



**31. Nachtrag**  
**zu der seit dem 1. Januar 2008 geltenden**  
**Satzung der**  
**hkk**

## 31. Nachtrag

zu der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Satzung

der hkk

### Artikel I

1. § 14 erhält folgende Fassung:

#### „§ 14

#### Prämie

- (1) Die hkk schüttet für das Kalenderjahr 2014 eine Prämie an ihre Mitglieder aus, wenn sie am 01.12.2014
- Mitglied der hkk sind oder
  - bei der hkk familienversichert sind und mindestens 30 beitragspflichtige Kalendertage in der Zeit vom 01.01.2014 bis 30.11.2014 als Mitglied bei der hkk versichert waren.

Die Prämienhöhe beträgt 100,00 Euro.

Die Auszahlung für das Jahr 2014 erfolgt in einer Summe bis zum 31.03. des folgenden Jahres.

(2) Absatz 1 gilt nicht für

- am 01.12.2014 beitragsfrei versicherte Mitglieder; es sei denn, sie waren mindestens 30 beitragspflichtige Kalendertage in der Zeit vom 01.01.2014 bis 30.11.2014 als Mitglied bei der hkk versichert.
- Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Krankenversicherungsbeiträge im Rückstand befinden oder
- Mitglieder, bei denen die Krankenversicherungsbeiträge vollständig von Dritten getragen oder übernommen werden und die Prämie auf eine Sozialleistung nach dem SGB angerechnet wird.“

2. § 21 wird wie folgt geändert:

a) **Absätze 2 und 3** werden wie folgt gefasst:

- „ (2) Die Kasse stellt die Leistung nach Absatz 1 als Sachleistung zur Verfügung. Für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird zur Stärkung der Eigenverantwortung ein Eigenanteil erhoben. Der Eigenanteil beträgt 8 Euro bei Kurskosten bis zu 50 Euro und 15 Euro bei Kurskosten von über 50 Euro. § 23 Abs. 2 Satz 1 ist zu berücksichtigen; als Höhe der Leistung sind 20 Euro bei Kurskosten bis zu 50 Euro und 40 Euro bei Kurskosten von über 50 Euro anzusetzen.

(3) Kann die Leistung nach Absatz 1 nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden, erstattet die hkk die Kosten in Höhe von 80 v. H., maximal 100 Euro je Kurs. § 23 Abs.2 Satz 1 ist zu berücksichtigen.“

b) In **Absatz 4** wird folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Worte „, die ihr bei der Inanspruchnahme als Sachleistung entstanden wären“ durch die Worte „in Höhe von 80 v. H., maximal 200 Euro kalenderjährlich“ ersetzt.

bb) Folgender Satz 4 wird angefügt:

„ § 23 Abs. 2 Satz 1 ist zu berücksichtigen.“

3. Folgender **§ 23** wird eingefügt:

### „§ 23

#### **Zusätzliche Mehrleistungen**

(1) Die hkk stellt auf Grundlage der §§ 11 Abs. 6 und 20 SGB V folgende zusätzliche Mehrleistungen (hkk-Gesundheitskonto) zur Verfügung:

- Leistungen der Prävention nach § 21 Abs. 1 bis 3,
- Schutzimpfungen wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes nach § 21 Abs. 4,
- Schwangerschafts-/Mutterschaftsleistungen nach § 25 a,
- osteopathische Leistungen nach § 25 b Abs. 1,
- nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 25 b Abs. 2,
- Gesundheitsuntersuchung (Check up) nach § 25 b Abs. 4,
- Hautkrebsscreening nach § 25 b Abs. 5,
- sportmedizinische Untersuchung nach § 25 c,
- künstliche Befruchtung nach § 25 e.

(2) Der Zuschuss für sämtliche Leistungen des Gesundheitskontos beträgt je Versicherten maximal 300 Euro kalenderjährlich; für Versicherte, deren Versicherungsverhältnis unterjährig endet, beträgt der Zuschuss je angefangenes Quartal der Versicherung 75 Euro. Die zu den in Absatz 1 aufgeführten Leistungen jeweils bestehenden Kostenbegrenzungen sind zu berücksichtigen.“

4. **§ 25 a** wird wie folgt gefasst:

### „§ 25 a

#### **Schwangerschafts-/Mutterschaftsleistungen**

Über die gesetzlich geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die hkk die Kosten für folgende durchgeführte, veranlasste oder direkt

vom Versicherten initiierte Leistungen in Höhe von 80 v. H.; insgesamt maximal 200 Euro kalenderjährlich:

- Von Hebammen durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse für den Ehegatten oder Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz), sofern hkk-versichert,
- Rufbereitschaft durch eine freiberufliche Hebamme, sofern sie nach § 134 a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Rufbereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten,
- Leistungen, die mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken:
  - Nackenfaltenmessung,
  - Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien,
  - Triple-Test,
  - Ultraschalluntersuchungen, sofern keine Leistungen nach den Mutterschafts-Richtlinien,
  - Streptokokken-Test.

