

**hkk**

**Satzung**

**vom 1. Januar 2008**

**in der Fassung des**

**17. und 18. Nachtrages**

**Stand: 01. Januar 2012**

## Inhaltsverzeichnis

<b>A Verfassung</b> .....	<b>1</b>
§ 1 Name und Rechtsstellung der Kasse .....	1
§ 2 Sitz und Geschäftsgebiet .....	1
§ 3 Organe .....	1
§ 4 Verwaltungsrat .....	2
§ 5 Vorstand .....	3
§ 6 Vertretung .....	4
§ 7 Widerspruchsausschüsse .....	4
§ 8 (zur Zeit nicht besetzt) .....	5
§ 9 Entschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit .....	6
<b>B Mitgliedschaft</b> .....	<b>7</b>
§ 10 Kreis der versicherten Personen .....	7
§ 11 Erwerb der Mitgliedschaft .....	7
§ 12 Ende der Mitgliedschaft .....	8
<b>C Beiträge</b> .....	<b>9</b>
§ 13 Aufbringung der Mittel .....	9
§ 14 Prämie .....	9
§ 15 Bemessung der Beiträge und Fälligkeit .....	9
§ 16 (zur Zeit nicht besetzt) .....	9
§ 17 (zur Zeit nicht besetzt) .....	9
§ 18 (zur Zeit nicht besetzt) .....	9
§ 19 Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge .....	15
<b>D Leistungen</b> .....	<b>16</b>
§ 20 Anspruchsgrundlagen .....	16
§ 21 Prävention und Selbsthilfe, Schutzimpfungen .....	16
§ 22 Kurzuschüsse .....	17
§ 23 (zur Zeit nicht besetzt) .....	17
§ 24 Haushaltshilfe .....	18
§ 25 (zur Zeit nicht besetzt) .....	19
§ 26 Auskunftspflicht .....	19
§ 27 Kostenerstattung im Inland .....	19
§ 27 a Kostenerstattung Wahlarzneimittel.....	19a
§ 28 Teilkostenerstattung .....	20
§ 29 Kostenerstattung im Ausland .....	20
§ 30 Leistungsausschluss .....	21
<b>E Zusatzversicherungen, hausarztzentrierte Versorgung, Tarife, Modellvorhaben</b> .....	<b>22</b>
§ 31 Wirkung der Teilnahme .....	22
§ 32 Zusatzversicherungen .....	22
§ 33 Hausarztzentrierte Versorgung .....	22
§ 34 Modellvorhaben, Bonustrafe, Wahltarife .....	23
§ 35 Wahltarif „hkk-DMP-Bonus“ für Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen .....	23
§ 36 Modellvorhaben Disease-Management-Programme .....	23

§ 37	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten .....	24
§ 38	Selbstbehalttarif .....	25a
§ 38 a	Wahltarif Krankengeld .....	26
§ 38 b	Wahltarif Teilkostenerstattung .....	33a
<b>F</b>	<b>Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage .....</b>	<b>34</b>
§ 39	Jahresrechnung, Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung .....	34
§ 40	Rücklage .....	34
<b>G</b>	<b>Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen .....</b>	<b>34</b>
§ 41	Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen .....	34
<b>H</b>	<b>Schlussbestimmungen .....</b>	<b>35</b>
§ 42	Änderung der Satzung .....	35
§ 43	Art der Bekanntmachung .....	35
§ 44	Inkrafttreten .....	35

## **A Verfassung**

### **§ 1**

#### **Name und Rechtsstellung**

- (1) Die am 1. Januar 2008 errichtete Kasse führt den Namen hkk.
- (2) Die hkk ist eine Ersatzkasse und Krankenkasse im Sinne von § 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Sie ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltung wird durch die Vertreterinnen/Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber der hkk ausgeübt. Für die hkk gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das SGB. Die hkk erfüllt ihre Aufgaben in eigener Verantwortung.

### **§ 2**

#### **Sitz und Geschäftsgebiet**

- (1) Die hkk hat ihren Sitz in Bremen.
- (2) Das Geschäftsgebiet der hkk ist die Bundesrepublik Deutschland.
- (3) Die hkk hat eine Hauptgeschäftsstelle in Bremen. Sie unterhält Geschäftsstellen.

### **§ 3**

#### **Organe**

- (1) Organe der hkk sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan sowie der hauptamtliche Vorstand.
- (2) Der Verwaltungsrat und der Vorstand nehmen im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Aufgaben der hkk wahr.
- (3) Die vertretungsberechtigten Organe der hkk haben die Eigenschaft einer Behörde; sie führen das Dienstsiegel der hkk.

## § 4

### Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat besteht aus 24 Mitgliedern. Er besteht jeweils zur Hälfte aus Vertreterinnen/Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber. Er wird gemeinsam durch die Vorsitzende/den Vorsitzenden und die stellvertretende/den stellvertretenden Vorsitzenden vertreten. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen der/dem Vorsitzenden und deren/dessen Stellvertretung jeweils jährlich am 01. Januar.
- (2) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der hkk sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die hkk maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.
- (3) Der Verwaltungsrat bestimmt die Grundzüge der Kassenpolitik. Zur Darstellung seiner mittel- und langfristigen Vorstellungen über die Führung und Verwaltung der hkk kann der Verwaltungsrat für den Vorstand Leitlinien formulieren.
- (4) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:
  1. die Vorsitzende/den Vorsitzenden und die stellvertretende Vorsitzende/den stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus seiner Mitte zu wählen,
  2. Ausschüsse zur Erledigung bzw. zur Erfüllung seiner Aufgaben zu bilden,
  3. eine Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat, die Widerspruchsausschüsse, die sonstigen Ausschüsse aufzustellen,
  4. Rechnungsprüferinnen/Rechnungsprüfer zu wählen,
  5. den Haushaltsplan und gegebenenfalls den Nachtragshaushaltsplan festzustellen,
  6. den Jahresbericht entgegenzunehmen und über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
  7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
  8. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
  9. die Kasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
  10. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Kasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,

