



---

# Satzung der IKK classic

vom 01.08.2011

---

**Stand:** 15.09.2011

Da fühl ich mich gut.



---

**Eingefügte Nachträge:**

1. 05.10.2011

## Inhaltsverzeichnis

Seite

<b>Artikel 1</b> .....	6
<b>Abschnitt I - Verfassung</b> .....	<b>6</b>
§ 1 <b>Name, Sitz, Rechtsstellung, Geschäftsbezirk und Gliederung</b> .....	6
§ 2 <b>Organe der IKK</b> .....	7
§ 3 <b>Verwaltungsrat</b> .....	7
§ 4 <b>Landesbeirat</b> .....	9
§ 5 <b>Ausschüsse</b> .....	9
§ 6 <b>Besondere Ausschüsse/Widerspruchsausschüsse § 36a SGB IV</b> .....	10
§ 7 <b>Ehrenamtliche Repräsentanten</b> .....	10
§ 8 <b>Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane</b> .....	10
§ 9 <b>Vorstand</b> .....	11
§ 10 <b>Bekanntmachung</b> .....	11
<b>Abschnitt II - Mitgliedschaft</b> .....	<b>12</b>
§ 11 <b>Versicherter Personenkreis</b> .....	12
§ 12 <b>Beginn und Ende der Mitgliedschaft</b> .....	12
<b>Abschnitt III - Beiträge</b> .....	<b>13</b>
§ 13 <b>Beitragsbemessung</b> .....	13
§ 14 <b>Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall</b> .....	13
§ 15 <b>Fälligkeit, Zahlung und Erstattung der Beiträge</b> .....	13
<b>Abschnitt IV - Rücklage</b> .....	<b>15</b>
§ 16 <b>Rücklage</b> .....	15
<b>Abschnitt V - Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen</b> .....	<b>16</b>
§ 17 <b>Anwendbare Vorschriften</b> .....	16
§ 18 <b>Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber</b> .....	16
§ 19 <b>Höhe der Erstattungen</b> .....	16
§ 20 <b>Aufbringung der Mittel, Umlage</b> .....	17
§ 21 <b>Betriebsmittel</b> .....	17

<b>Abschnitt VI - Leistungen.....</b>	<b>19</b>
§ 22    Schutzimpfungen.....	19
§ 23    Leistungen der primären Prävention.....	19
§ 24    Zuschüsse zu Vorsorgeleistungen .....	20
§ 25    Häusliche Krankenpflege .....	20
§ 26    Haushaltshilfe.....	20
§ 27    Krankengeld – ergänzende Regelungen .....	21
§ 28    Feststellung und Zahlung der Geldleistungen .....	21
§ 29    Kostenerstattung .....	21
§ 30    Kostenerstattung Wahlarzneimittel .....	22
§ 31    Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen im Ausland .....	22
§ 32    Teilkostenerstattung für DO-Angestellte .....	23
§ 33    Wahltarif „Prämienzahlung bei Leistungsbeschränkungen“ für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V gewählt haben .	24
§ 34    Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten .....	24
§ 35    Leistungsausschluss .....	25
<b>Abschnitt VII - Private Zusatzversicherungsverträge .....</b>	<b>27</b>
§ 36    Private Zusatzversicherungsverträge .....	27
<b>Abschnitt VIII - Wahltarife .....</b>	<b>28</b>
§ 37    Tarif Selbstbehalt.....	28
§ 38    Wahltarif Prämienzahlung .....	30
§ 39    Wahltarife besondere Versorgungsformen .....	31
§ 40    Wahltarif Krankengeld.....	33
§ 41    Wahltarif „Arzneimittel besondere Therapieformen“ .....	36
<b>Artikel 2 .....</b>	<b>40</b>
<b>Inkrafttreten.....</b>	<b>40</b>

- Anhang 1** zu § 1 Abs. 3 der Satzung – Bezirk der IKK classic
- Anhang 2** zu § 8 der Satzung – Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane
- Anhang 3** zu § 34 Abs. 2 und 3 der Satzung - Bonusfähige Aktivitäten im Sinne des § 34 Abs. 2 und 3 der Satzung
- Anhang 4** Übergangsregelungen Fusion IKK classic und Vereinigte IKK

## Artikel 1

### Abschnitt I - Verfassung

#### § 1 Name, Sitz, Rechtsstellung, Geschäftsbezirk und Gliederung

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

IKK classic

(nachfolgend IKK genannt).

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

Das Geschäftsgebiet der IKK umfasst das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

- (4) Die IKK bildet folgende Landesdirektionen:

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

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

- (5) Die IKK nimmt die Aufgaben eines Landesverbandes der Innungskrankenkassen in
- Baden-Württemberg,
  - Bayern,
  - Hamburg,

- Hessen,
- Niedersachsen,
- Nordrhein-Westfalen,
- Sachsen und
- Thüringen

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

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

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

wahr (§ 52 SGB XI).

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

## § 2 Organe der IKK

(1) Organe der IKK sind:

- der Verwaltungsrat und
- der Vorstand.

