

A n h a n g 4 Übergangsregelungen

Übergangsregelungen im Zusammenhang mit der Fusion zwischen der IKK classic und der Vereinigten IKK

Abschnitt I - Verfassung

Bis zur Konstituierung der Widerspruchsausschüsse nach § 6, längstens jedoch bis zum 31.12.2011 werden im Erstreckungsbereich der Vereinigten IKK Widerspruchsausschüsse entsprechend § 30 der Satzung der Vereinigten IKK gebildet, die sich für diesen Zeitraum aus den am 31.07.2011 amtierenden Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern zusammensetzen.

Abschnitt VI - Leistungen

Für Versicherte der bisherigen Vereinigten IKK gelten abweichend von den Regelungen der §§ 37-41 nachfolgende Besitzstandswahrungen für die Satzungsregelungen gemäß §§ 4a, 4b I und II, 4c, 4d sowie den §§ 7, 7a, 7c, 7d, 7e, 7f, 7g, 12a, 12d, 12e und 12h und Anhang 4 zu § 39 der Satzung der Vereinigten IKK.

1. Die Besitzstandswahrung für die Regelungen des § 4a der Satzung der Vereinigten IKK gilt für alle Versicherten, deren Maßnahme vor dem 01.08.2011 begonnen hat.
2. Versicherte, die sich bis 31.07.2011 für einen Bonus gemäß der §§ 4b I und II und 4c der Satzung der Vereinigten IKK entschieden haben, können die Bonusgewährung nach Ablauf des Kalenderjahres letztmalig nach der bisherigen Satzungsregelung beantragen. Eine Teilnahme am Bonusprogramm nach § 34 der Satzung der IKK classic ist für diese Versicherten ausgeschlossen.
3. Die Besitzstandswahrung für die Regelungen des § 4d der Satzung der Vereinigten IKK gilt für Arbeitgeber und Versicherte, deren Maßnahme vor dem 01.01.2012 begonnen hat. § 4d Abs.7 gilt nicht.
4. Versicherte, die bis zum 31.07.2011 eine Wahlentscheidung für die Wahltarife nach den §§ 7, 7a, 7c, 7d, 7e, 7f, 7g, 12a, 12d, 12e und 12h der Satzung der Vereinigten IKK und nach § 43 Abs. 7 Tarifoption II Satzung IKK classic getroffen haben, gilt der jeweilige Tarif bis 31.12.2011. Eine Wahlentscheidung in einen artgleichen Tarif der IKK classic nach den §§ 37 bis 41 der Satzung ist mit Wirkung zum 01.01.2012 möglich, sofern die sonstigen Voraussetzungen hierfür gegeben sind.
5. Der von der Übergangsvorschrift der Satzung der bisherigen Vereinigten IKK und der IKK Nordrhein betroffene Wahltarife „IKK 15“ endet zum 01.08.2011. Eine Wahlentscheidung in den Tarif der IKK classic nach § 40 der Satzung ist mit Wirkung zum 02.08.2011 möglich, sofern die sonstigen Voraussetzungen gegeben sind. Die Altersgrenze findet keine Anwendung.

Krankengeldansprüche aus dem Wahltarif, die am 01.08.2011 bereits bestehen, werden für diesen Versicherungsfall ausgeleistet. Nach Ende der Arbeitsunfähigkeit ist eine Wahlentscheidung in den Tarif der IKK classic nach § 40 der Satzung möglich, sofern die sonstigen Voraussetzungen gegeben sind.

Die übrigen von den Übergangsvorschriften der Satzungen der bisherigen Vereinigten IKK und der IKK classic betroffenen Wahltarife enden zum 31.12.2011. Eine Wahlentscheidung in einen artgleichen Tarif der IKK classic nach den §§ 37 bis 41 der Satzung ist mit Wirkung zum 01.01.2012 möglich, sofern die sonstigen Voraussetzungen gegeben sind.

6. Das am 25.05.2004 begonnene Modellvorhaben nach § 19h der Satzung der IKK Hamburg (Modellvorhaben zu Disease-Management-Programmen) wird längstens bis zum 24.05.2012 fortgeführt.

Auszug aus der Satzung der Vereinigten IKK (gültig bis 31.07.2011):

§ 4 a Primärprävention

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die IKK auf Basis des vom GKV-Spitzenverband herausgegebenen „Leitfaden Prävention“ zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung Leistungen zur primären Prävention nach dem

- Setting-Ansatz,

- individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

1. Bewegung
 - Maßnahmen zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
2. Ernährung
 - Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
3. Stressreduktion/Entspannung
 - Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
 - Maßnahmen zur Förderung von Entspannung
4. Genuss- und Suchtmittelkonsum
 - Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
 - Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol/zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Leistungen, die von der IKK selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung der eigenen Versicherten gewährt, maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr.

Für Leistungen von Fremdanbietern besteht, sofern sie den im o. g. Leitfaden Prävention aufgeführten Qualitätskriterien genügen, Anspruch auf einen Zuschuss. Die IKK übernimmt 100 % der Gebühren für Familienversicherte unter 18 Jahren; für andere Versicherte ist der

Zuschuss auf 90,00 Euro je Maßnahme begrenzt. Der Zuschuss wird für maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr gewährt.

§ 4 b

Versichertenbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

I.

(1) Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten – soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind – jeweils einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres einige aus den im Folgenden aufgeführten Maßnahmen in Anspruch genommen haben und nachweisen:

1. nach Vollendung des 35. Lebensjahres alle zwei Jahre eine Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes (§ 25 Abs. 1 SGB V),
2. jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen für Frauen ab dem Alter von 20 Jahren und Männer ab dem Alter von 45 Jahren (§ 25 Abs. 2 SGB V), wobei Maßnahmen nach 4., 11. und 12. angerechnet werden,
3. die Jugendgesundheitsuntersuchung J 1 bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres,
4. jeweils eine präventive Koloskopie für Versicherte ab dem Alter von 55 Jahren und ab dem Alter von 65 Jahren,
5. qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V,
6. jährliche Zahnvorsorgeuntersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V bzw. für Jugendliche ab dem 15. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Zahnvorsorgeuntersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB V,
7. die vollständige Inanspruchnahme der von der IKK gewährten Schutzimpfungen (§ 20 d Abs. 1 und 2 SGB V),
8. die Teilnahme an Maßnahmen zur Schwangerschaftsvor- und -nachsorge für Frauen (Kurse zur Geburtsvorbereitung, Rückbildungsgymnastikkurse, Ernährungsberatung für Schwangere),
9. die Teilnahme am Rehabilitations- oder Behindertensport (§ 43 SGB V und § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX),
10. regelmäßige aktive Sportausübung (Mitgliedschaft in Sportverein/Fitnessstudio, Sportabzeichen) ^{*1},
11. die Teilnahme an einem Mammographie-Screening ab dem Alter von 50 Jahren (bis zum Ende des 70. Lebensjahres) alle 24 Kalendermonate,
12. die Teilnahme an einem Hautkrebs-Screening ab dem Alter von 35 Jahren alle 24 Kalendermonate,
13. eine professionelle Zahnreinigung pro Jahr.

