsrates geworden ist

(4) 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.

(5) Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Wenn mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Als wichtiger Grund gilt z. B. die Eilbedürftigkeit eines Beschlusses oder das Vorliegen einer Pandemie. Näheres regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

(6) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen im Benehmen mit seinem Stellvertreter insbesondere:

1. Beanstandung von gesetz- und satzungswidrigen Beschlüssen
2. Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei Ergänzung des Verwaltungsrates
3. Anzeige und Benachrichtigung über das Ergebnis der Wahl und über Änderungen der Zusammensetzung des Verwaltungsrates
4. Personalentscheidungen im Einvernehmen mit dem Vorstand hinsichtlich der Einstellung, Entlassung und Gestaltung der Vertragsbedingungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf der Ebene der Geschäftsführung sowie auf der Ebene der Führungskräfte, die den Mitgliedern des Vorstandes bzw. den Geschäftsführern direkt unterstellt sind
5. Entgegennahme des Berichtes des Vorstandes und Unterrichtung des Verwaltungsrates

(7) Vor Abnahme der Jahresrechnung prüft der Verwaltungsrat die Betriebs- und Rechnungsführung der IKK.

(8) Die Entschädigung für die Mitglieder des Verwaltungsrates wird in der Anlage zu § 22 der Satzung der IKK geregelt.

§ 23

Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus zwei Mitgliedern. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig.

(2) Der Vorstand verwaltet hauptamtlich die IKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die IKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Jedes Mitglied des Vorstandes kann die IKK einzeln vertreten. Innerhalb der vom Vorstand zu erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich.

(3) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere die Gestaltung und Weiterentwicklung der Unternehmenspolitik im Rahmen der vom Verwaltungsrat festgelegten Unternehmensziele und grundsatzpolitischen Richtlinien.

§ 24

Besondere Ausschüsse (Widerspruchsstellen)

(1) Die Entscheidung über Widersprüche sowie der Erlass von Bescheiden zu Widersprüchen wird auf vom Vorstand beauftragte Mitarbeiter und auf besondere Ausschüsse (Widerspruchsstellen) gemäß § 36a Abs. 1 SGB IV übertragen. Die vom Vorstand beauftragten Mitarbeiter entscheiden über Widersprüche von Leistungserbringern, wie z. B. von Krankenhäusern gegen die Geltendmachung des Aufschlags gemäß § 275c Abs. 3 SGB V und erlassen die entsprechenden Bescheide dazu.

In allen anderen Fällen sind die besonderen Ausschüsse (Widerspruchsstellen) für die Entscheidung über die Widersprüche und den Erlass von Widerspruchsbescheiden zuständig.

Widerspruchsstellen bestehen am Sitz der Kasse sowie an den Standorten Kaiserslautern, Koblenz, Ludwigshafen, Mainz und Trier. Die Zuständigkeit richtet sich grundsätzlich nach dem Wohnsitz des Widerspruchsführers, wobei in Ausnahmefällen die Entscheidung über einen Widerspruch auf einen anderen besonderen Ausschuss übertragen werden kann. In Angelegenheiten der Personalkrankenkasse besteht die Zuständigkeit der Widerspruchsstelle am Standort Mainz.

(2) Eine Widerspruchsstelle besteht aus drei Mitgliedern. Für jedes Mitglied wird ein Stellvertreter bestellt. Mitglieder sind

1 Vertreter der Versicherten,

1 Vertreter der Arbeitgeber,

1 Bediensteter der IKK.

Eine Widerspruchsstelle kann auf Beschluss des Verwaltungsrates um jeweils einen Vertreter der Versicherten und einen Vertreter der Arbeitgeber erweitert werden.

(3) Die Mitglieder und Stellvertreter der Widerspruchsstelle (Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber) werden vom Verwaltungsrat vorgeschlagen und durch Wahl unter Beachtung der Grundsätze für die Wahlen zu den Selbstverwaltungsorganen bestellt. Die IKK-Bediensteten werden vom Vorstand vorgeschlagen und vom Verwaltungsrat durch Wahl bestellt. Die Amtsdauer richtet sich nach § 58 Abs. 2 SGB IV. Zu Mitgliedern der Widerspruchsstelle als Vertreter der Versicherten und Vertreter der Arbeitgeber dürfen nur Mitglieder und stellver-

tretende Mitglieder des Verwaltungsrates oder Personen bestellt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied der IKK erfüllen.