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

## § 3 Verwaltungsrat

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

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

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

(4) Der Verwaltungsrat hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Wahl der Mitglieder des Vorstandes sowie eines Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden aus deren Mitte,
  2. Amtsenthebung und Amtsentbindung der Mitglieder des Vorstandes,
  3. Überwachung der Vorstandsarbeit,
  4. Beschlussfassung über die Satzung und sonstiges autonomes Recht der IKK,
  5. Beschlussfassung über die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane,
  6. Feststellung des Haushaltsplanes,
  7. Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes,
  8. Bestellung sachverständiger Prüfer zur jährlichen Prüfung der Betriebs-, der Rechnungsführung und der Jahresrechnung,
  9. Bestellung des Wahlausschusses für die Sozialversicherungswahlen,
  10. Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und Gebäuden sowie über die Errichtung von Gebäuden,
  11. Amtsenthebung und Amtsentbindung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane,
  12. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat und die vorbereitenden Ausschüsse,
  13. Aufstellung der Geschäftsordnung für die besonderen Ausschüsse,
  14. Beschlussfassung über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen,
  15. Beitritte zu Organisationen.
- (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (6) Die Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen der Mitglieder gefasst, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen. Näheres regelt die Geschäftsordnung.
- (7) Der Verwaltungsrat kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen:
1. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen oder höchstrichterlicher Rechtsprechung ergeben,
  2. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts und Beseitigung von offenbaren Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,
  3. Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates oder einem seiner Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist.
- (8) Der Verwaltungsrat vertritt die IKK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern durch seine Vorsitzenden.
- (9) Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates, im Verhinderungsfall der alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates, hat die ihm von Gesetz und Satzung zugewiesenen Aufgaben wahrzunehmen. Dazu gehören insbesondere
1. einen gegen Gesetz oder sonstiges für die Innungskrankenkasse maßgebendes Recht verstoßenden Beschluss des Verwaltungsrates schriftlich begründet zu beanstanden und die Aufsichtsbehörde zu unterrichten, wenn der Verwaltungsrat nach angemessener Frist einen Beschluss nicht ändert,
  2. das Verfahren zur Ergänzung des Verwaltungsrates durchzuführen,
  3. den Verwaltungsrat einzuberufen.

#### **§ 4 Landesbeirat**

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

#### **§ 5 Ausschüsse**

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

## **§ 6 Besondere Ausschüsse/Widerspruchsausschüsse § 36a SGB IV**

- (1) Für den Erlass von Widerspruchsbescheiden werden besondere Ausschüsse nach den Vorschriften des SGB gebildet. Sie sind auch Einspruchsstelle nach den Bußgeldvorschriften des SGB und nehmen die Aufgaben der Verwaltungsbehörde nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.
- (2) Widerspruchsausschüsse werden beim Sitz der IKK sowie bei jeder Landesdirektion eingerichtet. Das Nähere zur Anzahl und Zuständigkeit der Widerspruchsausschüsse ergibt sich aus der Geschäftsordnung.
- (3) Jeder Widerspruchsausschuss besteht aus je zwei Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber. Jedes Mitglied hat einen Stellvertreter.
- (4) Die ehrenamtlichen Mitglieder für den Widerspruchsausschuss werden vom Verwaltungsrat gewählt. Die ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse müssen die Voraussetzungen der Wählbarkeit dafür erfüllen.
- (5) Für die Ausübung des Ehrenamtes, die Haftung und den Verlust der Mitgliedschaft in den Widerspruchsausschüssen gelten die §§ 40, 42, 59 sowie 63 Abs. 3a und 4 SGB IV entsprechend; für die Entschädigung gilt § 8 der Satzung entsprechend.
- (6) Die Absätze 2 – 4 gelten für stellvertretende Mitglieder der Widerspruchsausschüsse entsprechend.
- (7) Der Verwaltungsrat der IKK beschließt eine Geschäftsordnung für die Widerspruchsausschüsse.
- (8) Soweit Gesetz oder sonstiges für den Versicherungsträger maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen, sind die Widerspruchsausschüsse beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Ist ein Widerspruchsausschuss nicht beschlussfähig, kann der Vorsitzende anordnen, dass in der nächsten Sitzung über den Gegenstand der Abstimmung auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 bestimmte Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Ladung zur nächsten Sitzung hinzuweisen.

## **§ 7 Ehrenamtliche Repräsentanten**

Für eine enge Bindung der Versicherten und Arbeitgeber an die IKK classic werden ehrenamtliche Repräsentanten tätig. Diese nehmen Ihre Aufgabe im Rahmen einer Vereinbarung wahr.

## **§ 8 Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane**

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

## § 9 Vorstand

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

## § 10 Bekanntmachung

- (1) Die Satzung, Satzungsänderungen und sonstiges autonomes Recht der IKK sind in den Geschäftsräumen der Hauptverwaltung sowie in den Regionaldirektionen der IKK öffentlich auszuhängen und im Internet unter [www.ikk-classic.de](http://www.ikk-classic.de) bekannt zu machen.
- (2) Die "Öffentliche Zustellung" nach dem Verwaltungszustellungsgesetz wird in einer Regionaldirektion der IKK ausgehängt.
- (3) Die Aushangfrist beträgt bei Aushängen nach Abs. 1 eine Woche, bei Aushängen nach Abs. 2 zwei Wochen. Auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme zu vermerken.

## Abschnitt II - Mitgliedschaft

### § 11 Versicherter Personenkreis

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

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

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

### § 12 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

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

## Abschnitt III - Beiträge

### § 13 Beitragsbemessung

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

### § 14 Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

- (1) Zeigt ein Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Abs. 11 Sätze 1 bis 3 genannten Zeitpunkt an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
  1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
  2. unter den in Abs. 2 genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Abs. 4a SGB V zu zahlen ist,
  3. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- (2) Eine Ermäßigung der Beiträge nach Abs. 1 Nr. 2 setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet; die Erklärung bindet auch Dritte, insbesondere die in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

### § 15 Fälligkeit, Zahlung und Erstattung der Beiträge

- (1) Für die Fälligkeit der Beiträge zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) gilt § 23 SGB IV.
- (2) Im Rahmen von § 19 Abs. 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG) erhebt die IKK pauschale Mahngebühren. Diese betragen

bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	749,99 EUR	0,80 EUR
bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	1.499,99 EUR	4,00 EUR
ab einem Mahnbetrag in Höhe von	1.500,00 EUR	7,50 EUR.