Versicherte können den Bonus wie folgt erreichen: Die Maßnahmen sind jeweils mit einem Bonuspunktwert belegt. Wenn ein Versicherter Maßnahmen mit einem Gesamtpunktwert von 100 Punkten in Anspruch genommen hat, erhält er einen Bonus von 100 Euro.

¹ Nachweise zu § 4b I. Abs. 1 Nr. 10 werden ausschließlich für qualitätsgesicherte Sportaktivitäten zur Bonifizierung anerkannt.

- (2) Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im IKK-Bonusheft quittiert oder ist durch eine Bescheinigung nachzuweisen.
- (3) Der Bonus wird dem Versicherten als Geldprämie ausgezahlt. Die Zahlung erfolgt, wenn bis zum 31. März des Folgejahres die Erfüllung der Voraussetzungen nachgewiesen wird und zum Zeitpunkt des Nachweises eine Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei der IKK besteht.
- (4) Bonuspunkte aus § 4b I können nicht gleichzeitig mit dem Bonus nach § 4b II in Anspruch genommen werden.

II.

- (1) Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten einmal jährlich einen Bonus, wenn sie – soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind – die Inanspruchnahme folgender Maßnahmen nachweisen:
 - 1. die Zahnvorsorge-Untersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Programme gem. § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5) und / oder
 - 2. nach Vollendung des 35. Lebensjahres alle zwei Jahre eine Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Check-up), insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (§ 25 Abs. 1 SGB V) und / oder
 - 3. jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen (§ 25 Abs. 2 SGB V) und / oder
 - 4. Normalgewicht nach BMI (Body-Mass-Index) und / oder
 - 5. Cholesterinwert im Normbereich und / oder
 - 6. Blutzuckerwerte im Normbereich.

Erwachsene Versicherte ab 18 Jahre sowie Mitglieder unter 18 Jahre haben einmal jährlich Anspruch auf die Prämie, wenn sie vier der o. g. Kriterien erfüllen. Für Versicherte zwischen dem 18. und 35. Lj. sowie für Mitglieder unter 18 Jahre ist die Erfüllung von drei Kriterien ausreichend.

- (2) Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt oder Apotheker im Bonusheft der IKK quittiert; die Maßnahmen nach Abs. 1 Nr. 1-3 sind von einem Arzt nachzuweisen, die Maßnahmen nach Abs. 1 Nr. 4-6 von einem Arzt oder Apotheker.
- (3) Der Bonus wird dem Versicherten als Geldprämie in Höhe von 120,- EUR für den Jahresbeitrag einer Zusatzversicherung einmal jährlich ausgezahlt, wenn die Voraussetzungen nachgewiesen wurden. Bei unterjährigem Beginn oder Ende wird die Prämie anteilig ausgezahlt.
- (4) Dieser Bonus kann nicht zusätzlich zum Versichertenbonus gem. § 4 b I in Anspruch genommen werden.

§ 4 c **Bonus bei Inanspruchnahme von Kinder- Früherkennungsuntersuchungen**

- (1) Die IKK fördert auf der Grundlage des § 65 a SGB V mit einem Bonus die Inanspruchnahme von ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.
- (2) Der Bonus wird gewährt, wenn das Kind an den nach § 26 SGB V in Verbindung mit den Kinder-Richtlinien vorgesehenen Untersuchungen (U 1 – U 9) in den jeweils angegebenen Zeiträumen teilnimmt und zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der U 9 bei der IKK versichert ist. Die Inanspruchnahme wird im Regelfall durch entsprechende Eintragungen im Untersuchungsheft für Kinder nachgewiesen.
- (3) Als Bonus erhalten die Versicherten einen für das Kind bestimmten Sachpreis im Wert von bis zu 120 Euro, der Gesundheits- und Sicherheitsaspekte berücksichtigt (Schultornister, Fahrradsicherheitsausrüstung).

§ 4 d **IKK Bonus für betriebliches Engagement zur Gesundheitsförderung**

- (1) Die IKK fördert auf der Grundlage des § 65 a Abs. 2 SGB V mit einem Bonus durch Arbeitgeber durchgeführte Maßnahmenprogramme zur betrieblichen Gesundheitsförderung.
- (2) An den von der IKK angebotenen Maßnahmenprogrammen können Arbeitgeber teilnehmen, die schriftlich ihr Interesse über einen Bewerbungsbogen bekunden. Weitere, nicht bonifizierbare Voraussetzungen der Teilnahme sind, dass die Arbeitgeber die Anforderungen nach dem Arbeitsschutzgesetz und dem Arbeitssicherheitsgesetz sowie dem Regelwerk der zuständigen Berufsgenossenschaften erfüllen. Die Teilnahmevoraussetzungen sind von den Arbeitgebern nachzuweisen.

Mit der Unterschrift unter dem Bewerbungsbogen erkennt der Arbeitgeber die Bedingungen dieser Satzungsregelung für die Teilnahme am Bonusprogramm der IKK an. Eine Bewerbung ist jederzeit unabhängig vom Kalenderjahr möglich.

- (3) Der Bonus wird gewährt, wenn die Arbeitgeber a) gesundheitliche Belastungen im Betrieb analysiert (Analysephase) oder b) ein von der IKK vorgegebenes Maßnahmenprogramm zur betrieblichen Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzt (Umsetzungsphase). Das Maßnahmenprogramm beschreibt die näheren Einzelheiten zu Verfahren, Inhalt und Methodik der betrieblichen Gesundheitsförderung abschließend.
- (4) **Bonus für Analysephase:**
Der Bonus für die Analyse gesundheitlicher Belastungen im Betrieb beträgt pro IKK-versichertem Beschäftigten 50 Euro. Dieser Betrag wird sowohl an die teilnehmenden bei der IKK versicherten Beschäftigten als auch an den Arbeitgeber gezahlt.

Für die Analysephase werden folgende standardisierte IKK-Analyseinstrumente eingesetzt.