(4) Scheiden Mitglieder und Stellvertreter der Widerspruchsstelle (Vertreter der Versicherten oder der Arbeitgeber) vorzeitig aus, sind vom Verwaltungsrat Nachfolger vorzuschlagen und durch Wahl unter Beachtung der Grundsätze für die Wahlen zu den Selbstverwaltungsorganen zu bestellen. Als Vertreter der Versicherten oder als Vertreter der Arbeitgeber ist wählbar, wer zum Zeitpunkt des Vorschlages durch den Verwaltungsrat Mitglied oder stellvertretendes Mitglied des Verwaltungsrates ist oder die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied der IKK erfüllt. Scheiden IKK-Bedienstete als Mitglieder und Stellvertreter der Widerspruchsstelle vorzeitig aus, sind vom Vorstand Nachfolger vorzuschlagen und vom Verwaltungsrat durch Wahl zu bestellen.

(5) Der Verwaltungsrat hat ein Mitglied der Widerspruchsstelle durch Beschluss von seinem Amt zu entbinden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt oder wenn die Voraussetzungen der Wählbarkeit nicht vorgelegen haben oder nachträglich weggefallen sind. Jedes Mitglied hat dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates unverzüglich Veränderungen anzuzeigen, die seine Wählbarkeit berühren.

Verstößt ein Mitglied der Widerspruchsstelle in grober Weise gegen seine Amtspflichten, hat der Verwaltungsrat das Mitglied durch Beschluss seines Amtes zu entheben. Der Verwaltungsrat kann die sofortige Vollziehung des Beschlusses anordnen. Die Anordnung hat die Wirkung, dass das Mitglied sein Amt nicht ausüben kann.

Für stellvertretende Mitglieder der Widerspruchsstelle gelten diese Regelungen entsprechend.

(6) Die Widerspruchsstelle ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit gilt der Widerspruch als abgelehnt.

(7) Die Widerspruchsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung. Abweichend von Absatz 1 Satz 3 können die jeweiligen Geschäftsordnungen auch alternative, gemeinsame Regelungen zur Zuständigkeit festlegen.

(8) Die Widerspruchsstelle kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Wenn mindestens ein Mitglied der Widerspruchsstelle der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Näheres regelt die Geschäftsordnung.

(9) Die Widerspruchsstelle nimmt die Befugnisse der IKK gemäß § 69 OWiG wahr (§ 112 Abs. 2 SGB IV).

(10) § 22 Abs. 8 der Satzung der IKK gilt entsprechend.

VII. Datenschutz

§ 25

Datenschutz

Die IKK stellt sicher, dass von ihr personenbezogene Daten nur erhoben, gespeichert, verarbeitet und weitergegeben werden, soweit dies nach gesetzlichen Vorschriften zulässig ist.

VIII. Auskunft an Versicherte

§ 26

Auskunft an Versicherte

(1) Dem Versicherten wird auf Verlangen gemäß § 305 Abs. 1 SGB V Auskunft erteilt; § 25 Abs. 2 SGB X gilt entsprechend.

(2) Die Auskunft ist kostenfrei, soweit die Erfüllung des Auskunftsbegehrens nicht mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden ist.

IX. Rücklage

§ 27

Rücklage

Die Rücklage gemäß § 261 SGB V beträgt 20 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Zwecke.

X. Weiterentwicklung der Versorgung

§ 28

Modellvorhaben zu strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)

Die IKK beteiligt sich zur Sicherstellung der Betreuung der Versicherten, die außerhalb der Regionen Rheinland-Pfalz und Saarland ihren Wohnsitz haben, an folgenden Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V) anderer Innungskrankenkassen zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V:

- strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ I
- strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ II
- strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
- strukturiertes Behandlungsprogramm für koronare Herzkrankheit
- strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma/COPD

Inhalt und Ausgestaltung der Modellvorhaben ergeben sich aus dem strukturierten Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die Modellvorhaben beginnen mit dem Tag der Wirksamkeit der Programmzulassung und enden an dem in der Satzung der jeweiligen Innungskrankenkasse vorgesehenen Zeitpunkt.