§ 23 Abs. 2 Satz 1 ist zu berücksichtigen.“

5. In § 25 b wird wie folgt geändert:

a) In **Absatz 1** wird folgender Satz angefügt:

„ § 23 Abs. 2 Satz 1 ist zu berücksichtigen.“

b) **Absatz 2** wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird hinter dem Wort „für“ die Wörter „nicht verschreibungspflichtige“ eingefügt und die Zahl „50“ durch die Zahl „80“ und die Zahl „100“ durch die Zahl „150“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„ § 23 Abs. 2 Satz 1 ist zu berücksichtigen.“

c) Folgende **Absätze** werden eingefügt:

„(3) Gesundheitsuntersuchung (Check up)

Die hkk erstattet die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung nach Vollendung des 15. Lebensjahres und vor Vollendung des 35. Lebensjahres in Höhe von 80 v. H., insgesamt jedoch maximal 200 Euro je Versicherten innerhalb von 2 Kalenderjahren. Voraussetzung ist, dass die Leistung im Einzelfall von einem zugelassenen Vertragsarzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt erbracht wird und diese bei bereits bestehenden Risikofaktoren notwendig ist (z. B. bei Übergewicht, Bewegungsmangel), um eine Schwächung der Gesundheit, die in

absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen. § 23 Abs. 2 Satz 1 ist zu berücksichtigen.

#### (4) Hautkrebsscreening

Die hkk erstattet die Kosten für ein Hautkrebsscreening, mit Ausnahme der Auflichtmikroskopie, nach Vollendung des 18. Lebensjahres und vor Vollendung des 35. Lebensjahres in Höhe von 80 v. H., insgesamt jedoch maximal 200 Euro je Versicherten innerhalb von 2 Kalenderjahren. Voraussetzung ist, dass die Leistung im Einzelfall von einem zugelassenen Vertragsarzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt erbracht wird und diese bei bereits bestehenden Risikofaktoren (z. B. bei familiären Vorerkrankungen) notwendig ist, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen. § 23 Abs. 2 Satz 1 ist zu berücksichtigen.

6. In **§ 25 c Absatz 2** wird folgender Satz 5 angefügt:

„ § 23 Abs. 2 Satz 1 ist zu berücksichtigen.“

7. Folgender **§ 25 e** wird eingefügt:

#### **„§ 25 e**

#### **Künstliche Befruchtung**

Über die in § 27 a SGB V definierte Kostenbeteiligung hinaus besteht für das Ehepaar bei Durchführung einer

- In-vitro-Fertilisation oder einer
- Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion

Anspruch auf einen weitergehenden Zuschuss in Höhe von 80 v. H., maximal 200 Euro je Versuch, maximal für 3 Versuche. Voraussetzung ist, dass beide Ehepartner bei der hkk versichert sind. § 23 Abs. 2 Satz 1 ist zu berücksichtigen.“

8. **§ 38 Absatz 2** wird wie folgt geändert:

a. In Satz 1 werden die Worte „ und dessen nach § 10 SGB V familienversicherte Angehörige“ gestrichen.

b. Satz 4 wird gestrichen.

9. Die Anlage zur Satzung „Tarifbedingungen für den hkk-Selbstbehalt“ erhält folgende Fassung:

„

**Anlage zur Satzung der hkk**

**Tarifbedingungen  
für den  
hkk-Selbstbehalttarif**

**Stand: 01. Januar 2014**

# Tarifbedingungen – hkk-Selbstbehalttarif

Mit dem hkk-Selbstbehalttarif möchte die hkk die Option, die der § 53 Abs. 1 SGB V bietet, für ihre Mitglieder nutzen. Danach kann die Krankenkasse in ihrer Satzung einen Wahltarif vorsehen, in dem die Mitglieder jeweils für ein Jahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen. Teilnehmende Mitglieder binden sich sowohl an die Teilnahme als auch an die hkk für mindestens drei Jahre (§ 53 Abs. 8 SGB V).