- Betrieblicher oder überbetrieblicher Gesundheitsbericht unter Wahrung des Datenschutzes
- Mitarbeiterbefragung
- Gesundheitszirkel oder -gesprächskreis
- Gesundheitsbezogenes betriebliches Vorschlagswesen.

Von diesen Instrumenten sind mindestens zwei verbindlich einzusetzen.

Der Arbeitgeber dokumentiert seine Aktivitäten in standardisierter Form und weist sie durch geeignete Unterlagen nach. Die Beschäftigten sind über die Ergebnisse der Analysephase vom Arbeitgeber zu informieren. Der Bonus aus der Analysephase kann nur einmal in zwei Jahren in Anspruch genommen werden.

(5) Bonus für Umsetzungsphase:

Am Bonus für die Umsetzungsphase können Arbeitgeber teilnehmen, bei denen in einem Betrieb oder Unternehmensbereich Arbeitnehmer als IKK-Mitglieder versichert sind. In der Umsetzungsphase sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:

1. Der Arbeitgeber oder von ihm beauftragte Mitarbeiter nehmen an einem Beratungsgespräch oder Schulungen der IKK zum Maßnahmenprogramm zur betrieblichen Gesundheitsförderung teil.
 2. Der Arbeitgeber stellt mit speziellen standardisierten IKK-Analyseinstrumenten betriebliche Belastungsschwerpunkte fest.
 3. Auf der Grundlage der festgestellten Belastungsschwerpunkte werden unter Beteiligung der Mitarbeiter sowie der Arbeitnehmervertretung die notwendigen Maßnahmen nach den Kriterien des Maßnahmenprogramms abgeleitet und durchgeführt.
 4. Die einzelnen Verfahrensschritte, die Durchführung der Maßnahmen und die Teilnahme der Mitarbeiter sind ausreichend zu dokumentieren.
- (6) Einen Bonus erhalten Arbeitgeber und die Mitglieder der IKK, die nachweislich regelmäßig am Maßnahmenprogramm teilgenommen haben. Der Bonus beträgt pauschal 100 Euro für jeden bei der IKK beitragspflichtig versicherten Beschäftigten. Diesen Bonus erhalten jeweils der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber.
- (7) Die Maßnahmen im Rahmen des Betrieblichen Bonusprogramms sind grundsätzlich vom Arbeitgeber zu organisieren und zu finanzieren und müssen für die Beschäftigten kostenfrei sein; dafür erhält der Arbeitgeber neben dem Bonus nach Abs. 6 einen Zusatzbonus von 100 Euro. Die IKK kann verhaltenspräventive Maßnahmen selbst durchführen, dann entfällt dieser Zusatzbonus.
- (8) Eine neue Inanspruchnahme der Bonusregelung ist nur möglich nach erfolgreichem Abschluss eines Maßnahmenprogramms und bei Feststellung weiterer Belastungsschwerpunkte. Pro Kalenderjahr kann die Betriebliche Bonusregelung nur einmal in Anspruch genommen werden. Der Bonus der Umsetzungsphase kann dreimal in acht Jahren in Anspruch genommen werden.
- (9) Für die Teilnahme an Maßnahmen aus diesem Bonusprogramm erhalten die Teilnehmer am Bonusprogramm gem. § 4b I dieser Satzung keine Bonuspunkte.

§ 7 Besondere Versorgungsformen

(1) Versicherte, die an

1. einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V nach dem Programm mein-arzt oder persönlich-plus,
2. einer besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gemäß § 73 c SGB V,
3. einem strukturierten Behandlungsprogramm gemäß § 137 f SGB V nach dem Programm IKKpromed,
4. einer integrierten Versorgung gemäß § 140 a SGB V oder
5. einer besonderen ambulanten ärztlichen und integrierten Versorgung gemäß §§ 73c, 140a SGB V nach dem Programm persönlich-plus

teilnehmen, wählen damit für die Dauer der Teilnahme einen Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V.

(2) Das Nähere ist in den §§ 7 a bis g geregelt.

§ 7 a Wahltarif „Besondere Versorgungsformen“

- (1) Der Wahltarif gilt für Versicherte, die an den in § 7 genannten besonderen Versorgungsformen teilnehmen nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen bis § 7g.
- (2) Die Versicherten erhalten im Wahltarif Prämienpunkte für die Teilnahme an Maßnahmen, die im Rahmen ihrer zielgruppenspezifischen Versorgungsteuerung definiert sind. Ein Prämienpunkt entspricht einem Euro. Die erreichbare Zahl an Prämienpunkten ist abhängig von der regionalen Verfügbarkeit der prämierbaren Maßnahmen. Die Einzelheiten über die anzuerkennenden Maßnahmen, insbesondere die Höhe der jeweils erreichbaren Punkte, die Anrechnung der Praxisgebühr, den Punktabzug bei nicht vertragskonformen Verhalten sowie über den Nachweis der Voraussetzung der Prämienzahlung und des Beginns der Prämienzahlung ergeben sich aus den Ausführungsbestimmungen.
- (3) Die Prämie wird dem Versicherten einmal jährlich für das vorausgegangene Kalenderjahr ausgezahlt, sofern mindestens 100 Prämienpunkte unter Berücksichtigung des Punktabzugs bei nicht vertragskonformen Verhalten im Kalenderjahr erreicht wurden. Bei unterjähriger Teilnahme wird die Mindestpunktzahl anteilig ermittelt. Eine Übertragung der Prämienpunkte in das folgende Kalenderjahr ist nicht möglich. Die maximale Prämie ist auf 100 Euro im Kalenderjahr begrenzt.
- (4) Die gleichzeitige Teilnahme am Wahltarif „Besondere Versorgungsformen“ nach § 7a und dem Bonusprogramm nach § 4 b I ist ausgeschlossen.
- (5) Bei gleichzeitiger Teilnahme am Wahltarif "Besondere Versorgungsformen" nach § 7 a und dem Bonusprogramm nach § 4 b II wird der Versicherte von der Praxisgebühr befreit. Eine weitere Prämienzahlung aus dem Wahltarif nach § 7a wird nicht geleistet.
- (6) Sofern der Versicherte bereits an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V teilnimmt, beginnt bis zum 31.12.2011 die Teilnahme an dem Wahltarif nach § 7a auf Antrag mit Wirkung zum 1. des auf das Datum der Antragstellung

folgenden Quartals. Mit der Teilnahme am Wahltarif nach § 7a endet automatisch die Teilnahme am Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 7e.