XI. Bekanntmachungen

§ 29

Bekanntmachungen, Öffentliche Zustellung und Fristen

(1) Die Bekanntmachungen der IKK werden auf der Internetseite der IKK „www.ikk-suedwest.de“ veröffentlicht. Die jeweilige Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

(2) Die „Öffentliche Zustellung“ nach dem VwZG wird in der für den Versicherten zuletzt örtlich zuständigen Regionaldirektion der IKK ausgehängt.

(3) Die Veröffentlichungsfrist beträgt für die Bekanntmachungen nach Absatz 1 sieben Tage und 14 Tage bei Aushängen nach Absatz 2. Auf dem Aushang nach Absatz 2 sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme zu vermerken.

(4) Die IKK veröffentlicht gemäß § 305b SGB V zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Rechnungsergebnisse gemäß den Vorgaben der SRVwV.

(5) Die Rechnungsergebnisse nach Absatz 4 werden im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der Internetseite der IKK „www.ikk-suedwest.de“ veröffentlicht. Die im Internet veröffentlichten Ergebnisse werden der Öffentlichkeit nach dem 30.11. für mindestens 24 Monate zur Einsicht vorgehalten.

(6) Neben den Veröffentlichungen nach Absatz 5 werden die Geschäftsergebnisse durch öffentlichen Aushang in den Regionaldirektionen bekannt gegeben und können dort entsprechend eingesehen werden. Die Aushangfrist beträgt mindestens 30 Tage.

(7) Die IKK informiert ihre Mitglieder jährlich in ihrer Mitgliederzeitschrift über die Veröffentlichung der Geschäftsergebnisse nach den Absätzen 4 bis 6.

XII. Sondervorschriften für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz - AAG)

§ 30

Anwendung von Satzungsbestimmungen

(1) Die vorstehenden Bestimmungen der Satzung sind in Angelegenheiten des Gesetzes über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz - AAG) entsprechend anzuwenden, soweit nichts anderes bestimmt ist.

(2) § 24 der Satzung der IKK gilt mit der Maßgabe, dass sich bei der Behandlung von Angelegenheiten des AAG der besondere Ausschuss am Sitz der Kasse aus drei Mitgliedern zusammensetzt. Mitglieder sind

2 Vertreter der Arbeitgeber

1 Bedienstete(r) der IKK.

§ 31

Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

(1) Am Ausgleich der durch Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall sowie Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation bedingten Arbeitgeberaufwendungen entsprechend § 1 Abs. 1 AAG nehmen – vorbehaltlich § 11 AAG – die Arbeitgeber teil, die in der Regel nicht mehr als 30 Arbeitnehmer beschäftigen (U1-Verfahren).

(2) Am Ausgleich der durch Mutterschaft bedingten Arbeitgeberaufwendungen entsprechend § 1 Abs. 2 AAG nehmen – vorbehaltlich § 11 Abs. 2 AAG – alle Arbeitgeber teil (U2-Verfahren).

(3) Am Ausgleich der in den Absätzen 1 und 2 genannten Verfahren nehmen auch die Arbeitgeber teil, die ausschließlich Auszubildende beschäftigen.

§ 32

Bemessung der Umlage

(1) Der Umlagesatz beträgt für das Ausgleichsverfahren gemäß

1. § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren)

   a) 4,9 v. H. der umlagepflichtigen Einnahmen bei der Erstattung von insgesamt 80 v. H. des fortgezahlten Arbeitsentgeltes (Wahlleistung nach § 33 Abs. 1 der Satzung der IKK)

   b) 3,5 v. H. der umlagepflichtigen Einnahmen bei der Erstattung von insgesamt 70 v. H. des fortgezahlten Arbeitsentgeltes (Standardleistung nach § 33 Abs. 2 der Satzung der IKK)

   c) 2,2 v. H. der umlagepflichtigen Einnahmen bei der Erstattung von insgesamt 50 v. H. des fortgezahlten Arbeitsentgeltes (Wahlleistung nach § 33 Abs. 3 der Satzung der IKK)

2. § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren)

   0,65 v. H. der umlagepflichtigen Einnahmen

(2) Die Umlage berechnet sich entsprechend § 7 Abs. 2 AAG aus den Arbeitsentgelten, nach denen die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für die im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer, Arbeitnehmerinnen und Auszubildenden bemessen werden oder bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu bemessen wären.