- (3) Die IKK kann von Arbeitgebern, die
1. a) länger als 1 Monat mit der Beitragszahlung im Verzug sind oder  
b) sich innerhalb der letzten 6 Monate in einem Insolvenzverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder  
c) Zahlungsausfälle befürchten lassen oder
  2. keine ordnungsgemäße Beitragsnachweise einreichen Vorschüsse in voraussichtlicher Höhe der Gesamtsozialversicherungsbeiträge für bis zu 3 Monaten fordern. Dabei ist eine Frist von mindestens 10 Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.
- (4) Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V werden jährlich unbar vorgenommen.

## **Abschnitt IV - Rücklage**

### **§ 16 Rücklage**

Die IKK bildet zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage in Höhe von 100 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

## **Abschnitt V - Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen**

### **§ 17 Anwendbare Vorschriften**

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

### **§ 18 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber**

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

### **§ 19 Höhe der Erstattungen**

- (1) Die IKK erstattet den am U1-Verfahren beteiligten Arbeitgebern 55 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgelts, wobei die Aufwendungen höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden. Die auf die berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelte entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und der Arbeitgeberanteil an den Beiträgen zur gesetzlichen Kranken-, Renten- und sozialen Pflegeversicherung nach § 172 Abs. 2 SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI sind mit dieser Erstattung abgegolten.
- (2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Abs. 1 auf 40 v. H. ermäßigt oder auf 70 v. H. erhöht. Der Antrag ist schriftlich zu stellen. Er gilt vom Beginn des Kalenderjahres an, das der Antragstellung folgt. Der Antrag wirkt rückwirkend vom Beginn des Kalenderjahres der Antragstellung, wenn er bis zum 31.01. des betreffenden Jahres bei der IKK classic eingegangen ist. Der Arbeitgeber ist für die Dauer des Kalenderjahres an die Wahl des Erstattungssatzes gebunden. Die Wahl wirkt über das

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

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

## **§ 20 Aufbringung der Mittel, Umlage**

- (1) Die Mittel zur Durchführung der U1- und U2-Verfahren werden durch Umlagen von den beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.
- (2) Der Umlagesatz beträgt für Aufwendungen nach § 19 Abs. 1 der Satzung 1,8 v. H. (allgemeine Umlage).
- (3) Hat der Arbeitgeber nach § 19 Abs. 2 der Satzung eine ermäßigte oder erhöhte Erstattung gewählt, beträgt der Umlagesatz
  - 1,2 v. H. (ermäßigte Umlage) bzw.
  - 3,1 v. H. (erhöhte Umlage).
- (4) Der Umlagesatz beträgt für die Aufwendungen nach § 19 Abs. 4 der Satzung 0,32 v. H.
- (5) Bemessungsgrundlage für die Umlage sind die in § 7 Abs. 2 AAG genannten Entgelte.
- (6) Die Fälligkeit der Umlage richtet sich jeweils nach § 15 Abs. 1 der Satzung.

## **§ 21 Betriebsmittel**

- (1) Die IKK verwaltet die Mittel für das Ausgleichsverfahren als Sondervermögen.
- (2) Es werden gesonderte Betriebsmittel gebildet für
  1. den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen im U1-Verfahren und
  2. den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen im U2-Verfahren.

- (3) Die Betriebsmittel dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG).

## Abschnitt VI - Leistungen

### § 22 Schutzimpfungen

- (1) Die Versicherten erhalten nach den Regelungen der Absätze 2 bis 3 zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, soweit die Kosten weder ganz noch teilweise von einer anderen Stelle (z. B. öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) getragen werden.
- (2) Die IKK übernimmt für Versicherte, die nicht bereits von der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V erfasst werden, Schutzimpfungen aufgrund landesrechtlicher Empfehlungen nach § 20 Abs. 3 IfSG.
- (3) Die IKK übernimmt Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.
- (4) Die IKK gewährt Schutzimpfungen grundsätzlich als Sachleistungen oder erstattet die Kosten für den Impfstoff in voller Höhe abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung für Arzneimittel sowie die Kosten der ärztlichen Leistungen nach Vertragssätzen.

### § 23 Leistungen der primären Prävention

- (1) Die IKK führt qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention selbst oder in Zusammenarbeit mit anderen Stellen durch oder beteiligt sich an den Kosten der Leistungen anderer Stellen. Versicherte haben Anspruch auf Maßnahmen mit folgender Zielsetzung:
  - Bewegungsgewohnheiten
    - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität,
    - Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme,
  - Ernährung
    - Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung,
    - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht,
  - Stressmanagement
    - Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (Multimodales Stressmanagement)
    - Förderung von Entspannung (Palliativ-regeneratives Stressmanagement)
  - Suchtmittelkonsum
    - Förderung des Nichtrauchens,
    - Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums.
- (2) Art, Umfang und Qualitätskriterien der Leistungen (Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppe, Ziel, Inhalt, Methodik und Anbieterqualifikation) richten sich nach den „Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 (Leitfaden)“ in der jeweils geltenden Fassung.

- (3) Ein Eigenanteil für die Versicherten ist nicht vorgesehen. Die Kosten werden in einem Kalenderjahr bis zu einer maximalen Höhe von insgesamt 150,00 € übernommen. Die Kosten einer einzelnen Maßnahme (Kurs) werden bis zu einer maximalen Höhe von 75,00 € übernommen. In einem Kalenderjahr können maximal zwei Maßnahmen beantragt werden.