- (7) Für den Wahltarif bestehen Ausführungsbestimmungen. Versicherte haben das Recht, die Ausführungsbestimmungen einzusehen. Die Geschäftsstellen der IKK stellen den Versicherten auf Wunsch die Ausführungsbestimmungen in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 7 b (nicht belegt)

§ 7 c Hausarztzentrierte Versorgung

- (1) Die IKK bietet zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten verschiedene Modelle der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen an.
- (2) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung beginnt frühestens mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben genannt ist.
- (3) Der Inhalt und die Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den vertraglichen Regelungen.
- (4) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, nur einen von ihnen aus dem Kreis der an dem entsprechenden Hausarztprogramm teilnehmenden Hausärzte zu wählen sowie ambulante fachärztliche Behandlung nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Davon ausgenommen sind grundsätzlich Fachärzte für Gynäkologie und Augenärzte. Der gewählte Hausarzt ist auf dem Sonderbeleg Versicherteneinschreibung anzugeben. Im Vertretungsfall verpflichtet sich der Versicherte, einen von seinem gewählten Hausarzt benannten am entsprechenden Hausarztprogramm teilnehmenden Vertretungsarzt aufzusuchen.
- (5) Verstoßen Versicherte gegen ihre Pflichten nach Absatz 4, hat die IKK eine der folgenden Maßnahmen auszusprechen:
 - schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - Reduzierung der im Kalenderjahr erreichten Prämienpunkte nach § 7a Abs. 2 und 3 um 20 Prämienpunkte bei nicht vertragskonformen Verhalten,
 - Kosten, die durch Verstöße des Versicherten gegen die freiwilligen Verpflichtungen nach Abs. 4 entstehen, sollen dem Versicherten auferlegt werden,
 - Beendigung der Teilnahme.²
- (6) Die Versicherten sind an ihre Pflichten nach Absatz 4 und an die Wahl des Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden. Der gewählte Hausarzt darf nur beim Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden. Als wichtiger Grund gilt insbesondere

- Wohnortwechsel,

² § 7c Abs. 5 gilt mit Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 11.04.2011 als nicht genehmigt.

- Praxisschließung,
 - Praxisverlegung,
 - gravierende Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt.
- (7) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung kann vom Versicherten jeweils zum Ablauf eines Jahres der Teilnahme schriftlich mit einer Kündigungsfrist von mindestens einem Kalendermonat gekündigt werden. Unterbleibt eine fristgerechte Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um jeweils ein weiteres Jahr. In besonderen Härtefällen kann der Versicherte unabhängig von der vorstehenden Regelung die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung schriftlich kündigen, insbesondere wenn die Auswahl eines neuen am entsprechenden Hausarztprogramm teilnehmenden Hausarztes in der Region unzumutbar erscheint.
- (8) Die IKK führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung sowie über mögliche Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Versicherte haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Geschäftsstellen der IKK stellen den Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 7 d **Besondere ambulante ärztliche Versorgung**

- (1) Die IKK bietet ihren Versicherten besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V an.
- (2) Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig. Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung beginnt mit dem Datum der Unterschrift auf der jeweiligen schriftlichen Teilnahmeerklärung.
- (3) Die Inhalte und die Ausgestaltung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ergeben sich aus den vertraglichen Regelungen.
- (4) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, zur Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge, nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Davon ausgenommen sind grundsätzlich Fachärzte für Gynäkologie und Augenärzte.
- (5) Die Teilnahme der Versicherten beginnt mit der Einschreibung in die besondere ambulante ärztliche Versorgung. Die Versicherten sind an ihre Pflichten nach Absatz 4 und an die Wahl des Leistungserbringers mindestens ein Jahr gebunden. Der gewählte Leistungserbringer darf nur beim Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden. Als wichtiger Grund gilt insbesondere
- Wohnortwechsel,
 - Praxisschließung,
 - Praxisverlegung,

- gravierende Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Leistungserbringer.

Versicherte können ihre Teilnahme frühestens nach einem Jahr der Teilnahme schriftlich gegenüber der IKK kündigen und scheiden zum Ende des Quartals nach Eingang der Kündigung bei der IKK aus der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung aus

- (6) Verstoßen Versicherte gegen ihre Pflichten nach Absatz 4, hat die IKK eine der folgenden Maßnahmen auszusprechen:
- schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - vollständige oder teilweise Aufhebung der Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung,
 - Kosten, die durch Verstöße des Versicherten gegen die freiwilligen Verpflichtungen nach Abs. 4 entstehen, sollen dem Versicherten auferlegt werden,
 - Beendigung der Teilnahme.³
- (7) Die IKK führt ein Verzeichnis über die besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Rechte und Pflichten nach Absatz 4, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie über mögliche Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Versicherte haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Geschäftsstellen der IKK stellen den Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 7 e **Strukturierte Behandlungsprogramme**

- (1) Die IKK bietet zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V an.
- (2) Die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen ist für die Versicherten freiwillig. Die Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen beginnt mit dem Datum der Unterschrift auf der jeweiligen schriftlichen Teilnahmeerklärung. Die Einwilligung kann widerrufen werden.
- (3) Versicherte, die sich nach dem 01.01.2012 erstmals in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V einschreiben, erhalten eine Prämie über den Wahltarif nach § 7a. Versicherte, die bereits vor dem 01.01.2012 in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V eingeschrieben sind, werden zum 01.01.2012 in den Wahltarif nach § 7a überführt.
- (4) Versicherte erhalten längstens bis 31.12.2011 eine Treueprämie. Die Treueprämie beträgt für jedes volle Quartal der Teilnahme 10,00 Euro und wird einmal jährlich rückwirkend gezahlt. Bei Teilnahme des Versicherten an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen wird die Treueprämie nur für ein Behandlungsprogramm ausgeschüttet.

³ § 7d Abs. 6 gilt mit Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 11.04.2011 als nicht genehmigt.

- (5) Für Versicherte, die bereits vor dem 01.01.2012 in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V eingeschrieben sind und entsprechend der für sie gültigen Satzungsregelung zum 30.06.2010 keinen Anspruch auf eine Treueprämie hatten, erhalten die Treueprämie frühestens ab dem III. Quartal 2010.
- (6) Eine Teilnahme am Wahltarif für besondere Versorgungsformen nach § 7a und für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 7e parallel ist nicht möglich.