11. den Vorstand zu wählen und eine leitende Beschäftigte/einen leitenden Beschäftigten der hkk mit seiner Stellvertretung zu beauftragen,
  12. den Vorstand zu überwachen.
- (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
  - (6) Beschlüsse des Verwaltungsrates werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Stimmenthaltungen gelten als nicht abgegebene Stimmen. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
  - (7) Der Verwaltungsrat kann in Eil- und Ausnahmefällen schriftlich abstimmen.

## **§ 5**

### **Vorstand**

- (1) Der Vorstand besteht aus einer Person, die ihre Tätigkeit hauptamtlich ausübt.
- (2) Der Vorstand verwaltet die Kasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die hkk maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmt. Dem Vorstand obliegt insbesondere:
  1. den Haushaltsplan und ggf. den Nachtragshaushaltsplan aufzustellen,
  2. die Jahresrechnung aufzustellen,
  3. Vermögenswerte anzulegen und zu verwalten,
  4. über Leistungen zu entscheiden,

5. Beiträge festzustellen und einzuziehen,
  6. Verträge über die Leistungserbringung an die Versicherten abzuschließen.
- (3) Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat umfassend und rechtzeitig über:
1. die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung,
  2. die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung
- zu berichten. Außerdem ist den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

## **§ 6**

### **Vertretung**

- (1) Die hkk wird durch den Vorstand gerichtlich und außergerichtlich vertreten. Im Falle der Verhinderung tritt an die Stelle des Vorstandes die/der vom Verwaltungsrat mit der Stellvertretung des Vorstandes beauftragte leitende Beschäftigte der hkk.
- (2) Die/der Vorsitzende und die/der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates vertreten die Kasse gegenüber dem Vorstand.

## **§ 7**

### **Widerspruchsausschüsse**

- (1) Der Erlass von Widerspruchsbescheiden nach § 85 Sozialgerichtsgesetz (SGG) wird Widerspruchsausschüssen übertragen. Über die erforderliche Anzahl der Widerspruchsausschüsse beschließt der Verwaltungsrat. Die Sitze der Widerspruchsausschüsse befinden sich in Bremen und Oldenburg.
- (2) Die Widerspruchsausschüsse setzen sich aus zwei Mitgliedern aus der Gruppe der Versicherten und einem Mitglied aus der Gruppe der Arbeitgeber zusammen. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat eine Stellvertreterin/ Stellvertreter. Die Mitglieder und deren Stellvertretung werden vom Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bleiben im Amt, bis ihre Nachfolgerinnen/Nachfolger das Amt antreten. Das Amt der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse ist ein Ehrenamt nach § 40 SGB IV. Für die Haftung und den Verlust der Mitgliedschaft gelten §§ 42 und 59 SGB IV entsprechend. Der Vorstand bestimmt eine/einen fachkundige/fachkundigen hauptberufliche/hauptberuflichen Mitarbeiterin/Mitarbeiter und deren/dessen Stellvertretung, die beratend an den Sitzungen der Widerspruchsausschüsse teilnimmt. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die Geschäftsordnung

- (3) Die nach Absatz 2 gebildeten Widerspruchsausschüsse sind auch zuständig für Einsprüche gegen Bußgeldbescheide (§ 112 Abs. 2 SGB IV).

## **§ 8**

(zur Zeit nicht besetzt)

## **§ 9**

### **Entschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit**

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates, seiner Ausschüsse sowie der Widerspruchsausschüsse erhalten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine Entschädigung nach Maßgabe des § 41 SGB IV.
- (2) Die Entschädigungen legt der Verwaltungsrat in einer Entschädigungsregelung fest, die als Anlage Bestandteil dieser Satzung ist.

## **B Mitgliedschaft**

### **§ 10**

#### **Kreis der versicherten Personen**

(1) Mitglieder der hkk sind oder können werden:

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. Studenten und Berufspraktikanten,
3. Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfänger nach dem SGB III,
4. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten, soweit gesetzlich nichts anderes geregelt ist,
5. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V), wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Die Ehegattin/der Ehegatte oder die Lebenspartnerin/der Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz) und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind.

### **§ 11**

#### **Erwerb der Mitgliedschaft**

Mitglied der hkk wird, wer die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft nach § 10 erfüllt und ihren/seinen Beitritt erklärt. Einer Beitrittserklärung bedarf es nicht, wenn eine Mitgliedschaft kraft Gesetzes zustande kommt. Die Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten regelt § 206 SGB V.

## § 12

### Ende der Mitgliedschaft

- (1) Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit dem Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied seinen Austritt erklärt.
- (2) Abweichend hiervon endet die Mitgliedschaft:
  1. zu dem vom Mitglied erklärten Zeitpunkt, an dem es seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt für dauernd ins Ausland verlegt, sofern sich nicht aus über- oder zwischenstaatlichem Recht eine Sonderregelung ergibt,
  2. mit Ablauf des Tages, der dem Beginn einer Familienversicherung nach § 10 SGB V vorangeht.
- (3) Die Bindungsfrist von 18 Monaten für Versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen Ersatzkasse begründet wird.