(3) Bei der Berechnung der Umlage für die Aufwendungen gemäß § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) sind Entgelte von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen, deren Beschäftigungsverhältnis bei einem Arbeitgeber nicht länger als vier Wochen besteht und bei denen wegen der Art des Beschäftigungsverhältnisses aufgrund des § 3 Abs. 3 EFZG kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall entstehen kann, nicht zu berücksichtigen. Einmalig gezahlte Arbeitsentgelte gemäß § 23a SGB IV sind bei der Berechnung der Umlagen für die Aufwendungen gemäß § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) sowie § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nicht zu berücksichtigen.

(4) Für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld oder Saison-Kurzarbeitergeld bemessen sich die Umlagen nach dem tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

(5) Die Erhebung der Umlage gemäß § 1 Abs. 2 AAG kann auf Verwaltungsratsbeschluss befristet ausgesetzt werden, wenn die Betriebsmittel das dreifache der durchschnittlichen Monatsausgaben übersteigen.

§ 33

Höhe der Erstattungen

(1) Auf Antrag des Arbeitgebers beträgt die Höhe der Erstattungen gemäß § 1 Abs. 1 AAG 70 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 EFZG und den in § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts; zur Abgeltung des darauf entfallenden Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag und gemäß § 172a SGB VI sowie der darauf entfallenden Beitragszuschüsse gemäß § 257 SGB V und § 61 SGB XI wird ein Zuschlag in Höhe von 10 v. H. des fortgezahlten Arbeitsentgelts erstattet. Die Höhe des nach Satz 1 maßgeblichen Arbeitsentgelts ist begrenzt auf die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Antrag muss vor Beginn des neuen Kalenderjahres gestellt werden und wirkt ab Beginn des neuen Kalenderjahres. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden. Die Wahl verlängert sich um ein weiteres Kalenderjahr, sofern der Arbeitgeber für das nächste Kalenderjahr keinen neuen Antrag für die Erstattungssätze nach Absatz 2 oder Absatz 3 abgibt.

(2) Die Höhe der Erstattungen gemäß § 1 Abs. 1 AAG beträgt 60 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 EFZG und den in § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts; zur Abgeltung des darauf entfallenden Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag und gemäß § 172a SGB VI sowie der darauf entfallenden Beitragszuschüsse gemäß § 257 SGB V und § 61 SGB XI wird ein Zuschlag in Höhe von 10 v. H. des fortgezahlten Arbeitsentgelts erstattet.

Die Höhe des nach Satz 1 maßgeblichen Arbeitsentgelts ist begrenzt auf die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung. Sofern für den Arbeitgeber ein Erstattungssatz nach Absatz 1 oder Absatz 3 gilt, kann er auf Antrag ab Beginn des neuen Kalenderjahres den o. g. Erstattungssatz wählen. Der Antrag muss vor Beginn des neuen Kalenderjahres gestellt werden und wirkt ab Beginn des neuen Kalenderjahres. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden. Die Wahl verlängert sich um ein weiteres Kalenderjahr, sofern der Arbeitgeber für das nächste Kalenderjahr keinen neuen Antrag für die Erstattungssätze nach Absatz 1 oder Absatz 3 abgibt.

(3) Auf Antrag des Arbeitgebers beträgt die Höhe der Erstattungen gemäß § 1 Abs. 1 AAG 40 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 EFZG und den in § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts; zur Abgeltung des darauf entfallenden Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag und gemäß § 172a SGB VI sowie der darauf entfallenden Beitragszuschüsse gemäß § 257 SGB V und § 61 SGB XI wird ein Zuschlag in Höhe von 10 v. H. des fortgezahlten Arbeitsentgelts erstattet. Die Höhe des nach Satz 1 maßgeblichen Arbeitsentgelts ist begrenzt auf die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Antrag muss vor Beginn des neuen Kalenderjahres gestellt werden und wirkt ab Beginn des neuen Kalenderjahres. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden. Die Wahl verlängert sich um ein weiteres Kalenderjahr, sofern der Arbeitgeber für das nächste Kalenderjahr keinen neuen Antrag für die Erstattungssätze nach Absatz 1 oder Absatz 2 abgibt.

(4) Die Höhe der Erstattungen gemäß § 1 Abs. 2 AAG beträgt 100 v. H. des vom Arbeitgeber gemäß § 20 Abs. 1 MuSchG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld.

(5) Die Höhe der Erstattungen gemäß § 1 Abs. 2 AAG beträgt 100 v. H. des vom Arbeitgeber gemäß § 18 MuSchG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts sowie des darauf entfallenden Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag und gemäß § 172a SGB VI sowie der darauf entfallenden Beitragszuschüsse gemäß § 257 SGB V und § 61 SGB XI.