Diese Teilnahmebedingungen sind aus Vereinfachungsgründen in der männlichen Form verfasst. Sie beziehen sich natürlich auf beide Geschlechter.

## 1. Teilnahmevoraussetzungen

Die Teilnahme ist freiwillig. Sie wird vom Mitglied durch Unterzeichnung einer schriftlichen Teilnahmeerklärung (s. Anlage) erklärt.

Den Selbstbehalttarif kann nutzen,

- wer in der hkk Mitglied sowie
- volljährig ist und
- dessen Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden.

Als Beitrag gilt hierbei der Krankenversicherungsbeitrag abzüglich von dritter Seite zu zahlender Zuschüsse. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, sind nicht teilnahmeberechtigt.

Mitglieder, für die eine Anwartschaftsversicherung besteht, können am Selbstbehalttarif nicht teilnehmen.

Die Voraussetzungen für eine Teilnahme müssen zu Beginn eines jeden Bindungszeitraums (s. Ziffer 3. und 4.), die Mitgliedschaft in der hkk muss während des gesamten Bindungszeitraums, vorliegen. Ändert sich an dieser Situation bei Fortbestehen der Mitgliedschaft im Verlauf der Teilnahme ein relevantes Kriterium (z. B. Einkommen), so wird der Tarif dennoch zu den vereinbarten Bedingungen bis zum automatischen Ende fortgesetzt. Eine Sonderkündigung kommt nur in besonderen Situationen (vgl. Ziffer 3.2./3.3./4.3.) in Betracht. Soweit die Voraussetzungen für die Tarifteilnahme zu Beginn einer gewünschten Verlängerung nicht vorliegen, endet der Tarif automatisch und kann nicht verlängert werden. Endet die Mitgliedschaft (z. B. Ende kraft Gesetz), so endet die Tarifteilnahme.

## 2. Tarifbeginn und Tarifende

Die Selbstbehalttarif wird zum 01.01.2008 eingeführt. Der Tarif läuft zeitlich grundsätzlich unbefristet. Übergeordnete außerordentliche Gründe wie Rechtsänderungen oder mangelnde Wirtschaftlichkeit können allerdings zu Anpassungen der Tarifbedingungen oder der Beendigung des Tarifes führen. Gleiches gilt für eine Weisung der Aufsicht.

Die hkk hat die Wirtschaftlichkeit des Tarifes jährlich zu überprüfen und gegenüber der Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Sollte sich zeigen, dass die Wirtschaftlichkeit nicht gegeben ist, kann der Tarif jederzeit durch die hkk beendet werden.

Außerdem kann die hkk die Tarifbedingungen jederzeit einseitig ändern oder ergänzen. Die hkk hat Änderungen den Tarif-Teilnehmern rechtzeitig bekannt zu geben. In diesem Fall genießen die Versicherten für die Dauer von zwei Monaten nach Erhalt der geänderten Tarifinformation ein Sonderkündigungsrecht.

Die Beendigung des Tarifes sowie Änderungen der Tarifbedingungen bedürfen der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde.

### 3. Beginn und Ende der Teilnahme, Tarifbindung

#### 3.1. Beginn der Teilnahme

Die Wahl des Tarifes ist zum 1. des Folgemonats möglich. Zu diesem Zeitpunkt müssen die Voraussetzungen für die Teilnahme vorliegen. Ändern sich die Verhältnisse während der Teilnahme, wird der Tarif bis zum nächsten automatischen Ende unverändert fortgesetzt. In Ausnahmen kann durch eine wirtschaftliche Notlage ein vorzeitiges Ende zustande kommen.

#### 3.2. Ende der Teilnahme

Die Teilnahme am Tarif endet grundsätzlich automatisch. Das früheste Ende ist nach der dreijährigen Mindestbindung zum 31.12. des betreffenden Jahres bzw. nach dem Ende der Verlängerungszeit. Ausgenommen sind Situationen, in denen die Mitglieder in eine unvorhersehbare wirtschaftliche Notlage kommen (z. B. Arbeitslosengeld II).