## **C Beiträge**

### **§ 13**

#### **Aufbringung der Mittel**

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

### **§ 14**

#### **Prämie**

Die hkk schüttet für das Kalenderjahr 2011 ihren Mitgliedern für jeden Tag der Mitgliedschaft, mit Ausnahme von beitragsfreien Zeiten eine einkommensunabhängige Prämie von monatlich 5,00 Euro aus. Dabei ist ein voller Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Auszahlung für das Kalenderjahr 2011 erfolgt in einer Summe bis zum 31.03. des folgenden Jahres.“

### **§ 15**

#### **Bemessung der Beiträge und Fälligkeit**

Die Beitragsbemessung richtet sich nach den einheitlichen Grundsätzen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

### **§ 16**

(zur Zeit nicht besetzt)

### **§ 17**

(zur Zeit nicht besetzt)

### **§ 18**

(zur Zeit nicht besetzt)

## § 19

### **Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge**

- (1) Zeigt das 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 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
  1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
  2. unter den in Absatz 2 und 3 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 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.
- (3) Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

## **D Leistungen**

### **§ 20**

#### **Anspruchsgrundlagen**

Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen und den Vorschriften dieser Satzung.

### **§ 21**

#### **Prävention und Selbsthilfe, Schutzimpfungen**

- (1) Die hkk stellt Leistungen zur Primärprävention zur Verfügung, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Es handelt sich um folgende Handlungsfelder:
- 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) Die Kasse stellt die Leistungen nach Absatz 1 als Sachleistung zur Verfügung. Kann die Leistung nicht als Sachleistung erbracht werden, erfolgt eine Kostenerstattung. Im Falle der Kostenerstattung ist die Erstattungssumme auf maximal 100 Euro begrenzt.
- (3) Für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird zur Stärkung der Eigenverantwortung für die Leistungen nach Absatz 1 ein Eigenanteil erhoben. Der Eigenanteil beträgt 8 Euro bei Kurskosten von bis zu 50 Euro und 15 Euro bei Kurskosten von über 50 Euro.

- (4) Die hkk fördert Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen, wenn diese die Prävention und Rehabilitation von solchen Krankheitsbildern zum Ziel haben, die in dem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgebenden Spitzenorganisationen beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind.
  
- (5) Die hkk übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen zur Verhütung von Krankheiten. Dies gilt auch für Impfungen aus Anlass eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes, wenn die Impfung von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen wird. Wird die Schutzimpfung nicht als Sachleistung erbracht, erstattet die hkk die Kosten, die ihr bei der Inanspruchnahme als Sachleistung entstanden wären.
  
- (6) Die Regelungen im Absatz 5 gelten nur dann, soweit nicht schon ein Anspruch nach § 20 d SGB V besteht. Die Kosten der Leistungen nach Absatz 5 werden nur übernommen, soweit nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist.

## **§ 22**

### **Kurzschüsse**

Erbringt die hkk eine aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahme in Form einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V), so wird zu den übrigen Kosten dieser Maßnahme (wie Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe, Fahrtkosten) ein kalendertäglicher Zuschuss – einschließlich An- und Abreisetag – in Höhe von 13,00 Euro gezahlt. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der kalendertägliche Zuschuss 21,00 Euro.

## **§ 23**

(zur Zeit nicht besetzt)

## § 24

### Haushaltshilfe

- (1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe im Rahmen des § 38 SGB V.
- (2) Die hkk erbringt Haushaltshilfe auch neben häuslicher Krankenpflege oder ambulanter ärztlicher Behandlung für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit, längstens für 18 Wochen je Krankheitsfall, wenn dem Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und dass eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Zuzahlung richtet sich nach § 38 Abs. 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.
- (3) Die hkk erbringt Haushaltshilfe auch neben ambulanter ärztlicher Behandlung für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit, längstens für 2 Wochen je Kalenderjahr für maximal 4 Stunden pro Tag, wenn dem Versicherten wegen akuter Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Zuzahlung richtet sich nach § 38 Abs. 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

## **§ 25**

(zur Zeit nicht besetzt)

## **§ 26**

### **Auskunftspflicht**

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

## **§ 27**

### **Kostenerstattung im Inland**

- (1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Die Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, der stationären Behandlung und bzw. oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden. Grundsätzlich erfolgt sie ausschließlich für Leistungen, die von zugelassenen Vertragsärztinnen/ Vertragsärzten bzw. Vertragszahnärztinnen/Vertragszahnärzten oder zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden. Im Einzelfall kann nach vorheriger Zustimmung durch die hkk aus medizinischen und sozialen Gründen davon abgewichen werden, wenn eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
- (2) Die Kostenerstattung ist schriftlich zu beantragen. Sie wirkt ab dem gewählten Zeitpunkt, frühestens vom Eingang des Antrages bei der hkk an. Der in Absatz 1 genannte Personenkreis ist mindestens ein Kalendervierteljahres an die Wahl der Kostenerstattung gebunden. Der Widerruf der Wahl der Kostenerstattung ist frühestens nach Ablauf der in Satz 3 genannten Frist möglich und ist schriftlich zu erklären. Der Widerruf wirkt mit Ablauf des Kalendervierteljahres, in dem der Widerruf der hkk zugeht.
- (3) Erstattet werden höchstens die Kosten, die bei Inanspruchnahme einer Sach- oder Dienstleistung als Vertragsleistung entstanden wären, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Der Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H. je Fall, höchstens jedoch 50,00 Euro, sowie um vorgesehene Rabatte und Zuzahlungen gekürzt.
- (4) Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen bzw. Verordnungen vorzulegen, aus denen der Befund, der die medizinische Versorgung begründet, hervorgeht.