(6) Abweichend von den Ausführungen der Absätze 1 bis 3 besteht für Arbeitgeber bei Änderung der Erstattungs- und Umlagesätze im U1-Verfahren ein neues Wahlrecht, sofern der derzeit für ihn maßgebliche Umlagesatz nach § 32 Abs. 1 Nr. 1 der Satzung der IKK und/oder der Erstattungssatz nach § 33 Abs. 1 bis 3 der Satzung der IKK angepasst wird.

Das neue Wahlrecht ist bis zum Ablauf des Folgemonats (Eingang bei der IKK), in dem die Anpassung nach § 32 Abs. 1 Nr. 1 und/oder § 33 Abs. 1 bis 3 der Satzung der IKK wirksam wird, auszuüben. Wird das Wahlrecht nicht durch den Arbeitgeber ausgeübt, verbleibt es bei der bisherigen Einstufung des Erstattungssatzes nach § 33 Abs. 1 bis 3 der Satzung der IKK. Sofern sich ein Arbeitgeber innerhalb der vorgenannten Frist für einen anderweitigen Erstattungssatz entscheidet, gilt dieser rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Änderung.

(7) Die Stellung des Antrages nach den Absätzen 1 bis 3 und die Ausübung des Wahlrechtes nach Absatz 6 ist schriftlich und grundsätzlich mit den von der IKK vorgesehenen Formularen vorzunehmen. Abweichend hiervon kann die Schriftform durch die elektronische Kommunikation ersetzt werden.

§ 34

Fälligkeit der Erstattungen, Vorschüsse

(1) Die Erstattung wird auf Antrag des Arbeitgebers erbracht. Sie erfolgt, sobald der Arbeitgeber Arbeitsentgelt gemäß § 3 Abs. 1 und 2 EFZG und § 9 Abs. 1 EFZG, Arbeitsentgelt gemäß § 18 MuSchG oder einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld gemäß § 20 Abs. 1 MuSchG gezahlt hat.

(2) Die IKK gewährt auf Antrag angemessene Vorschüsse auf die Erstattung gemäß § 1 AAG.

§ 35

Bildung von Betriebsmitteln

Die zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz bestimmten Betriebsmittel dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen.

§ 36

Haushaltsplan

Der Haushaltsplan wird vom Vorstand aufgestellt; die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat stellen ihn fest.

§ 37

Jahresrechnung

Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließen die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat. Vor Abnahme prüfen die Vertreter der Arbeitgeber insoweit die Betriebs- und Rechnungsführung.

XIII. Inkrafttreten

§ 38

Inkrafttreten

(1) Die Satzung ist beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates der IKK am 14.12.2023, der Abschnitt XII nur von den Vertretern der Arbeitgeber.

(2) Sie tritt am Tag nach der Bekanntmachung, frühestens mit Wirkung zum 01.01.2024, in Kraft.

(3) Gleichzeitig mit dem Inkrafttreten nach Absatz 2 tritt die am 20.04.2023 beschlossene Satzung mit Ablauf des vorherigen Kalendertages außer Kraft.

Anlagen zur Satzung

Anlage 1 zu § 5a der Satzung

Bonifizierung von qualitätsgesicherten sportlichen Aktivitäten und Maßnahmen zur Unterstützung der gesunden Lebensführung sowie qualitätsgesicherte eigenfinanzierte Gesundheitskosten (§ 65a Abs. 1a SGB V)