#### 3.3. Sonderkündigungsrecht

In besonderen Situationen haben teilnehmende Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht. Das gilt insbesondere für Härtefälle und bei belastenden Änderungen der Tarifbedingungen. Die hkk besitzt gegenüber den Teilnehmern kein individuelles Kündigungsrecht. Die hkk hat das Recht zur Sonderkündigung der Teilnahme eines Mitglieds am Tarif, sofern das Mitglied nicht nur unerheblich gegen die Teilnahmebedingungen verstößt. Die weitere Teilnahme ist mit Wirkung ab Zugang der Sonderkündigung beim Mitglied ausgeschlossen. Das Mitglied ist verpflichtet, an die hkk den Selbstbehalt in voller Höhe unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme und unabhängig vom Zeitpunkt der Kündigung für das betreffende Kalenderjahr zu zahlen. Der Anspruch der hkk wird mit Zugang der Kündigung fällig. Eine erneute Teilnahme am Selbstbehalttarif ist ausgeschlossen. Ein Tarifende nach Ziffer 2. bleibt davon unberührt. Bei Änderungen von Gesetzen oder Verordnungen, auf denen die Bestimmungen dieses Selbstbehalttarifs beruhen, bei den den Selbstbehalttarif betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung oder der Verwaltungspraxis des Bundesversicherungsamtes oder für den Fall der Gefährdung der Wirtschaftlichkeit, endet der Tarif. Die Abrechnung des Selbstbehalts erfolgt auch in diesem Fall spätestens bis zum 30.06. des folgenden Kalenderjahres.

#### 3.4. Fortsetzung der Teilnahme

Hat der Versicherte bereits in der Vergangenheit an dem Selbstbehalttarif teilgenommen, kann jede weitere ununterbrochene und unveränderte Teilnahme im Anschluss an die vorherige Bindung bis zum 31.12. eines Jahres zum 01.01. des Folgejahres erklärt werden, soweit im Übrigen die Teilnahmevoraussetzungen vorliegen. Der Bindungszeitraum beträgt in diesem Fall ein Jahr. Dazu ist ein schriftlicher Antrag des Mitgliedes notwendig. Liegt dieser Antrag nicht vor, so endet die Teilnahme automatisch. Liegt der Antrag fristgerecht vor, verlängert sich die Teilnahme um ein Jahr nahtlos und endet wiederum automatisch jeweils zum Ende des betreffenden Jahres.

#### 3.5. Änderungen

Innerhalb der Mindestbindung kann die Tarifstufe vom teilnehmenden Mitglied zum 1. Januar des Folgejahres angehoben werden, wenn die notwendigen Grundvoraussetzungen vorliegen (Mitgliedschaft, Beiträge werden nicht vollständig von Dritten getragen usw.). Die Änderung der Tarifstufe durch das Mitglied bedeutet eine Neueinschreibung in den Tarif und damit auch den Beginn einer neuen Mindestbindung (s. Ziffer 4.1./4.2.). Die Wahl einer niedrigeren Tarifstufe durch das Mitglied innerhalb der Mindestbindung ist nicht möglich. Im direkten Anschluss an die Mindestbindung/vorherige Bindung kann die Tarifstufe durch das Mitglied sowohl abgesenkt als auch angehoben werden, wenn alle notwendigen Grundvoraussetzungen vorliegen. Diese Änderung der Tarifstufe bedeutet eine Neueinschreibung in den Tarif und damit auch den Beginn einer neuen Mindestbindung (s. Ziffer 4.2.)

### 3.6. Erneute Teilnahme

Wurde die Teilnahme am Tarif durch das Mitglied beendet (das Mitglied hat keine Fortsetzung nach Ziffer 3.4. oder 3.5. erklärt), muss zwischen diesem Ende und einem erneuten Teilnahmebeginn mindestens ein Zeitraum von einem Kalenderjahr liegen. Mit der Neueinschreibung beginnt eine neue Mindestbindung.

## 4. Bindungszeitraum der Tarfteilnahme

### 4.1. Erstmalige Tarifwahl

Teilnehmende Mitglieder binden sich an den gewählten Tarif für die kommenden drei Jahre. Wenn das dritte Jahr unterjährig endet, dauert die Tarifbindung bis zum 31.12. des betreffenden Jahres an.

### 4.2. Verlängerung der Tarfteilnahme

Wird die Tarfteilnahme unverändert fortgesetzt, verlängert sich die Tarifbindung um ein weiteres Jahr. Wird die Tarfteilnahme dagegen verändert fortgesetzt (höhere oder niedrigere Stufe), so beginnt eine neue Tarifbindung von drei Jahren.