## **§ 24 Zuschüsse zu Vorsorgeleistungen**

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

## **§ 25 Häusliche Krankenpflege**

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, jedoch längstens für 26 Wochen je Krankheitsfall. § 37 Abs. 3 SGB V gilt

## **§ 26 Haushaltshilfe**

- (1) Die IKK erbringt in den in § 38 Abs.1 SGB V genannten Fällen Haushaltshilfe, wenn das im Haushalt lebende Kind bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- (2) Die IKK erbringt außer in den in § 38 Abs.1 SGB V genannten Fällen Haushaltshilfe auch dann, wenn
1. bei akuter schwerer Erkrankung oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit nach ärztlichem Zeugnis dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist, längstens für einen Zeitraum von 4 Wochen je Behandlungsfall oder
  2. für die Dauer der stationären Versorgung in Hospizen, sofern der weitere Bestand des Haushalts gesichert ist, längstens für einen Zeitraum von 26 Wochen.
- (3) Voraussetzung für Leistungen nach Abs.2 ist weiter, dass im Haushalt ein Kind lebt, welches bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 38 Abs.3 SGB V gilt.
- (4) Darüber hinaus kann die IKK in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe für Zeiträume von insgesamt 6 Wochen je Behandlungsfall im Fall des Abs.2 Nr.1 oder von insgesamt 52 Wochen im Fall des Abs.2 Nr.2 gewähren, wenn durch ärztliches Zeugnis festgestellt ist, dass dies aus den in Abs.2 Nr.1 bzw. Nr.2 genannten Gründen erforderlich ist.

## § 27 Krankengeld – ergänzende Regelungen

- (1) Soweit bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung das Krankengeld seine Entgeltersatzfunktion nicht erfüllt, kann die IKK die Berechnung und Zahlung des Krankengeldes im Sinne des SGB V den individuellen Erfordernissen anpassen.
- (2) Das Krankengeld wird in diesen Fällen aus dem Arbeitsentgelt der letzten drei Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit berechnet, das aus dieser Beschäftigung erzielt und der Bemessung der Beiträge zugrunde gelegt worden ist. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt bleibt unberücksichtigt. Zur Berechnung des Regelentgeltes ist das Arbeitsentgelt durch neunzig zu teilen.

## § 28 Feststellung und Zahlung der Geldleistungen

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

## § 29 Kostenerstattung

- (1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Hierüber haben Versicherte die IKK vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der IKK übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der IKK in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung ist nur möglich, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
- (2) Das Wahlrecht nach Abs. 1 wird durch eine schriftliche Erklärung gegenüber der IKK ausgeübt. Die Wahlerklärung wirkt zum Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats.
- (3) Der Versicherte ist an die gewählte Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Der Versicherte kann die gewählte Kostenerstattung nach Ablauf der Mindestdauer jederzeit durch schriftliche Erklärung widerrufen. Die Kostenerstattung endet mit dem Ende des Quartals, in dem das Wahlrecht widerrufen wurde.
- (4) Die Wahl kann für alle Leistungen getroffen werden oder auf einen oder mehrere der folgenden Bereiche beschränkt werden:

- ambulante ärztliche Versorgung,
  - ambulante zahnärztliche Versorgung,
  - stationäre Versorgung oder
  - ärztlich/zahnärztlich veranlasste ambulante Leistungen.
- (5) Zur Erstattung der Aufwendungen sind vom Versicherten Originalrechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die IKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind abzuziehen. Von dem sich ergebenden Erstattungsbetrag wird ein Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 vom Hundert maximal 40,00 Euro geltend gemacht.

### § 30 Kostenerstattung Wahlarzneimittel

- (1) Wählt ein Versicherter im Rahmen einer Kostenerstattung ein anderes, als eines der drei preisgünstigsten oder als das Rabattarzneimittel der IKK abzugebendes wirkstoffgleiches Arzneimittel, das mit dem verordneten Arzneimittel in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, hat er die entstehenden Mehrkosten zu tragen.
- (2) Für den Höhe der Kostenerstattung und den Abschlag für Verwaltungskosten gilt § 29 Abs. 5 entsprechend.
- (3) Gemäß § 13 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel, das mit dem verordneten Arzneimittel in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, wählen, als dasjenige,
- a) für das die IKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat, oder
  - b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.
- (4) Bei Erstattungen nach Abs. 2 erhebt die IKK einen pauschalierten prozentualen Abschlag in Höhe von 30 vom Hundert des Apothekenverkaufspreises für entgangene vertragliche Rabatte (§ 30 Abs.3 Buchstabe a.) oder 10 vom Hundert als Abschlag im Vergleich zur Abgabe eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel (§ 30 Abs.3 Buchstabe b). Sollte der Apothekenverkaufspreis des gewählten Arzneimittels über dem jeweiligen Festbetrag liegen, wird der entsprechende Festbetrag als Berechnungsgrundlage genommen. § 30 Abs.2 ist anzuwenden.

### § 31 Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen im Ausland

- (1) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Inland in Anspruch zu nehmen. Die Kosten werden im Rahmen des § 13 Abs. 4 SGB V erstattet.

- (2) Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die IKK bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für Verwaltungskosten sowie fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen um 10 v. H. mindestens jedoch um 3,50 Euro, höchstens 50,00 Euro zu mindern.
- (3) Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage der Originalrechnungen und ggf. weiterer aussagekräftiger Unterlagen.
- (4) Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V können nur nach vorheriger Zustimmung durch die IKK in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der IKK im Inland erlangt werden kann.