Bonifizierbare Maßnahmen	Nachweisführung[1]	Anrechnung
Aktive Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio mit mindestens 24 Trainingseinheiten in einem Kalenderjahr	• IKK Bonusantrag • Bestätigung des Fitnessstudios	einmal im Kalenderjahr
Blutspende	• IKK Bonusantrag • Nachweis einer Blutspende (Bescheinigung)	einmal im Kalenderjahr
Erwerb Deutsches Feuerwehr Fitness Abzeichen (DFFA)	• IKK Bonusantrag • Bestätigung des Landesfeuerwehrverbandes	einmal im Kalenderjahr
Erwerb Schwimmabzeichen nach den Bedingungen des Deutschen Schwimmverbandes (DSV)	• IKK Bonusantrag • Teilnahmebestätigung, Urkunde	einmal im Kalenderjahr
Erwerb Sportabzeichen nach den Bedingungen des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB)	• IKK Bonusantrag • Teilnahmebestätigung, Urkunde	einmal im Kalenderjahr
Erwerb Wanderabzeichen vom Verband Deutscher Gebirgs- und Wandervereine (Deutscher Wanderverband)	• IKK Bonusantrag • Teilnahmebestätigung, Urkunde	einmal im Kalenderjahr
Führung eines Organ- oder Knochenmarkspenderausweises[2]	• Vorlage des Spenderausweises	einmalig
Sportliche Aktivitäten im Rahmen einer Mitgliedschaft in einem eingetragenen Sportverein oder Teilnahme an einer Sportveranstaltung in einer Ausdauersportart, die durch einen eingetragenen Sportverein begleitet wird	• IKK Bonusantrag • Bestätigung durch den Sportverein	einmal im Kalenderjahr
Teilnahme an IKK-Gesundheitsveranstaltungen	• IKK Bonusantrag • Teilnahmebestätigung	einmal im Kalenderjahr

Bonifizierbare Maßnahmen	Nachweisführung[1]	Anrechnung
Teilnahmebestätigung am Training einer Betriebs- oder Hochschulsportgruppe	• IKK Bonusantrag • Teilnahmebestätigung	einmal im Kalenderjahr
Präventionsmaßnahmen gemäß § 20 SGB V	• IKK Bonusantrag • Bestätigung durch Arzt, Leistungserbringer	einmal im Kalenderjahr
Verhütung von Zahnerkrankungen gemäß den §§ 21-22a SGB V	• IKK Bonusantrag • Bestätigung durch Arzt	einmal im Kalenderjahr
Mutterschaftsvorsorge gemäß § 24d SGB V (je Schwangerschaft)	• IKK Bonusantrag • Bestätigung durch Arzt	einmal im Kalenderjahr
Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung gemäß § 55 SGB V	• IKK Bonusantrag • Bestätigung durch Zahnarzt	einmal im Kalenderjahr
Erweiterte Vorsorge für Kinder (U10, U11)	• IKK Bonusantrag • Bestätigung durch Arzt	einmal je Untersuchung
Jugendgesundheitsuntersuchung J2	• IKK Bonusantrag • Bestätigung durch Arzt	einmalig
Hautkrebs-Screening ab dem 20. Lebensjahr	• IKK Bonusantrag • Bestätigung durch Arzt	einmal im Kalenderjahr
Teilnahme an einem Disease-Management-Programm der IKK	• IKK Bonusantrag • Bestätigung durch Arzt	einmal im Kalenderjahr
Teilnahme an einer gemäß § 20h SGB V geförderten Selbsthilfegruppe oder Teilnahme an einer Selbsthilfe-Sportgruppe, die durch einen Trainingsleiter geführt wird	• IKK Bonusantrag • Teilnahmebestätigung	einmal im Kalenderjahr

[1] Die Nachweisführung kann auch in digitaler Form – in der von der IKK definierten Art und Weise – erfolgen.

[2] Nur bonifizierbar, wenn mindestens eine weitere Maßnahme nach der Anlage 1 oder 2 zu § 5a der Satzung der IKK bonifiziert wird.

Anlage 2 zu § 5a der Satzung der IKK

Bonifizierung von qualitätsgesicherten Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und zur Früherkennung von Krankheiten (§ 65a Abs. 1 SGB V)

Bonifizierbare Maßnahmen	Nachweisführung[1]	Anrechnung
Gesundheitsuntersuchungen gemäß den §§ 25, 25a SGB V	• IKK Bonusantrag • Bestätigung durch Arzt	einmal je Untersuchung
Kinder- und Jugenduntersuchungen gemäß § 26 SGB V	• IKK Bonusantrag • Bestätigung durch Arzt	einmal je Untersuchung
Schutzimpfungen gemäß § 20i SGB V	• IKK Bonusantrag • Vorlage des Impfpasses • Bestätigung durch Arzt	einmal je vollständig durchgeführter Impfung

[1] Die Nachweisführung kann auch in digitaler Form – in der von der IKK definierten Art und Weise – erfolgen.