§ 7 f **Integrierte Versorgung**

- (1) Die IKK bietet ihren Versicherten integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V an.
- (2) Die Teilnahme an der integrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig. Der Versicherte erklärt die Teilnahme an der integrierten Versorgung durch schriftliche Einwilligung (Einschreibung). Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung beginnt mit dem Datum der Unterschrift auf der jeweiligen schriftlichen Teilnahmeerklärung. Die Einwilligung kann widerrufen werden.
- (3) Die IKK führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungen nach § 140 a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung sowie Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Versicherte haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Geschäftsstellen der IKK stellen den Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 7 g **Besondere ambulante ärztliche und integrierte Versorgung**

- (1) Die IKK bietet zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten verschiedene Modelle der besonderen ambulanten ärztlichen und integrierten Versorgung nach §§ 73c, 140a SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen an.
- (2) Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen und integrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig. Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen und integrierten Versorgung beginnt mit dem Datum der Unterschrift auf der jeweiligen schriftlichen Teilnahmeerklärung.
- (3) Die Inhalte und die Ausgestaltung der besonderen ambulanten ärztlichen und integrierten Versorgung ergeben sich aus den vertraglichen Regelungen.
- (4) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Davon ausgenommen sind grundsätzlich Fachärzte für Gynäkologie und Augenärzte.
- (5) Verstoßen Versicherte gegen ihre Pflichten nach Absatz 4, hat die IKK eine der folgenden Maßnahmen auszusprechen:
 - schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,

- Reduzierung der im Kalenderjahr erreichten Prämienpunkte nach § 7a Abs. 2 und 3 um 20 Prämienpunkte bei nicht vertragskonformen Verhalten,
 - Kosten, die durch Verstöße des Versicherten gegen die freiwilligen Verpflichtungen nach Abs. 4 entstehen, sollen dem Versicherten auferlegt werden,
 - Beendigung der Teilnahme.⁴
- (6) Die Versicherten sind an ihre Pflichten nach Absatz 4 und an die Wahl des vertraglich eingebundenen Leistungserbringers mindestens ein Jahr gebunden. Der gewählte Leistungserbringer darf nur beim Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden. Als wichtiger Grund gilt insbesondere
- Wohnortwechsel,
 - Praxisschließung,
 - Praxisverlegung,
 - gravierende Störung des Vertrauensverhältnisses zum vertraglich eingebundenen Leistungserbringer.
- (7) Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen und integrierten Versorgung kann vom Versicherten jeweils zum Ablauf eines Jahres der Teilnahme schriftlich mit einer Kündigungsfrist von mindestens einem Kalendermonat gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme. Nach Ablauf des ersten Teilnahmejahres kann die Teilnahme jederzeit mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende gekündigt werden.
- (8) Die IKK führt ein Verzeichnis über die besonderen ambulanten ärztlichen und integrierten Versorgung nach §§ 73c, 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten und besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie über mögliche Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Versicherte haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Geschäftsstellen der IKK stellen den Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 12 a Wahltarif „Selbstbehalt“

- (1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können je Kalenderjahr einen Selbstbehalt wählen. Der Selbstbehalt orientiert sich an den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes nach folgender Staffelung:

Monatl. Bruttoeinkommen	Selbstbehalt	Tarif
=/ > 3.500,00 €	680,00 €	A 1
3.000,00 € – 3.499,99 €	580,00 €	A 2
2.500,00 € – 2.999,99 €	480,00 €	A 3
2.000,00 € – 2.499,99 €	380,00 €	A 4

⁴ § 7g Abs. 5 gilt mit Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 11.04.2011 als nicht genehmigt.

1.500,00 € – 1.999,99 €	280,00 €	A 5
1.000,00 € – 1.499,99 €	200,00 €	A 6
500,00 € – 999,99 €	150,00 €	A 7
< 500,00 €	100,00 €	A 8

- (2) Auf den Selbstbehalt werden die in einem Kalenderjahr in Anspruch genommenen Leistungen des Mitgliedes mit ihrem tatsächlichen Aufwand angerechnet. Folgende Leistungen werden dabei nicht berücksichtigt:

- vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Behandlung ohne veranlasste Verordnungen,
- Leistungen der primären Prävention (§ 20 SGB V),
- Schutzimpfungen nach § 20 d SGB V i. V. m. § 5 dieser Satzung,
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (§§ 21, 22 und 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V),
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
- Gesundheitsuntersuchungen (§§ 25, 26 SGB V).

- (3) Mitglieder, die von der Möglichkeit der Wahltarife mit Selbstbehalt entsprechend Absatz 1 Gebrauch gemacht haben, erhalten nach Ablauf eines Kalenderjahres eine Prämie erstattet:

Tarif	Prämie
A 1	600,00 €
A 2	500,00 €
A 3	400,00 €
A 4	300,00 €
A 5	200,00 €
A 6	150,00 €
A 7	100,00 €
A 8	50,00 €

§ 12 d

Wahltarif „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“

- (1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, und deren nach § 10 SGB V versicherte Angehörige können den Tarif (D 1) für die Kostenübernahme von vertragsärztlich verordneten, zugelassenen und

apothekenpflichtigen Arzneimitteln durch die IKK wählen, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen und den besonderen Therapierichtungen zuzuordnen sind. Der Tarif umfasst die Kostenübernahme bis zur Höhe des jeweils empfohlenem Apothekenverkaufspreises für

1. Arzneimittel der Homöopathie
2. Arzneimittel der Phytotherapie
3. Arzneimittel der Anthroposophie

sowie die Kostenerstattung der erforderlichen vertragsärztlichen Verordnung.

- (2) Bei der Kostenerstattung für diese Arzneien der besonderen Therapierichtungen ist je Arzneimittel und vertragsärztlicher Verordnung ein Selbstbehalt des Versicherten in Höhe von 20 v. H. des jeweiligen Rechnungsbetrages in Abzug zu bringen. Gleiches gilt bei einer Verordnung durch einen nach § 13 Abs. 4 SGB V oder zwischenstaatlichen Recht zur Versorgung von Versicherten berechtigten Arzt. Im ersten Jahr werden die Kosten maximal bis zur Höhe von 200 Euro erstattet. Bei Leistungsfreiheit in diesem Tarif im ersten Jahr erhöht sich der maximale Erstattungsbetrag im zweiten Jahr auf 400 Euro, bei Leistungsfreiheit im ersten und im zweiten Jahr erhöht sich die Erstattungshöchstgrenze im dritten Jahr auf 600 Euro. Wählt das Mitglied bei drei leistungsfreien Jahren unmittelbar nach Beendigung des Tarifes direkt anschließend erneut diesen Tarif, gilt auch für die dann folgenden weiteren leistungsfreien Jahre die Erstattungshöchstgrenze von 600 Euro.
- (3) Der Tarif ist zusätzlich zu den Wahlтарifen nach § 12 a wählbar. Sowohl das Mitglied als auch seine versicherten Familienangehörigen können jeweils eigenständig und unabhängig voneinander diesen Tarif wählen.
- (4) Für den Wahlтарif wird eine Prämienzahlung in Höhe von 10 Euro von den Versicherten monatlich erhoben.
- (5) Leistungsansprüche nach diesem Tarif ruhen mit Ablauf des Monats, wenn für zwei Monate die fälligen Prämien durch den Versicherten nicht entrichtet wurden.