### **§ 32 Teilkostenerstattung für DO-Angestellte**

- (1) Freiwillig versicherte Angestellte der IKK, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind, erhalten, soweit sie vom Wahlrecht des § 14 Absatz 2 SGB V Gebrauch gemacht haben, eine Teilkostenerstattung. Teilkostenerstattung tritt an die Stelle der nach SGB V vorgesehenen Leistungen.
- (2) Die Entscheidung der Angestellten ist schriftlich zu erklären; sie wirkt bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das dem der Erklärung nachfolgt. Die Wirkungsdauer der Erklärung verlängert sich jeweils um zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des jeweiligen Zeitraums keine gegenteilige Erklärung vorliegt. Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.
- (3) Teilkostenerstattung wird in Höhe des Vomhundertsatzes gewährt, der den nicht durch Beihilfe gedeckten Aufwendungen des Erstattungsberechtigten im Verhältnis zu den vollen Kassenleistungen entspricht. Der Feststellung des Erstattungsbeitrages sind die Kosten der jeweils zu erbringenden Sachleistungen der IKK zugrunde zu legen.
- (4) Bei stationärer Krankenhausbehandlung und Zahnersatzleistungen beträgt die Erstattung bis zu 50 v. H. der Kosten für die entsprechende Leistung der IKK. Kostenerstattung und die ohne Berücksichtigung des Teilkostenerstattungsanspruchs zustehenden Beihilfen dürfen hierbei die beihilfefähigen Gesamtaufwendungen nicht überschreiten.
- (5) Der Beihilfeanspruch bleibt jeweils unberührt. Bei unmittelbarer Inanspruchnahme von Leistungen der IKK sind die auf die Beihilfe entfallenden Anteilsbeträge der Aufwendungen festzustellen und auf den Sachbuchkonten zu vereinnahmen. Für die Durchführung des Erstattungsverfahrens gelten die Regelungen der einschlägigen Beihilfebestimmungen entsprechend.
- (6) Die Absätze 1 bis 5 gelten entsprechend auch für Hinterbliebene der DO-Angestellten, die beim IKK Bundesverband GbR, einem IKK Landesverband, einem anderen IKK-Verband, beim IKK-ISC eG informations service center oder einer anderen IKK be-

schäftigt und bei der IKK versichert sind. Diese Regelungen gelten ebenfalls für Hinterbliebene der DO-Angestellten sowie für Versorgungsempfänger.

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

- (1) Freiwillig versicherte Angestellte der IKK, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind, die Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V i. V. m. § 32 der Satzung gewählt haben und deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif für die Zahlung einer Prämie zu ihrem monatlichen Beitrag zur Krankenversicherung wählen.
- (2) Grundlage für die Prämie ist der Beitrag zur Krankenversicherung. Als Prämie wird der Vomhundertsatz gezahlt, der dem Bemessungssatz der Beihilfe nach § 14 der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) des Mitglieds entspricht. Die Prämie beträgt für
  - Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 BhV 50 v. H.,
  - Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 14 Abs. 1 S. 3 BhV 70 v. H.,
  - Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 BhV 70 v. H.,
  - Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 BhV 70 v. H.,
  - Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. § 14 Abs. 1 Nr. 4 BhV 80 v. H.
 des Krankenversicherungsbeitrags.
- (3) Bei Änderungen des Bemessungssatzes wird die Prämie in Höhe und Zeitpunkt entsprechend angepasst. Erhöht sich der Bemessungssatz gemäß § 14 Abs. 1 Satz 3 BhV, ändert sich die Prämie mit Beginn des Monats, in dem das Kind berück-sichtigungsfähig wird, im Übrigen ändert sich die Prämie mit dem Folgemonat. Tatsachen, die zu einer Änderung des Bemessungssatzes führen, sind unverzüglich mitzuteilen. § 206 SGB V gilt entsprechend.
- (4) Die Prämie wird mit dem vom Versicherten zu entrichtenden monatlichen Beitrag zur Krankenversicherung verrechnet.

### **§ 34 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

- (1) Die IKK gewährt ihren Versicherten verschiedene Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten im Sinne des § 65a SGB V.
- (2) Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres, die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten einen Bonus, wenn sie
  1. regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V,
  2. Leistungen zur Zahnvorsorge nach § 22 SGB V (Individualprophylaxe) bzw. § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V (Zahnvorsorgeuntersuchung),

3. die Mutterschaftsvorsorge nach § 196 RVO
4. qualitätsgesicherte Präventionsmaßnahmen,
5. sonstige qualitätsgesicherte Vorsorgeleistungen nach **Anhang 3**, der Bestandteil dieser Satzung ist oder
6. regelmäßige qualitätsgesicherte sportliche Aktivitäten und Maßnahmen zur Unterstützung einer gesunden Lebensführung nach **Anhang 3**, der Bestandteil dieser Satzung ist

in Anspruch nehmen und nachweisen.

- (3) Versicherte vor Vollendung des 18. Lebensjahres erhalten einen Bonus, wenn sie

1. Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchungen,
2. Leistungen zur Zahnvorsorge nach § 22 SGB V (Individualprophylaxe),
3. qualitätsgesicherte Präventionsmaßnahmen,
4. sonstige qualitätsgesicherte Vorsorgeleistungen nach **Anhang 3**, der Bestandteil dieser Satzung ist oder
5. regelmäßige qualitätsgesicherte sportliche Aktivitäten sowie Maßnahmen zur Entwicklungsförderung und gesunden Lebensführung für Kinder nach **Anhang 3**, der Bestandteil dieser Satzung ist

in Anspruch nehmen und nachweisen.

- (4) Die Versicherten werden im IKK-Bonusheft über die Inhalte des Bonusprogramms informiert.
- (5) Die Inanspruchnahme der Leistungen oder die Teilnahme an entsprechenden qualitätsgesicherten Programmen und Maßnahmen ist vom Versicherten durch eine Bestätigung des Anbieters bzw. Leistungserbringers im IKK-Bonusheft oder durch eine entsprechende Bescheinigung nachzuweisen.
- (6) Der Bonus wird als Geldprämie gewährt. Bei Versicherten nach Vollendung des 18. Lebensjahrs können je Kalenderjahr maximal 300,00 Euro Bonus gezahlt werden. Voraussetzung ist, dass mindestens 4 bonifizierbare Aktivitäten im Kalenderjahr durchgeführt wurden. Bei Versicherten vor Vollendung des 18. Lebensjahrs können je Kalenderjahr maximal 150,00 Euro als Bonus gezahlt werden. Die Auszahlung erfolgt im Folgejahr ausschließlich auf Antrag des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters. Die Bonuszahlung wird nur dann gewährt, wenn der Antrag bis zum 31.03. des Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr gestellt wird und zum Zeitpunkt der Auszahlung eine ungekündigte Mitgliedschaft bzw. eine laufende Versicherung bei der IKK besteht. Die IKK weist ihre Versicherten gesondert auf die Antragsfrist hin.
- (7) Beitragsrückstände und andere Außenstände des Versicherten bei der IKK können mit dem auszahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden.