## § 27a

### **Kostenerstattung Wahlarzneimittel**

- (1) Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die hkk einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. Versicherte können auch ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder ein Rabatt-Arzneimittel der hkk wählen.
- (2) Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die hkk bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Erstattung darf jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten betragen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Vom Erstattungsbetrag werden 25 v. H. als Abschlag für die der hkk entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

## **§ 28**

### **Teilkostenerstattung**

- (1) Auf Antrag der nach § 14 SGB V Berechtigten tritt an die Stelle der nach dem SGB vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung. Grundlage für die Erstattung sind die Kosten, die der hkk bei Gewährung von Sachleistungen entstanden wären. Erstattet wird davon der Prozentsatz, der durch die Beihilfe nicht gedeckt ist.
- (2) Der Antrag auf Teilkostenerstattung ist schriftlich einzureichen. Die Entscheidung wirkt für die Dauer von zwei Jahren ab Eingang des Antrags bei der hkk und verlängert sich jeweils um zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des jeweiligen Zeitraums keine gegenteilige Erklärung vorliegt. Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.
- (3) Wer bereits am 30.06.2006 gemäß § 14 SGB V berechtigt war und bis zum 30.06.2006 einen Antrag auf Teilkostenerstattung gestellt hat, für den tritt an die Stelle der nach dem SGB V vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung in Höhe der Differenz zwischen dem Beihilfebemessungssatz des Versicherten und 100 v. H. Erstattungsfähig sind die beihilfefähigen Aufwendungen des Versicherten. Sie wird für Aufwendungen gewährt, denen Leistungen zugrunde liegen, die im SGB dem Grunde nach vorgesehen sind. Für die Durchführung des Erstattungsverfahrens gelten die entsprechenden Regelungen der auf Versicherte anwendbaren Beihilfevorschriften.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für die Hinterbliebenen der nach § 14 SGB V Berechtigten sowie für Versorgungsempfänger.

## **§ 29**

### **Kostenerstattung im Ausland**

- (1) Versicherte können im Wege der Kostenerstattung anstelle der Sach- oder der Dienstleistung auch Leistungserbringer in anderen Staaten in Anspruch nehmen, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.06.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABI EG Nr. L 49 S.2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist. Das gilt nicht, wenn Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten sind oder auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung unterliegen. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die

im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

- (2) Abweichend von Absatz 1 können in den bereits dort genannten Staaten Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die hkk in Anspruch genommen werden.
- (3) Leistungen, die in Deutschland vor ihrer Inanspruchnahme bei der hkk zu beantragen und zu bewilligen sind, müssen bei Leistungsanspruchnahme in Staaten nach Absatz 1 ebenfalls vorher bei der hkk beantragt und die Genehmigung abgewartet werden.
- (4) Erstattet werden höchstens die Kosten, die bei Inanspruchnahme einer Sach- oder Dienstleistung als Vertragsleistung in Deutschland entstanden wären, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Der Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 10 v. H. je Fall, mindestens jedoch 3,00 Euro und höchstens 60,00 Euro, sowie um vorgesehene Rabatte und Zuzahlungen gekürzt.
- (5) Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem Staat nach Absatz 1 möglich, kann die hkk die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

## **§ 30**

### **Leistungsausschluss**

- (1) Personen, die sich in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung als Familienversicherte nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen, haben keinen Anspruch auf Leistungen (§ 52 a SGB V). Die ärztliche und zahnärztliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind vom Leistungsausschluss nicht betroffen. Die hkk kann vom Versicherten nach den allgemeinen Vorschriften des SGB X Ersatz für Leistungen fordern, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden.
- (2) Der Tatbestand der missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme im Sinne des Absatzes 1 ist dann gegeben, wenn der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland lediglich begründet wird, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

- (3) Hinsichtlich des Nachweises des Tatbestands, dass sich Personen allein mit der Zielsetzung nach Deutschland begeben, sind bereits bei der ersten Kontaktaufnahme der betroffenen Personen mit der hkk neben der Abwicklung der Modalitäten zur Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses gleichzeitig die Motive für die Begründung des Aufenthaltes in Deutschland abzuklären. In diesem Zusammenhang sollte insbesondere ein Hinweis über die Vorschrift zum Leistungsausschluss erfolgen sowie eine Bestätigung der betroffenen Personen darüber eingefordert werden, dass der Aufenthalt nicht dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für sich oder ihre familienversicherten Angehörigen missbräuchlich Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. In begründeten Fällen kann es zur Abklärung des Gesundheitszustandes zweckmäßig sein, den medizinischen Dienst der Krankenversicherung einzuschalten.

## **E Zusatzversicherungen, hausarztzentrierte Versorgung, Tarife, Modellvorhaben**

### **§ 31**

#### **Wirkung der Teilnahme**

Wenn und soweit nach diesem Abschnitt Anträge oder Kündigungen schriftlich einzureichen sind, ist bei nicht volljährigen Versicherten die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

### **§ 32**

#### **Zusatzversicherungen**

Die hkk vermittelt ihren Versicherten im Rahmen des § 194 Abs. 1a SGB V den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung.