§ 12 e
Wahlтарif „Krankengeld“
ab 29. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit für
hauptberuflich selbständig Erwerbstätige
und
Arbeitnehmer ohne Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen

- (1) Den Tarif E für die Zahlung von Krankengeld ab dem 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit können wählen:
 - Freiwillig versicherte Mitglieder der IKK, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind.
 - nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherte Mitglieder der IKK, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben.

- (2) Diesen Wahltarif können Versicherte nicht wählen,
- die das 55. Lebensjahr vollendet haben,
 - deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden,
 - die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter).
- (3) Für den Wahltarif wird eine Prämie in Höhe von 1,5 v.H. des der Prämienberechnung zugrunde liegenden Betrages von den Versicherten monatlich erhoben. Die monatliche Mindestprämie beträgt 10,00 EUR.
- (4) Der Prämienberechnung werden zugrunde gelegt bei
- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen das nach den einheitlichen Grundsätzen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge i. V. m. § 240 SGB V festgestellte beitragspflichtige Arbeitseinkommen. Die gesetzlich festgelegten Mindestbemessungsgrundlagen im Sinne des § 240 Abs. 4 SGB V finden keine Anwendung.
 - versicherungspflichtig Beschäftigten, deren Beschäftigungsverhältnis im Voraus auf weniger als 10 Wochen befristet ist, das zu erwartende durchschnittliche beitragspflichtige Arbeitsentgelt nach § 226 Abs. 1 Nr. 1 SGB V,
 - unständig Beschäftigten im Sinne des § 232 Abs. 3 SGB V das durchschnittliche monatliche beitragspflichtige Arbeitsentgelt des Vorjahres nach § 232 SGB V.

Das beitragspflichtige Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt wird maximal bis zu einem Betrag von 1/360 der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 SGB V bzw. bei unständig Beschäftigten entsprechend § 232 Abs. 1 SGB V berücksichtigt. § 23a SGB IV gilt.

- (5) Hauptberuflich selbständig Erwerbstätige und berufsmäßig unständig Beschäftigte im Sinne des § 232 Abs. 3 SGB V haben einen Anspruch nach diesem Tarif nach einer Wartezeit von 3 Monaten vom Versicherungsbeginn an.
- (6) Versicherungspflichtig Beschäftigte, deren Beschäftigungsverhältnis im Voraus auf weniger als 10 Wochen befristet ist, haben einen Anspruch nach diesem Tarif, wenn spätestens am Tag der Aufnahme der versicherungspflichtigen Beschäftigung nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V die Wahlerklärung bei der IKK vorliegt. Die Zeitdauer der kurzzeitigen Beschäftigung ist anzugeben.
- (7) Ist der Versicherungsfall vor Beginn des Wahltarifs bzw. vor dem Ende der Wartezeit nach Absatz 5 eingetreten, so besteht für die Dauer dieses Versicherungsfalles kein Anspruch aus diesem Tarif.
- (8) Der Anspruch auf Krankengeld entsteht am 28. Tag, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt, bzw. am 29. Tag der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V), deren Kosten ganz oder teilweise von der IKK getragen werden. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- (9) Für die Höhe und Berechnung des Krankengeldes gilt § 47 SGB V i. V. m. § 11 Abs. 1 der Satzung entsprechend.

- (10) Beginn und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bzw. Bescheinigung für die Krankengeldzahlung des behandelnden Vertragsarztes oder Vertragszahnarztes nachzuweisen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der IKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die IKK kann eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einholen.
- (11) §§ 48, 49, 50, 51 und 52 SGB V gelten entsprechend.
- (12) Auf die Leistungsdauer nach § 48 SGB V werden Zeiten, in denen ein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif besteht, und Zeiten, mit einem Anspruch auf Krankengeld nach § 46 Satz 2 SGB V bzw., bei Abgabe einer Wahlerklärung, nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V, angerechnet. Dies gilt auch für Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif noch nicht entstanden ist, oder Zeiten, für die der Anspruch ruht oder die Leistung versagt wurde bzw. eine anrechenbare Arbeitsunfähigkeitszeit auf der Grundlage der bis zum 31.07.2009 geltenden Wahltarife nach § 53 Abs. 6 SGB V vorliegt.
- (13) Die Prämie für den Wahltarif ist auch für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld sowie für Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif noch nicht entstanden ist bzw. der Anspruch ruht oder die Leistung versagt wurde, zu zahlen. Bei unständig Beschäftigten im Sinne des § 232 Abs. 3 SGB V gilt auch Abs. 16 entsprechend.
- (14) Leistungsansprüche nach diesem Tarif bestehen nicht, wenn für zwei Monate die fälligen Prämien nicht entrichtet wurden. Bei Versicherten, die zu diesem Zeitpunkt Krankengeld beziehen, ruht der Anspruch ab diesem Tag. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Prämien, Kosten und Gebühren erfolgt.
- (15) Bei einem steuerrechtlichen Minus-Arbeitseinkommen aus der selbständigen Tätigkeit ist eine Prämie nicht zu zahlen und Leistungsansprüche nach diesem Tarif ruhen.
- (16) Bei berufsmäßig unständig Beschäftigten im Sinne des § 232 Abs. 3 SGB V
- ruht vom Ende der Mitgliedschaft (§ 190 Abs. 4 SGB V) bis zur Wiederaufnahme der Beschäftigung und dem Wiederaufleben der Mitgliedschaft nach § 186 Abs. 2 Satz 1 SGB V der Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif;
 - werden für den Ruhenszeitraum Prämien nicht erhoben. Ist in diesem Zeitraum eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten, so besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld.
- (17) Der Tarif endet, wenn die Voraussetzungen für die Wahl dieses Tarifs nicht mehr vorliegen. Darüber hinaus wird der Tarif beendet
- mit Vollendung des 65. Lebensjahres,
 - bei Versicherten, die nach Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder aufgrund eines anderen gleichwertigen Gutachtens als voll erwerbsgemindert anzusehen sind, spätestens 10 Wochen nach der Feststellung. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung erfüllt und diese Rente beantragt hat.
 - spätestens mit dem Eingang des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen

Rentenversicherung oder eine vergleichbare Leistung von einer anderen Stelle unabhängig von der Höhe dieser Leistung,

- mit dem Beginn einer Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder eine vergleichbare Leistung von einer anderen Stelle,
- mit dem Tag des Ablaufs der Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V bzw. bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts nach § 12 j Abs. 3 der Satzung.