## § 35 Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf

Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen (§ 52a SGB V).

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

## **Abschnitt VII - Private Zusatzversicherungsverträge**

### **§ 36 Private Zusatzversicherungsverträge**

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

## Abschnitt VIII - Wahltarife

### § 37 Tarif Selbstbehalt

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

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

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

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

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

Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe eines Kalenderjahres, vermindert sich der maximale Selbstbehalt je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Das Gleiche gilt für das Ruhen der Teilnahme nach Abs. 4.

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

- Leistungen der primären Prävention (§§ 20 – 20d SGB V),
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe - § 21 SGB V, Individualprophylaxe - § 22 SGB V),
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V),
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V),
- zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
- Vertragsärztliche bzw. vertragszahnärztliche Leistungen, die mit der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach § 87b Abs. 3 SGB V (bzw. hinsichtlich der zahnärztlichen Leistungen mit der Kopfpauschale) abgegolten sind.

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

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

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

Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindert sich die Prämie um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Das Gleiche gilt für das Ruhen der Teilnahme nach Abs. 4.

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

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

- (8) Beitragsrückstände und andere Außenstände des Mitgliedes bei der IKK können mit der auszahlenden Prämie zum Auszahlungszeitpunkt aufgerechnet werden.
- (9) Die IKK kann dem Teilnehmer am Tarif einmalig auf Antrag eine Vorauszahlung auf künftige Unterschiedsbeträge von Prämie und Selbstbehalten in Höhe von bis zu 50 v. H. der Prämie im Kalenderjahr zahlen. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach Abs. 7 berücksichtigt.
- (10) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. Eine Kündigung wird erst wirksam,

wenn keine Forderungen der IKK an das Mitglied aufgrund der Teilnahme am Tarif mehr bestehen. Für die Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der IKK nicht möglich. Ein Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V besteht. Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Tarif abweichend von Satz 1 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden. Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.

### § 38 Wahltarif Prämienzahlung

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

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

- (7) Die Höhe der Prämie beträgt 1/12 der vom Mitglied selbst getragenen Beitragsanteile der jeweils für das Kalenderjahr während der Teilnahme am Tarif gezahlten Krankenversicherungsbeiträge. Bei einem gewählten Tarif nach § 37 reduziert sich die Prämie auf 1/24.

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

### **§ 39 Wahltarife besondere Versorgungsformen**

- (1) Die IKK classic führt zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten besondere Versorgungsformen im Sinne von § 53 Abs. 3 SGB V durch. Die Einschreibung in einen Vertrag über eine besondere Versorgungsform führt automatisch zur Teilnahme an einen Wahltarif.
- (2) Die IKK classic führt ein Verzeichnis über besondere Versorgungsformen. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Teilnahmedauer und -bedingungen, die speziellen Kündigungsmöglichkeiten, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der Versorgung sowie möglicher Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis in den Geschäftsräumen der Hauptverwaltung sowie der Regionaldirektionen der IKK einzusehen. Eine Kündigung der Teilnahme an diesen Wahltarifen kann mit Ausnahme des Wahltarifs nach Abs. 3 und 6 unter Einhaltung einer Frist von vier Wo-

chen frühestens zum Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist schriftlich gegenüber der IKK classic zu erklären. Die besonderen Teilnahmevoraussetzungen der besonderen Versorgungsform ergeben sich aus dem in Satz 2 genannten Verzeichnis.

(3) Strukturierte Behandlungsprogramme

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

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabestes mellitus Typ 1
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabestes mellitus Typ 2
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheiten
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenkrankheiten.

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die Teilnahme ist freiwillig. Versicherte, die in einem oder mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V eingeschrieben sind, erhalten für die Dauer der Teilnahme eine Prämie. Sie beträgt 5,00 € monatlich, max. 50,00 € pro Kalenderjahr.

(4) Hausarztzentrierte Versorgung

Auf der Grundlage von entsprechenden Verträgen führt die IKK classic hausarztzentrierte Versorgungsungen nach § 73b SGB V durch.

Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Hausärzte in Anspruch zu nehmen. Ausgenommen hiervon sind Fachärzte für Gynäkologie, Augenärzte und Kinderärzte. Weitere Ausnahmen können in den Verträgen geregelt werden. Die Teilnahme ist freiwillig. Der Versicherte ist mit Beginn seiner Teilnahme an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Kosten, die durch Verstöße des Versicherten gegen die freiwilligen Verpflichtungen entstehen, sollen dem Versicherten auferlegt werden.

Für Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, kann die IKK classic entsprechend § 53 Abs. 3 SGB V die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen ermäßigen oder Prämienzahlungen anbieten.

(5) Besondere ambulante ärztliche Versorgung

Die IKK classic führt besondere ambulante ärztliche Versorgungsungen auf der Grundlage von entsprechenden Verträgen gemäß nach § 73c SGB V durch.

Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die Teilnahme ist freiwillig. Der Versicherte ist mit Beginn seiner Teilnahme an diese Verpflichtung mindestens ein Jahr gebunden. Kosten, die durch Verstöße des Versicherten gegen die freiwilligen Verpflichtungen entstehen, sollen dem Versicherten auferlegt werden.

Für Versicherte, die an besonderer ambulanter ärztlicher Versorgung teilnehmen, kann die IKK classic entsprechend § 53 Abs. 3 SGB V die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen ermäßigen oder Prämienzahlungen anbieten.

(6) Integrierte Versorgung

Die IKK classic führt integrierte Versorgungsungen auf der Grundlage von entsprechenden Verträgen nach § 140a SGB V durch.