### **§ 33**

#### **Hausarztzentrierte Versorgung**

- (1) Die hkk führt hausarztzentrierte Versorgungsleistungen nach § 73 b SGB V auf der Grundlage von Versorgungsverträgen durch.
- (2) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig. Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich gegenüber der hkk, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 1 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt. Versicherte können nicht an mehreren hausarztzentrierten Versorgungsleistungen teilnehmen.
- (3) Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung. Versicherte sind daran und an die Wahl ihres Hausarztes ein Jahr gebunden; ein Wechsel des gewählten Hausarztes darf nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnortwechsel, Praxis-schließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) erfolgen. Die hkk soll die Teilnahme der Versicherten zum Ende eines jeden Quartals beenden oder eine erneute Teilnahme ablehnen, wenn der Versicherte gegen seine Pflichten nach Absatz 2 verstößt. Teilnehmende Versicherte erhalten eine Krankenversichertenkarte, die die Teilnahme ausweist. Für Mehrkosten, die aus Verstößen gegen die Pflichten aus Absatz 2 entstehen, soll die hkk den Versicherten haftbar machen. Die weiteren Teilnahmevoraussetzungen und Kündigungsfristen der jeweiligen hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen (Verzeichnis nach Absatz 4).

- (4) Die hkk führt ein Verzeichnis über die regionalen Vereinbarungen zu hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen nach Absatz 2 für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht das Verzeichnis einzusehen. Die hkk stellt dem teilnehmenden Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

## **§ 34**

### **Modellvorhaben, Bonustarife, Wahltarife**

Modellvorhaben sind ein wesentliches Element zur Gestaltung der Leistungen der hkk. Die hkk führt nachfolgende Modellvorhaben auf der Grundlage der §§ 63 ff. SGB V und Bonustarife nach § 65 a SGB V sowie Wahltarife nach § 53 SGB V zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch.

## **§ 35**

### **Wahltarif „hkk-DMP-Bonus“ für Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen**

- (1) Die hkk bietet ihren Versicherten gemäß § 53 Abs. 3 SGB V den hkk-DMP-Bonus-Tarif an. Voraussetzung zur Wahl des Tarifes ist die wirksame Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137 g in Verbindung mit § 137 f Abs. 3 SGB V.
- (2) Der Antrag auf Teilnahme oder die Kündigung des hkk-DMP-Bonus-Tarifes ist schriftlich zu stellen. Es gelten keine besonderen Antrags- oder Kündigungsfristen.

## **§ 36**

### **Modellvorhaben Disease-Management-Programme**

- (1) Die hkk führt bundesweit Modellvorhaben zur Umsetzung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen – DMP) für Diabetes Mellitus Typ II und Brustkrebs durch.

- (2) Inhalt und Ausgestaltung der Modellvorhaben ergeben sich aus dem strukturierten Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige KV-Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die Modellvorhaben sowie die für die Durchführung relevanten Regionen sind in einer Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.
- (3) Die Modellvorhaben beginnen mit dem Tage ihrer Wirksamkeit der Programmzulassung und enden spätestens am 17.02.2013.

## **§ 37**

### **Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

- (1) Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, jeweils einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Bonusjahres (Zeitjahr) folgende Maßnahmen in Anspruch nehmen:
  1. Kinder- und Jugenduntersuchungen nach § 26 Abs. 1 SGB V,
  2. bei Schwangeren, vollständiger Nachweis des Mutterpasses,
  3. nach Vollendung des 35. Lebensjahres alle 2 Jahre eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Abs. 1 SGB V,
  4. bei Frauen ab Beginn des 20. Lebensjahres, bei Männern ab Beginn des 45. Lebensjahres eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach § 25 Abs. 2 SGB V,
  5. zahnärztliche Behandlung zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (im Sinne einer zahnmedizinischen Prophylaxe) nach § 28 Abs. 2 und § 55 Abs. 1 SGB V,
  6. regelmäßige Teilnahme an maximal zwei qualitätsgesicherten Leistungen zur primären Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V,
  7. regelmäßige aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio,
  8. regelmäßige aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein,
  9. regelmäßige Bewegung und sportliche Aktivitäten, die zum Erlangen des Sportabzeichens geführt haben,
  10. Versicherte, die mit ihrem Kind die regelmäßige Teilnahme an einem qualifizierten Erziehungsprogramm zur Förderung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes nachweisen können,

11. Versicherte, die mit ihrem Kind zwischen dem vierten und dem achtzehnten Lebensmonat die regelmäßige Teilnahme an einer qualitätsgesicherten Wassergymnastik nachweisen können,
  12. Versicherte, die die regelmäßige Teilnahme an einem qualifizierten Ernährungsprogramm nachweisen können
  13. Hautkrebsscreening, bei Versicherten ab Beginn des 35. Lebensjahres.
- (2) Die Teilnahme erfordert eine Erklärung des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters, mit der die Teilnahmebedingungen in der jeweils geltenden Fassung anerkannt werden. Die Teilnahme endet auf Widerruf, mit Eingang der Kündigung sowie bei Beendigung der Versicherung bei der hkk.
  - (3) Versicherte weisen die Inanspruchnahme der Maßnahmen entweder durch Vorlage des hkk-Bonusheftes oder durch entsprechende Nachweise über die durchgeführten Maßnahmen nach. Für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt eine Dokumentation im Bonusheft eines Elternteils.
  - (4) Die Versicherten erhalten für die im hkk-Bonusheft quittierten und innerhalb von 2 Jahren nachgewiesenen Maßnahmen Bonusgutschriften nach einer festgelegten Bewertung, danach verfällt der Anspruch auf einen Bonus. Der Bewertungsschlüssel ist in einem Verzeichnis zur Satzung festgelegt.
  - (5) Als Bonus wird nach Ablauf des Bonusjahres eine Geldprämie gewährt, wenn die nachgewiesenen Maßnahmen mindestens 50 Punkte ergeben. Ein Bonuspunkt entspricht dem Wert eines Euros. Die Anerkennung von Bonusmaßnahmen nach Absatz 4 ist auf 200 Punkte je Bonusjahr begrenzt. Der Bonus wird nach Vorlage der in Absatz 3 genannten Nachweise gewährt.