Anlage zu § 5b der Satzung der IKK

Zuschussfähige private Gesundheitskosten

Private Gesundheitskosten
Beiträge zu privaten Zusatzversicherungen[1] • Altersvorsorge • Berufsunfähigkeitsversicherung • betriebliche Altersvorsorge (Finanzierungsanteil des Arbeitnehmers) • Dread-Disease-Versicherung (Schwere-Krankheiten-Versicherung) • Erwerbsunfähigkeitsversicherung • Grundfähigkeitsversicherung • Krankenzusatzversicherung • Pflegeversicherung • Unfallversicherung
Brillen und Kontaktlinsen
Eigenleistung/Mehrkosten für kieferorthopädische Behandlung
Eigenleistung zur Gesundheitsvorsorge in Fitnessstudios
Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus (Fitness-Tracker)
Gesundheitskurse außerhalb des § 20 SGB V
Mitgliedschaft in Sportvereinen
Testung von Lebensmittelunverträglichkeiten (IgG-Antikörpertests)

[1] Sofern Kombinationsversicherungen oder Versicherungspakete abgeschlossen wurden, ist es ausreichend, wenn eine der genannten Versicherungen als Baustein enthalten ist. In diesem Fall kann der komplette Beitrag berücksichtigt werden; eine Aufteilung ist nicht erforderlich.

Anlage zu § 11b der Satzung der IKK

Erstattungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen

Produkt-name	Hersteller	Einschluss-kriterien	Kurzbeschreibung zum Produkt
Caterna	Caterna Vision GmbH David-Gilly-Straße 1 14469 Potsdam	Vorliegen der folgenden Erkrankung nach ICD-10: H53.0	• Internetbasierte Therapie für Kinder bei funktionaler Sehschwäche (Amblyopie) • Online-Sehübungen • Ergänzung zur Okklusionstherapie (Abkleben des starken Auges mit dem Augenpflaster) • CE-zertifiziertes Medizinprodukt das ausschließlich vom Augenarzt oder einer Augenklinik verordnet wird • Datenschutzrechtliche Anforderungen des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes werden erfüllt
Neolexon bei Artikulationsstörungen	Neolexon UG Atelierstr. 29 c/o WERK 1 81671 München	Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen nach ICD-10: F80.XX	• Alter 0 – 10 Jahre • Individuelle und flexible Auswahl aus etwa 800 kindgerechten Wörtern • Zielgenaues und unbegrenztes Üben von Zuhause aus • 5 verschiedene Module • Integriertes Motivationssystem • CE-zertifiziertes Medizinprodukt • Datenschutzrechtliche Anforderungen des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes werden erfüllt
Nia	Nia Health GmbH Altensteinstraße 40 14195 Berlin	Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen nach ICD-10: L20-L30	• Digitaler Begleiter für Neurodermitis-Patienten: Verlaufsdokumentation, Aufbereitung und Möglichkeit zur In-App-Expertenkonsultation • CE-zertifiziertes Medizinprodukt • Datenschutzrechtliche Anforderungen werden erfüllt
Tinnitracks	Sonormed GmbH Neuer Kamp 30 20357 Hamburg	Vorliegen der folgenden Erkrankung nach ICD-10: H93.1	• Medizinprodukt zur elektroakustischen Aufbereitung von Musik, die zur neurowissenschaftlich fundierten Therapie des subjektiven, chronischen, tonalen Tinnitus eingesetzt werden kann • CE-zertifiziertes Medizinprodukt • Datenschutzrechtliche Anforderungen des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes werden erfüllt

Anlage 1 zu § 16c der Satzung der IKK

Staffelung der Wahlmöglichkeiten Künstler und Publizisten

Durchschnittliches monatliches Netto-Arbeitseinkommen in Euro	Wählbares kalendertägliches Krankengeld in Euro					
	30,00	40,00	50,00	60,00	70,00	80,00
Bis 1.550,00	X					
1.550,01 - 1.850,00	X	X				
1.850,01 - 2.150,00	X	X	X			
2.150,01 - 2.450,00	X	X	X	X		
2.450,01 - 2.750,00	X	X	X	X	X	
Ab 2.750,01	X	X	X	X	X	X

Anlage 2 zu § 16c der Satzung der IKK

Prämienstaffelung Künstler und Publizisten

Anspruchs-beginn	Bezugs-dauer	Kalendertägliches Krankengeld in Euro					
		30,00	40,00	50,00	60,00	70,00	80,00
15. Tag	26 Wochen	12,00	16,00	20,00	24,00	28,00	32,00

Anlage zu § 22 der Satzung der IKK

Bemessung der Entschädigung für die Mitglieder des Verwaltungsrates (§ 41 SGB IV)

Die Mitglieder des Verwaltungsrates der IKK Südwest haben auf der Grundlage des § 41 SGB IV bei der Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit Anspruch auf folgende Entschädigung:

1. Tagegeld

- Tage- und Übernachtungsgeld nach den Vorschriften des Saarländischen Reisekostengesetzes in der für den Vorstand zu vergütenden Klasse
- Wird des Amtes wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld entsprechend der Regelungen des Saarländischen Reisekostenrechts gekürzt.

2. Fahrtkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrtkosten erstattet.

- Kosten für öffentliche Verkehrsmittel
  - Fahrscheine bis zur Höhe der Kosten der 1. Klasse
  - Aufpreise und Zuschläge
  - Reservierungsentgelte
- Kilometergeld

  Bei Verwendung eines eigenen Kraftfahrzeuges wird eine Kilometervergütung nach der Saarländischen Verordnung über die Gewährung von Wegstreckenentschädigung für die Benutzung anerkannt privateigener Kraftfahrzeuge bei Dienstreisen und Dienstgängen erstattet. Im Übrigen gelten die Regelungen des Saarländischen Reisekostenrechts.
- Flugkosten

  Hin- und Rückflugkarte für die Benutzung der niedrigsten Flugklasse
- Kosten für Fahrten zum und vom Bahnhof bzw. Flugplatz
  - Öffentlicher Nahverkehr
  - Zubringer zum Flugplatz
  - Taxi
  - Gepäckkosten/Gepäckaufbewahrung
  - Parkplatz- und Garagenkosten
  - Sonstige Kosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind

3. Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoarbeitsverdienstes

Den Verwaltungsratsmitgliedern werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge gemäß §§ 168, 169 SGB VI erstattet. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstausfall pauschal in Höhe von einem Drittel des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen.

Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

Für den Fall, dass ein Arbeitgebervertreter der Selbstverwaltungsorgane durch die ehrenamtliche Tätigkeit einen Mitarbeiter bzw. eine Aushilfskraft zu seiner Vertretung benötigt, werden die entstandenen Kosten als Verdienstausfall im Sinne des § 41 Abs. 2 SGB IV anerkannt.

4. Pauschbeträge für Auslagen außerhalb von Sitzungen

Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten einen monatlichen Ersatz für Auslagen (z. B. Porto, Telefon) in Höhe von 68,00 Euro.

Anderen Mitgliedern des Verwaltungsrates werden die notwendigen und angemessenen Auslagen in Höhe der tatsächlichen Kosten erstattet.

Die Pauschbeträge für Auslagen dürfen nicht mit den Pauschbeträgen für Zeitaufwand vermengt werden.

5. Pauschbeträge für Zeitaufwand

Für Sitzungen, auch wenn sie per Videokonferenz oder Telefonie stattfinden, werden an jedes Mitglied des Verwaltungsrates unabhängig von der Sitzungsdauer und unabhängig von der Zahl der Sitzungen an einem Tag 79,00 Euro je Sitzungstag erstattet. Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende von Ausschüssen der Organe erhalten bei Sitzungen ihres Ausschusses den doppelten Betrag.

Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen eine Aufwandsentschädigung von monatlich 560,00 Euro. Für Sitzungen außerhalb des Organs in gesetzlich vorgesehenen Gremien erhalten die Vorsitzenden des Verwaltungsrates einen um 79,00 Euro je Kalendertag einer Sitzung erhöhten Pauschbetrag in dem betreffenden Monat.

Den Organmitgliedern wird ein Pauschbetrag für Zeitaufwand für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ausnahmsweise dann gewährt, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Organmitgliedes aufgrund eines besonderen Auftrages vorliegt. In diesen Fällen wird ein Pauschbetrag in Höhe von 79,00 Euro gewährt.

6. Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane mit Familien- oder Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gemäß § 10 Abs. 2 S. 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleiG) erstattet werden. Die Voraussetzungen für die Erstattung und die Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils geltenden Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gemäß § 10 Abs. 2 S. 4 Nr. 2 BGleiG.

Die genannten Entschädigungen erhalten auch die Organmitglieder, die an Ausschusssitzungen teilnehmen, sofern sie dem Ausschuss angehören.

In Kraft ab 01.01.2023