Die Teilnahme ist freiwillig; sie beginnt mit der Einschreibung in die integrierte Versorgung. Für Versicherte, die an integrierten Versorgungen teilnehmen, kann die IKK classic entsprechend § 53 Abs. 3 SGB V die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen ermäßigen oder Prämienzahlungen anbieten.

## § 40 Wahltarif Krankengeld

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

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

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

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

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

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

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

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

- (3) Beginn des Tarifs ist jeweils der 1. des Monats nach der schriftlichen Wahlerklärung des Mitglieds. Wird ein Tarif nach Ablauf der Bindungsfrist neu gewählt, beginnt der Tarif mit dem 1. des auf das Ende des bisherigen Tarifs folgenden Monats.
- (4) Das Mitglied ist ab Tarifbeginn drei Jahre an die Wahl des Tarifs gebunden (Bindungsfrist).
- (5) Der Tarif endet mit dem Ablauf der Bindungsfrist, ohne dass es einer Kündigungserklärung des Mitglieds bedarf. Zur ununterbrochenen Weiterführung des Tarifs muss das

Mitglied spätestens einen Monat nach Ablauf der Bindungsfrist (Tarifende) den Tarif zum nach Abs. 3 bestimmten Zeitpunkt erneut wählen.

- (6) Das Mitglied kann den Tarif innerhalb der Bindungsfrist vorzeitig kündigen, wenn es einen besonderen Härtefall nachweist. Dieser liegt insbesondere dann vor, wenn dem Mitglied aufgrund eingetretener finanzieller Hilfebedürftigkeit, bei Bezug von Leistungen nach SGB II oder SGB XII, die Zahlung einer Prämie zur Absicherung des Krankengeldanspruchs nicht mehr länger zugemutet werden kann. Die schriftliche Kündigung ist frühestens nach Eintritt des besonderen Härtefalls möglich. Der Tarif endet mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die schriftliche Kündigung des Mitglieds erfolgt ist.

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

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

Im Übrigen endet der Tarif, mit

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

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

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

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

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

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

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

Als Tag der Zahlung gilt:

1. bei Abbuchung, der Tag der Fälligkeit
2. bei Überweisung oder Einzahlung auf ein Konto der IKK oder bei Zahlung mit Scheck, der Tag der Wertstellung zugunsten der IKK bei rückwirkender Wertstellung das Datum des elektronischen Kontoauszuges des Geldinstitutes der Krankenkasse
3. bei Barzahlung, der Tag des Geldeinganges.

- (15) Prämien, die am Fälligkeitstag nicht entrichtet worden sind, werden gemahnt.
- (16) Bei Nichtzahlung der Prämie werden die offenen Prämienbeträge kostenpflichtig eingezogen. Es gelten die Vorschriften des Verwaltungszustellungsgesetzes (VwZG) bzw. Verwaltungs-Vollstreckungsgesetzes (VwVG). Mahngebühren werden entsprechend § 15 Abs. 2 erhoben. Bestehen Ansprüche auf Zahlung des Krankengeldes, werden fällige Prämien einschließlich der Gebühren dagegen aufgerechnet.
- (17) Berechnung der Prämie:

- Hauptberuflich selbstständig Tätige

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

- Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz

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

- Unständig und befristet Beschäftigte

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

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

## § 41 Wahltarif „Arzneimittel besondere Therapieformen“

- (1) Die IKK bietet einen Wahltarif „Arzneimittel besondere Therapieformen“ nach § 53 Abs. 5 SGB V an. Der Wahltarif hat die Erstattung von Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“ zum Gegenstand.

Der Tarif umfasst die Kostenübernahme für:

- Arzneimittel der Homöopathie
  - Arzneimittel der Phytotherapie
  - Arzneimittel der Anthroposophie.
- (2) Mitglieder sowie ihre nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen können für sich jeweils eigenständig und unabhängig voneinander den Tarif wählen. Die Erklärung zur Wahl des Tarifs bedarf der Schriftform. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V).
- (3) Beginn des Tarifs ist jeweils der 1. des Monats nach der schriftlichen Wahlerklärung, frühestens mit Beginn des Kalendermonats, der auf den Beginn der Mitgliedschaft folgt.
- (4) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn. Für die Dauer am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der IKK nicht möglich. Ein Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V besteht.
- (5) Der Versicherte kann den Tarif innerhalb der Bindungsfrist vorzeitig kündigen, wenn er einen besonderen Härtefall nachweist. Dieser liegt insbesondere dann vor, wenn dem Versicherten aufgrund eingetretener finanzieller Hilfebedürftigkeit, bei Bezug von Leistungen nach SGB II oder SGB XII, die Zahlung der Prämie nicht länger zugemutet werden kann. Die schriftliche Kündigung ist frühestens nach Eintritt des besonderen Härtefalls möglich. Im Übrigen ist eine Kündigung des Tarifs durch den Versicherten möglich, wenn sich die Prämie um mehr als 10 v. H. erhöht oder die IKK die Leistungen nach dieser Satzungsregelung beschränkt. Die Kündigung ist bis zum Ablauf des Kalendermonats zu erklären, vor dem die Änderung in Kraft tritt. Der Tarif endet mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die schriftliche Kündigung des Mitglieds erfolgt ist.
- (6) Die Teilnahme am Tarif endet, wenn Teilnehmer aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen zu einer anderen Krankenkasse wechseln.
- (7) Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage der Nachweise im Original. Zeitpunkt für die Einreichung ist jeweils der Ablauf eines Tarifjahres. Die Abrechnung erfolgt einmal im Jahr.

Eine Erstattung im Rahmen dieses Tarifs ist nicht möglich für

- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dies sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.
- Arzneimittel der „Negativliste“ nach § 34 Abs. 3 SGB V.

Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel („Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“), die als Sachleistungen über die Krankenversichertenkarte in Anspruch genommen werden können, sind ebenfalls von der Erstattung im Rahmen dieses Tarifs ausgenommen. Dies sind „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“, die durch einen Vertragsarzt auf dem Kassenrezept ausnahmsweise verordnet werden können:

- für Kinder bzw. Jugendliche mit Entwicklungsstörungen ab dem Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder
- nach den Arzneimittelrichtlinien bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und zur Anwendung bei diesen Erkrankungen dienen.

(8) Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage der Nachweise im Original. Zeitpunkt für die Einreichung ist jeweils der Ablauf eines Tarifjahres. Die Abrechnung erfolgt einmal im Jahr.

Eine Erstattung im Rahmen dieses Tarifs ist nicht möglich für

- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dies sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.
- Arzneimittel der „Negativliste“ nach § 34 Abs. 3 SGB V.

Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel („Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“), die als Sachleistungen über die Krankenversichertenkarte in Anspruch genommen werden können, sind ebenfalls von der Erstattung im Rahmen dieses Tarifs ausgenommen. Dies sind „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“, die durch einen Vertragsarzt auf dem Kassenrezept ausnahmsweise verordnet werden können:

- für Kinder bzw. Jugendliche mit Entwicklungsstörungen ab dem Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder
- nach den Arzneimittelrichtlinien bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und zur Anwendung bei diesen Erkrankungen dienen.

Erstattet werden dem Mitglied und/oder seinen teilnehmenden familienversicherten Angehörigen bei jährlicher Rezepteinreichung 80 v. H. der entstandenen und nachgewiesenen Kosten für von einem Vertragsarzt, einem nach § 13 Abs. 4 SGB V oder nach zwischenstaatlichem Recht zur Versorgung von Versicherten berechtigten Arzt auf Rezept verordnete und von einer Apotheke oder im Rahmen des zulässigen Versandhandels abgegebenen nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen und nach diesem Tarif erstattungsfähigen phytotherapeutischen, homöopathischen und anthroposophischen Arzneimittel („Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“), sofern sowohl das Datum der ärztlichen Verordnung als auch das Datum der Abgabe des Arzneimittels in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fällt.

Je Versicherten, für den eine Prämie entrichtet wird, ist die Leistung im Rahmen des Tarifs auf einen jährlichen Erstattungshöchstbetrag begrenzt.

Alter	Jahreserstattungshöchstbetrag	Monatliche Prämie
0 bis 29	300,00 €	10,50 €
30 bis 39	300,00 €	11,00 €
40 bis 49	300,00 €	11,50 €
50 bis 59	300,00 €	12,50 €
Ab 60	300,00 €	19,00 €

Im Rahmen dieses Tarifs werden Erstattungen für prämienfrei mitversicherte Kinder ab ihrer Geburt auf den jährlichen Erstattungshöchstbetrag des Tarifs begrenzt.

Werden keine Leistungen durch den Versicherten in Anspruch genommen, kommt es zu einer Prämienrückerstattung. Diese ist für die aufeinander folgenden leistungsfreien Jahre gestaffelt:

1. leistungsfreies Jahr	jedes weitere leistungsfreie Jahr
3 Monatsprämien	6 Monatsprämien

(9) Der Versicherte hat im Rahmen des Tarifs, jeweils eine monatliche Prämie zu zahlen. Er kann die Prämie auch jährlich im Voraus entrichten. Wird die jährliche Zahlung im Voraus gewählt, wird ein Prämiennachlass in Höhe von 6 v. H. gewährt. Der Prämiennachlass entfällt, wenn die Prämie zum vorgegebenen Zahlungstermin nicht vollständig im Voraus entrichtet wurde. Die Höhe der Prämie richtet sich nach dem Lebensalter zum Zeitpunkt des Tarifbeginns. Familienversicherte Kinder ab Geburt bis längstens zum Ende der Familienversicherung sind prämienfrei mitversichert.

(10) Der Tag der Fälligkeit ist jeweils der 15. des Folgemonats.

Als Tag der Zahlung gilt:

- bei Abbuchung der Tag der Fälligkeit,
- bei Überweisung oder Einzahlung auf ein Konto der IKK oder bei Zahlung mit Scheck der Tag der Wertstellung zugunsten der IKK, bei rückwirkender Wertstellung das Datum des elektronischen Kontoauszuges des Geldinstitutes der Krankenkasse,
- bei Barzahlung der Tag des Geldeinganges.

(11) Prämien, die am Fälligkeitstag nicht entrichtet worden sind, werden gebührenpflichtig gemahnt. Es gilt § 15 Abs. 2 der Satzung.

- (12) Sofern Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht ab diesem Zeitpunkt der Anspruch auf Erstattung der Arzneimittelkosten bis zu dem Tag, an dem die Prämien zuzüglich sämtlicher ausstehender Kosten, die durch die verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig nachentrichtet werden. Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämien sowie die aufgrund der Nichtzahlung entstandenen Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet werden oder wenn der Versicherte kein Verschulden an der verspäteten Zahlung hat. Leistungsansprüche des gewählten Tarifs enden mit Ablauf des Monats, wenn für zwei Monate die fälligen Prämien durch den Versicherten nicht entrichtet wurden. Es gilt § 15 Abs. 2 der Satzung.

## Artikel 2

### Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 01.08.2011 in Kraft.

IKK classic, 05.07.2011

\_\_\_\_\_  
Vorsitzender des Verwaltungsrates  
Arbeitgeber-/Versichertenvertreter  
Vorname Name

\_\_\_\_\_  
stv. Vorsitzender des Verwaltungsrates  
Arbeitgeber-/Versichertenvertreter  
Vorname Name

Vereinigte IKK 05.07.2011

\_\_\_\_\_  
Vorsitzender des Verwaltungsrates  
Arbeitgeber-/Versichertenvertreter  
Vorname Name

\_\_\_\_\_  
stv. Vorsitzender des Verwaltungsrates  
Arbeitgeber-/Versichertenvertreter  
Vorname Name