## § 38

### Selbstbehalttarif

- (1) Mitglieder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können den hkk-Selbstbehalttarif vereinbaren und jeweils für ein Jahr einen Teil der von der hkk zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Im Gegenzug erhalten diese Mitglieder eine Prämie.
- (2) Der Selbstbehalt gilt für die Aufwendungen des Mitglieds und dessen nach § 10 SGB V familienversicherte Angehörige. Die im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und §§ 24 bis 24b bleiben unberücksichtigt. Leistungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V bleiben unberücksichtigt. Außerdem bleiben die Leistungen für nach § 10 SGB V familienversicherte Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres unberücksichtigt.
- (3) Die Tarifstufen sind einkommensabhängig wählbar. Auszugehen ist von den Jahreseinnahmen, die der Berechnung der Beiträge zugrunde zu legen sind.

Tarifstufe	Einkommen p.a.	Einkommen p.a.	Prämie p.a.	Selbstbehalt p.a.
Prämie 40	über 4.000 EUR	bis 9.999 EUR	40 EUR	50 EUR
Prämie 100	ab 10.000 EUR	bis 19.999 EUR	100 EUR	120 EUR
Prämie 240	ab 20.000 EUR	bis 29.999 EUR	240 EUR	300 EUR
Prämie 380	ab 30.000 EUR	bis zur Versicherungspflichtgrenze (§ 6 Abs. 6 SGB V)	380 EUR	550 EUR
Prämie 500	über der Versicherungspflichtgrenze (§ 6 Abs. 6 SGB V)		500 EUR	800 EUR

Die Wahl einer niedrigeren Tarifstufe ist möglich, wenn die einkommensabhängige Zuordnung in eine Stufe oberhalb der Prämie 40 erfolgt.

- (4) Der Selbstbehalttarif wird für mindestens 3 Jahre vereinbart. Während dieser Bindung an den Tarif kann die Mitgliedschaft nicht gekündigt werden. Die Teilnahme am Selbstbehalttarif kann um jeweils ein weiteres Jahr verlängert werden. Bei Eintritt von besonderen Härtefällen, insbesondere wenn im Laufe der Bindungsfrist Dritte vollständig die Beiträge aufbringen, kann der Versicherte den Wahltarif kündigen (Sonderkündigungsrecht). Das Sonderkündigungsrecht besteht auch, wenn die Tarifbedingungen des Selbstbehalttarifes zu Lasten des teilnehmenden Mitglieds verändert werden. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate ab Bekanntgabe der neuen Tarifbedingungen.
- (5) Die Bedingungen für den Selbstbehalttarif mit Angaben über die Teilnahmevoraussetzungen, die Inhalte, das Abrechnungsverfahren sowie die Tarif- und Mitgliedschaftsbindung werden in den Tarifbedingungen in der Anlage zu dieser Satzung ausgewiesen.

## **§ 38 a** **Wahltarif Krankengeld**

- (1) Die hkk bietet den in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB V und den in § 46 Satz 2 SGB V genannten Mitgliedern einen Tarif mit Anspruch auf Krankengeld [nachfolgend „Wahlkrankengeld“ genannt] an.

Zum in Satz 1 genannten Personenkreis zählen:

1. Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige [nachfolgend „selbstständig Tätige“ genannt],
2. Mitglieder, die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versichert sind [nachfolgend „Künstler und Publizisten“ genannt],
3. versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben und eine unständige Beschäftigung nach § 27 Abs. 3 Nr. 1 SGB III ausüben [nachfolgend „unständig Beschäftigte“ genannt],
4. versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben und ein befristetes Beschäftigungsverhältnis von weniger als zehn Wochen ausüben [nachfolgend „befristet Beschäftigte“ genannt].

Es gelten die maßgeblichen Vorschriften des SGB, soweit nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

- (2) Den Tarif können Mitglieder wählen, die zum Zeitpunkt der Tarifwahl das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Dies gilt nicht für Mitglieder, die bereits ein Wahlkrankengeld in der bis zum 31.07.2009 geltenden Fassung gewählt haben und dieses bis zum 31.10.2009 wählen. Besteht zum Zeitpunkt der Tarifwahl Arbeitsunfähigkeit, kann die Wahl des Tarifs nicht ausgeübt werden. Bestehen zum Zeitpunkt der Tarifwahl Prämienschulden, behält sich die hkk vor, die Annahme der Tarifwahl an die Begleichung dieser offenen Forderung zu knüpfen.
- (3) Der Tarif beginnt nach Zugang der schriftlichen Wahlerklärung; frühestens am 01.08.2009.
- (4) Das Mitglied ist ab Tarifbeginn bzw. –änderung entsprechend der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren an die Wahl des Tarifs gebunden. Die Bindungsfrist verlängert sich um weitere drei Jahre, wenn das Mitglied den Tarif nicht mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist schriftlich kündigt.
- (5) Der Tarif endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf,