Gleichzeitig endet ein Leistungsanspruch mit dem Tag der Beendigung des Tarifs.

- (18) Liegen die Voraussetzungen für diesen Wahltarif nicht mehr vor, so hat der Versicherte dies der IKK unverzüglich mitzuteilen. Erhält die IKK Kenntnis von dem Wegfall der Voraussetzungen, so teilt sie dem Versicherten mit, dass der Wahltarif mit sofortiger Wirkung beendet wird. In diesen Fällen endet bei Versicherten, die am Tag der Beendigung des Wahltarifes Krankengeld beziehen, der Anspruch mit diesem Tag.
- (19) Versicherte haben als Verpflichtung aus § 206 Abs. 1 Nr. 2 SGB V Änderungen ihres Einkommens der IKK unaufgefordert mitzuteilen. Nachteile aus der Verletzung dieser Pflicht treffen den Versicherten. Davon unabhängig führt die IKK jährlich schriftliche Einkommensanfragen durch. Werden Einkommensanfragen nach zweimaliger Erinnerung nicht beantwortet, bestehen keine Leistungsansprüche nach diesem Tarif.
- (20) Eine Tarifierfassung wird mit dem 1. Tag des auf dem Zeitpunkt der Änderung des Einkommens folgenden Kalendermonats vorgenommen. Bei hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen gilt als Zeitpunkt der Änderung das Datum des zu berücksichtigen Steuerbescheides. Eine Reduzierung der Prämie aufgrund eines vom Versicherten verspätet geführten Nachweises wird zum ersten Tag des auf die Vorlage des Nachweises folgenden Monats vorgenommen. Eine Tarifierfassung während eines laufenden Versicherungsfalles hat keine Auswirkungen auf die Höhe des Wahltarifkrankengeldes.
- (21) Für Versicherte, die nach Ablauf der Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V den Tarif anschließend neu wählen, gelten Abs. 5 Satz 1, Abs. 6 und Abs. 17 letzter Satz nicht. Eine Neuwahl des Tarifs zum Zeitpunkt eines laufenden Versicherungsfalles hat keine Auswirkungen auf die Höhe des Krankengeldes.
- (22) Der Tarif ist zusätzlich zu den Wahltarifen nach § 12 a und d wählbar.

§ 12 h

Wahltarif „Krankengeld“ für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) Versicherte

- (1) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherte Mitglieder der IKK, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können den Tarif H für die Zahlung von Krankengeld ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen.
- (2) Für den Wahltarif wird eine Prämienzahlung von den Versicherten monatlich erhoben.
- (3) Die Prämie beträgt 3,8 v.H. des beitragspflichtigen monatlichen Einkommens des Mitgliedes nach § 234 Abs. 1 Satz 1 SGB V i. V. m. § 12 KSVG. Die monatliche Mindestprämie beträgt 10,00 EUR.
- (4) Versicherte haben einen Anspruch nach diesem Tarif nach einer Wartezeit von 3 Monaten vom Versicherungsbeginn an. Die Wartezeit entfällt bei Unfällen von

Versicherten, die innerhalb der letzten drei Monate vor Wahl dieses Tarifes bei einer gesetzlichen Krankenkasse mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren.

- (5) Ist die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn des Wahltarifs bzw. vor dem Ende der Wartezeit nach Abs. 4 eingetreten, so besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld aus diesem Tarif.
- (6) Der Anspruch auf Krankengeld entsteht am 14. Tag, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt, bzw. am 15. Tag der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V), deren Kosten ganz oder teilweise von der IKK getragen werden. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- (7) Für die Höhe und Berechnung des Krankengeldes gilt § 47 SGB V entsprechend.
- (8) Beginn und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bzw. Bescheinigung für die Krankengeldzahlung des behandelnden Vertragsarztes oder Vertragszahnarztes nachzuweisen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der IKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die IKK kann eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einholen.
- (9) §§ 48, 49, 50, 51 und 52 SGB V gelten entsprechend.
- (10) Auf die Leistungsdauer nach § 48 SGB V werden Zeiten, in denen ein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif besteht, und Zeiten, mit einem Anspruch auf Krankengeld nach § 46 Satz 2 SGB V, angerechnet. Dies gilt auch für Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif noch nicht entstanden ist, oder Zeiten, für die der Anspruch ruht oder die Leistung versagt wurde bzw. eine anrechenbare Arbeitsunfähigkeitszeit auf der Grundlage des bis zum 31.07.2009 geltenden § 12 h der Satzung vorliegt.
- (11) Die Prämie für den Wahltarif ist auch für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld sowie für Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif noch nicht entstanden ist bzw. der Anspruch ruht oder die Leistung versagt wurde, zu zahlen.
- (12) Leistungsansprüche nach diesem Tarif bestehen nicht, wenn für zwei Monate die fälligen Prämien nicht entrichtet wurden. Bei Versicherten, die zu diesem Zeitpunkt Krankengeld beziehen, ruht der Anspruch ab diesem Tag. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Prämien, Kosten und Gebühren erfolgt.
- (13) Der Tarif endet, wenn die Voraussetzungen für die Wahl dieses Tarifs nicht mehr vorliegen. Darüber hinaus wird der Tarif beendet
 - mit Vollendung des 65. Lebensjahres,
 - bei Versicherten, die nach Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder aufgrund eines anderen gleichwertigen Gutachtens als voll erwerbsgemindert anzusehen sind, spätestens 10 Wochen nach der Feststellung. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte die versicherungsrechtlichen

Voraussetzungen für den Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung erfüllt und diese Rente beantragt hat.

- spätestens mit dem Eingang des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder eine vergleichbare Leistung von einer anderen Stelle unabhängig von der Höhe dieser Leistung,
- mit dem Beginn einer Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder eine vergleichbare Leistung von einer anderen Stelle,
- mit dem Tag des Ablaufs der Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V bzw. bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts nach § 12 j Abs. 3 der Satzung.

Gleichzeitig endet ein Leistungsanspruch mit dem Tag der Beendigung des Tarifs.