1. wenn die Mitgliedschaft bei der hkk endet,
  2. mit Kenntnis der hkk von einer in § 50 SGB V genannten Leistungen oder als den Renten vergleichbare Einnahmen,
  3. bei selbstständig Tätigen mit Ende der selbstständigen Tätigkeit,
  4. mit dem Tag an dem die Versicherungspflicht aufgrund der Feststellung der Künstlersozialkasse endet,
  5. bei unständig Beschäftigten, die ihre berufsmäßige Ausübung der unständigen Beschäftigung aufgeben; spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach dem Ende der letzten unständigen Beschäftigung,
  6. bei befristet Beschäftigten, die ihre berufsmäßige Ausübung als befristet Beschäftigte aufgeben,
  7. bei Eintritt einer Vorrangversicherung,
  8. mit Vollendung des 65. Lebensjahres, es sei denn, es wurde bereits ein Wahlkrankengeld in der bis zum 31.07.2009 geltenden Fassung bis zum 31.10.2009 gewählt.
- (6) Eine vorzeitige Kündigung des Tarifs durch das Mitglied ist innerhalb der Bindungsfrist bei
1. Nachweis des Vorliegens eines besonderen Härtefalls,
  2. Prämien erhöhungen durch die hkk, die nicht mit einer entsprechenden Leistungsausweitung einhergehen,
  3. Leistungseinschränkungen durch die hkk, die nicht mit einer entsprechenden Prämien senkung einhergehen,
  4. Satzungsänderungen hinsichtlich des Tarifs, die zum Nachteil des Tarifmitgliedes beschlossen werden

möglich.

Die hkk behält sich das Recht vor, den Tarif zum Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist zu kündigen, wenn sich das Mitglied mit mindestens zwei Monatsprämien im Zahlungsrückstand befindet.

(7) Der Tarif ruht

1. bei Inanspruchnahme der gesetzlichen Elternzeit,
2. während der gesetzlichen Dienstpflicht,
3. bei Verlagerung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland, es sei denn, dass sich der Anspruch auf Wahlkrankengeld unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts ergibt.

Die Bindungsfrist bleibt von dem Tarifrufen unberührt.

(8) Bei Tarifwahl bzw. –änderung gilt eine Wartezeit von drei Monaten ab Tarifbeginn. Eine Wartezeit bei der erstmaligen Tarifwahl gilt nicht für Mitglieder, die innerhalb von zwei Monaten vor Tarifbeginn mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder einen Tarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt hatten.

(9) Mitglieder können folgendes Wahlkrankengeld wählen:

1. selbstständig Tätige, unständig Beschäftigte sowie befristet Beschäftigte:
  - a) vom 29. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit an in Abhängigkeit ihres nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens sowie Arbeitsentgeltes bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung,
  - b) vom 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit an in Abhängigkeit ihres nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens sowie Arbeitsentgeltes von mindestens 4.285,80 Euro bis 8.571,60 Euro (tgl. Wahlkrankengeld von 100 Euro bis 200 Euro) ,
  - c) vom 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit an in Abhängigkeit ihres nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens sowie Arbeitsentgeltes von mindestens 4.285,80 Euro bis 8.571,60 Euro (tgl. Wahlkrankengeld von 100 Euro bis 200 Euro) oder
  - d) vom 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit an in Abhängigkeit ihres nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens sowie Arbeitsentgeltes von mindestens 4.285,80 Euro bis 8.571,60 Euro (tgl. Wahlkrankengeld von 100 Euro bis 200 Euro).

Die Buchstaben a, b und c können nur in Verbindung mit der Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V gewählt werden.

Das Wahlkrankengeld beträgt bei selbstständig Tätigen 70% des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens. § 47 Abs. 4 Satz 2 SGB V gilt entsprechend. Bei unständig sowie befristet Beschäftigten beträgt das Wahlkrankengeld 70 % des Bruttoarbeitsentgeltes und darf 90 % des Nettoarbeitsentgeltes nicht übersteigen. Das Wahlkrankengeld wird um das Krankengeld entsprechend der Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V gekürzt.

2. Künstler und Publizisten vom 15. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit an in Abhängigkeit ihres nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung. Das Wahlkrankengeld beträgt 70% des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens. § 47 Abs. 4 Sätze 3 und 4 SGB V gelten entsprechend.

Der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit ist bei der hkk unverzüglich nach ärztlicher Feststellung einzureichen.

- (10) Die jeweiligen Jahresarbeitseinkommen sowie Jahresarbeitsentgelte sind in geeigneter Form zu Tarifbeginn, bei Einkommensänderung und zur jährlichen Überprüfung nachzuweisen. Ergibt sich aus dem nachgewiesenen Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt eine Einkommensänderung erfolgt eine Umstufung. Die veränderte Einstufung gilt jeweils vom Beginn des Folgemonats an.

- (11) Der Anspruch auf Wahlkrankengeld ist nach § 48 SGB V begrenzt.

Darüber hinaus endet der Anspruch auf Wahlkrankengeld

- bei einem Anspruchsbeginn vom 29. bzw. 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit an spätestens nach 78 Wochen Bezugszeit,
- bei einem Anspruchsbeginn vom 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit an spätestens nach 52 Wochen Bezugszeit.

Die Bezugszeit verringert sich um die in den letzten 78 Wochen vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bereits bezogenen Zeiten des Krankengeldes, Wahlkrankengeldes oder der Ruhenszeit nach § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V. Eine weitere Bezugszeit beginnt bei erneuter Arbeitsunfähigkeit frühestens 78 Wochen nach Ablauf der vorherigen Höchstbezugszeit. Als Bezugszeit sind auch Zeiten vor dem 01.08.2009 zu berücksichtigen.

- (12) Die Zahlung des Wahlkrankengeldes ist ausgeschlossen:

1. soweit und solange ein Anspruch auf Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld besteht oder Mutterschaftsgeld bezogen wird,
2. solange die Arbeitsunfähigkeit der hkk nicht durch eine ärztliche Bescheinigung gemeldet ist; die Zahlung beginnt frühestens sieben Tage nach Eingang der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei der hkk,
3. bei Leistungsfällen, die während der Wartezeit bei Tarifbeginn eintreten,
4. wenn das Mitglied mit seiner Prämienzahlung anteilig für zwei Monate im Rückstand ist,
5. bei Ablauf der Höchstbezugsdauer,
6. bei Tarifrufen.

(13) Die Zahlung des Wahlkrankengeldes wird um bestehende Prämienforderungen der hkk gegenüber dem Mitglied gekürzt. Bei Zahlung von Übergangsgeld durch die Deutsche Rentenversicherung während einer medizinischen Maßnahme wird ein Krankengeldspitzbetrag gezahlt. Dieser ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Bemessungsentgelt des Rentenversicherungsträgers und dem Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V sowie § 53 Abs. 6 SGB V.

(14) Für die Dauer des Tarifes ist durch das Mitglied eine Prämie zu entrichten.

Die Höhe der kalendertäglichen Prämie wird in Hundertsteln des nach Absatz 9 versicherten Arbeitseinkommens sowie Arbeitsentgeltes wie folgt festgesetzt:

1. selbstständig Tätige, unständig Beschäftigte sowie befristet Beschäftigte:
  - a) vom 29. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit an 0,8 %
  - b) vom 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit an 2,7 %
  - c) vom 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit an 0,7 %

Die Prämie nach Absatz 9 Nummer 1 Buchstabe b setzt sich aus den Buchstaben a und b zusammen.

2. Künstler und Publizisten vom 15. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit an 1,2 %.

Im Falle des Bezugs von Wahlkrankengeld und bei Ruhen des Tarifes ist keine Prämie zu entrichten.

Die Prämien sind monatlich zu zahlen. Für die Berechnung ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Sie werden spätestens am 15. des Monats, der dem Monat folgt, für den die Prämie gilt, fällig. Fällt der 15. des Monats nicht auf einen Arbeitstag, sind die Prämien spätestens am darauf folgenden Arbeitstag fällig.

(15) Reichen die kalkulierten Prämien nicht mehr aus, um die Kosten des angebotenen Tarifs zu decken, so ist die hkk zur Anpassung der Prämie im erforderlichen Maße berechtigt.

## § 38 b

### Wahltarif Teilkostenerstattung

- (1) Der Tarif kann von Mitgliedern gewählt werden, die eine Teilkostenerstattung nach § 28 gewählt haben.
- (2) Der Tarif sieht eine Prämienzahlung vor, die den aufgrund der Beihilfeansprüche verminderten Leistungsansprüchen der Mitglieder Rechnung trägt.
- (3) Grundlage für die Prämie ist der Beitrag zur Krankenversicherung. Als Prämie wird 50 v.H. des Krankenversicherungsbeitrages gezahlt.
- (4) Die Prämie ist monatlich zu zahlen. Der Zeitpunkt der Auszahlung entspricht dem Tag der Fälligkeit der Beiträge für freiwillige Mitglieder.
- (5) Die Wahl dieses Tarifs ist mit Wirkung vom Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Monats, frühestens zum 01.01.2009 möglich. Im Kalenderjahr 2009 kann der Tarif rückwirkend zum 01.01.2009 gewählt werden, wenn die Erklärung bis zum 31.03.2009 bei der hkk eingeht.
- (6) Das Mitglied ist ab Tarifbeginn entsprechend der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren an die Wahl des Tarifs gebunden. Die Bindungsfrist verlängert sich um weitere drei Jahre, wenn das Mitglied den Tarif nicht mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist schriftlich kündigt.
- (7) Der Tarif endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, wenn die Mitgliedschaft bei der hkk endet oder die Voraussetzungen für die Teilkostenerstattung entfallen.
- (8) Eine vorzeitige Kündigung des Tarifs durch das Mitglied ist innerhalb der Bindungsfrist bei
  2. Nachweis des Vorliegens eines besonderen Härtefalls oder
  3. Satzungsänderungen hinsichtlich des Tarifs, die zum Nachteil des Tarifmitgliedes beschlossen werdenmöglich.

## **F Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage**

### **§ 39**

#### **Jahresrechnung, Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung**

- (1) Der Vorstand hat die Jahresrechnung aufzustellen und dem Verwaltungsrat vorzulegen.
- (2) Der Verwaltungsrat lässt die Jahresrechnung sowie die Betriebs- und Rechnungsführung durch eine sachverständige Prüfperson prüfen. Über das Ergebnis der Prüfung wird ein Prüfbericht erstellt.
- (3) Der Verwaltungsrat beschließt über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung.

### **§ 40**

#### **Rücklage**

Die hkk 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 für die gesetzlich oder durch Satzung vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten.

## **G Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen**

### **§ 41**

#### **Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen**

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zur Satzung.

## **H Schlussbestimmungen**

### **§ 42**

#### **Änderung der Satzung**

- (1) Änderungen der Satzung werden vom Verwaltungsrat beschlossen. Sie bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Soweit kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist, treten sie am Tage nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- (2) Änderungen der Satzung gelten auch für bestehende Versicherungsverhältnisse. Soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, gilt das auch für laufende Versicherungsfälle, soweit damit keine Leistungsminderung verbunden ist.

### **§ 43**

#### **Art der Bekanntmachung**

- (1) Die Satzung und sonstiges autonomes Recht der hkk werden durch Aushang in der Hauptgeschäftsstelle, in ausgewählten Geschäftsstellen und im Internet unter Punkt [www.hkk.de](http://www.hkk.de) öffentlich bekannt gemacht. Der Aushang erfolgt für die Dauer von zwei Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Aushängens und der vorgesehene Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.
- (2) Die öffentliche Zustellung nach § 10 Abs. 1 Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Aushang in der Hauptgeschäftsstelle.

### **§ 44**

#### **Inkrafttreten**

- (1) Diese Satzung tritt am 01.01.2008 in Kraft.