- (14) Liegen die Voraussetzungen für diesen Wahltarif nicht mehr vor, so hat der Versicherte dies der IKK unverzüglich mitzuteilen. Erhält die IKK Kenntnis von dem Wegfall der Voraussetzungen, so teilt sie dem Versicherten mit, dass der Wahltarif mit sofortiger Wirkung beendet wird. Bei Versicherten, die am Tag der Beendigung des Wahltarifes Krankengeld beziehen, endet der Anspruch mit diesem Tag.
- (15) Versicherte haben als Verpflichtung aus § 206 Abs. 1 Nr. 2 SGB V Änderungen ihres beitragspflichtigen Jahresarbeitseinkommens der IKK unaufgefordert mitzuteilen; Nachteile aus der Verletzung dieser Pflicht treffen den Versicherten. Davon unabhängig führt die IKK jährlich schriftliche Anfragen durch, wie hoch das durch die Künstlersozialkasse festgestellte beitragspflichtige Jahresarbeitskommen ist. Werden Einkommensanfragen nach zweimaliger Erinnerung nicht beantwortet, bestehen keine Leistungsansprüche nach diesem Tarif.
- (16) Eine Tarifierpassung wird mit dem 1. Tag des auf dem Zeitpunkt der Änderung des Einkommens folgenden Kalendermonats vorgenommen. Eine Reduzierung der Prämie aufgrund eines vom Versicherten verspätet geführten Nachweises wird zum ersten Tag des auf die Vorlage des Nachweises folgenden Monats vorgenommen. Eine Tarifierpassung während eines laufenden Versicherungsfalles hat keine Auswirkungen auf die Höhe des Wahltarifkrankengeldes.
- (17) Für Versicherte, die nach Ablauf der Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V den Tarif anschließend neu wählen, gelten Abs. 4 Satz 1, Abs. 5 und Abs. 13 letzter Satz nicht. Eine Neuwahl des Tarifs zum Zeitpunkt eines laufenden Versicherungsfalles hat keine Auswirkungen auf die Höhe des Krankengeldes.
- (18) Der Tarif ist zusätzlich zu den Wahltarifen nach § 12 a und d wählbar.

§ 30

Widerspruchsausschuss

- (1) Der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen (§ 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG). Widerspruchsausschüsse werden beim Sitz der IKK sowie bei jeder Regionaldirektion eingerichtet. Die Widerspruchsausschüsse der Regionaldirektionen sind für die Widerspruchsverfahren zuständig, die aus Entscheidungen der jeweiligen Regionaldirektion entstehen. Der Widerspruchsausschuss beim Sitz der IKK ist zuständig, wenn sich der Widerspruch gegen eine Entscheidung der IKK richtet, die nicht durch eine Regionaldirektion getroffen wurde.

- (2) Jeder Widerspruchsausschuss besteht aus vier Mitgliedern. Für jedes Mitglied wird ein Stellvertreter bestellt. Die Mitglieder gehören je zur Hälfte der Gruppe der Versicherten und der Arbeitgeber an.
- (3) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Widerspruchsausschüsse werden vom Verwaltungsrat bestellt; für die Widerspruchsausschüsse der Regionaldirektionen auf Vorschlag der Regionalbeiräte. Die Amtsdauer richtet sich nach § 58 Abs. 2 SGB IV. Personen, die der Gruppe der Versicherten oder Arbeitgeber angehören, müssen die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied nach § 51 SGB IV der IKK erfüllen. § 62 SGB IV gilt für den Vorsitz und den stellvertretenden Vorsitz im Ausschuss entsprechend.
- (4) Der Verwaltungsrat bzw. Regionalbeirat der IKK hat ein Mitglied des Widerspruchsausschusses 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 bzw. des Regionalbeirates unverzüglich Änderungen anzuzeigen, die seine Wählbarkeit berühren.
- (5) Verstößt ein Mitglied des Widerspruchsausschusses in grober Weise gegen seine Amtspflichten, hat der Verwaltungsrat bzw. der Regionalbeirat das Mitglied durch Beschluss seines Amtes zu entheben. Der Verwaltungsrat bzw. der Regionalbeirat kann die sofortige Vollziehung des Beschlusses anordnen. Die Anordnung hat die Wirkung, dass das Mitglied sein Amt nicht ausüben kann.
- (6) Die Absätze 2 bis 5 gelten für stellvertretende Mitglieder des Widerspruchsausschusses entsprechend.
- (7) Der Widerspruchsausschuss 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.
- (8) Jeder Widerspruchsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (9) Die Widerspruchsausschüsse nehmen auch die Befugnisse der IKK als Einspruchsstelle wahr (§ 112 Abs. 2 SGB IV).

Auszug aus Anhang 4 zu § 39 der Satzung der IKK

Übergangsbestimmungen zu Bonusprogrammen, Modellvorhaben und Wahlтарifen

...

- (3) Aus Gründen der Besitzstandswahrung gelten die nachstehenden Satzungsregelungen der bisherigen IKK Nordrhein wie folgt weiter:

...

3. Versicherte, die bis zum 30.06.2010 eine Wahlentscheidung für einen Wahlтарif nach § 22 a (Wahlтарif Krankengeld), §§ 23, 23 a (Wahlтарif Prämienzahlung bei Teilkostenerstattung) und § 24 a Wahlтарif Selbstbehalt) der Satzung der IKK Nordrhein getroffen haben, gilt, dass der Tarif bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist fortzuführen ist. Eine unterjährige Wahlentscheidung für den Krankengeldтарif und den Wahlтарif Prämienzahlung bei Leistungsbeschränkungen der Vereinigten IKK ist zulässig.

Auszug aus der Satzung der IKK classic (gültig bis 31.07.2011):

§ 43 Wahltarif „Arzneimittel besondere Therapieformen“

- 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.

Tarifoption 2:

Erstattet werden dem Mitglied und/oder seinen teilnehmenden familienversicherten Angehörigen bei jährlicher Rezepteinreichung alle Kosten*, die über dem jährlichen Selbstbehalt von 100,00 Euro liegen, 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.

*Die Erstattung der Kosten erfolgt bis zu einer Höchstgrenze von 3.000 Euro im Jahr.

Alter	Jährlicher Selbstbehalt	Monatliche Prämie
0 bis 29	100,00 €	6,00 €
30 bis 39	100,00 €	6,50 €

40 bis 49	100,00 €	7,00 €
50 bis 59	100,00 €	7,50 €
Ab 60	100,00 €	11,00 €