### 4.3. Beendigung der Tarfteilnahme in besonderen Notlagen

In wirtschaftlichen Notlagen kann individuell eine Härtefallregelung greifen. Für diese Ausnahme gibt es ein Sonderkündigungsrecht zur Vermeidung sozialer Härten, welches die hkk teilnehmenden Mitgliedern einräumt. Das teilnehmende Mitglied hat dazu einen schriftlichen Antrag an die hkk zu stellen. Als soziale Härte in diesem Zusammenhang gelten insbesondere Arbeitslosigkeit oder der Bezug von Sozialhilfeleistungen. Keine wirtschaftliche Notlage entsteht allein durch z. B. eine chronische Erkrankung.

## 5. Mitgliedschaftsbindung

Mitglieder, die am Selbstbehalttarif der hkk teilnehmen, binden sich während der Tarfteilnahme mit ihrer Mitgliedschaft an die hkk. Es besteht kein Kündigungsrecht und kein Sonderkündigungsrecht der hkk-Mitgliedschaft (z. B. bei Beitragserhöhung).

Die Mindestbindung der Mitgliedschaft beträgt drei Kalenderjahre sowie das Restjahr, in dem die Teilnahme beginnt, wenn es sich um ein anteiliges Kalenderjahr handelt.

Für den Fall, dass die hkk-Mitgliedschaft innerhalb des Bindungszeitraums kraft Gesetz endet, endet zeitgleich auch die Teilnahme des Mitglieds am Selbstbehalttarif, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.

## 6. Prämie und Selbstbehalt

Der hkk-Selbstbehalttarif hat fünf verschiedene Relationen von Prämie und Selbstbehalt p.a.:

Tarifstufe	Einkommen p.a.	Einkommen p.a.	Prämie	Selbstbehalt
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

Tabelle: Fünf Tarifstufen

Teilnehmen können Mitglieder mit niedrigen und hohen Einkommen. Jede Mitgliedergruppe, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, ist prinzipiell teilnahmeberechtigt. Mitglieder in einer Einkommensklasse, die eine hohe Prämie zulässt, können auch eine niedrigere Stufe wählen, um ihr Risiko zu reduzieren. Für die Tarifstufe ist grundsätzlich die Situation (Einkommen aus dem Vorjahr bzw. den letzten 12 Monaten) vor dem beabsichtigten Beginn der Tarifteilnahme entscheidend. Als Einkommen ist dabei die Summe der Einnahmen des Mitglieds zu verstehen, die der Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge zugrunde zu legen ist.

Für die Teilnahme wird dem Mitglied eine Prämie gewährt. Die Prämie beträgt je nach Tarifstufe zwischen 40 EUR und 500 EUR je Kalenderjahr. Der Selbstbehalt beträgt abhängig von der Tarifstufe maximal zwischen 50 EUR und 800 EUR.

Bei unterjährigem Beginn der Teilnahme werden Prämie und Selbstbehalt anteilig berechnet: Je angefangenen Kalendermonat der Teilnahme werden für die Prämie und für den Selbstbehalt ein Zwölftel des Jahresbetrages angesetzt. Bei dem Sonderkündigungsrecht (z. B. aufgrund wirtschaftlicher Notlage) wird analog verfahren.

Die Prämie ist begrenzt auf die Höhe des im entsprechenden Zeitraum vom Mitglied zu tragenden Krankenversicherungsbeitrages abzüglich von dritter Seite zu zahlender Zuschüsse.

Durch den Selbstbehalt wird das Mitglied folgendermaßen an den Kosten der von ihm in Anspruch genommenen Leistungen beteiligt: In Höhe der in einem Bindungszeitraum beanspruchten Leistungen hat die hkk gegenüber dem Mitglied Anspruch auf Erstattung der ihr entstandenen feststellbaren Kosten (Echtkosten). Gehen diese Kosten über die Höhe der in dem Bindungszeitraum gültigen Prämie hinaus, hat das Mitglied den Differenzbetrag bis zur Höhe des in dem Bindungszeitraum gültigen Selbstbehaltes zu begleichen (Erstattung). Die Erstattung beträgt damit abhängig von der Tarifstufe maximal zwischen 10 EUR und 300 EUR.

## **7. Abrechnung, Verfahren**

Die hkk hat gegenüber dem Mitglied Anspruch auf Erstattung der während der Laufzeit des Vertrages beanspruchten Leistungen. Dieser Anspruch ist auf die Höhe des Selbstbehaltes beschränkt.

Grundlage der Abrechnung sind die der hkk für das abzurechnende Kalenderjahr vorliegenden Leistungs- und Abrechnungsdaten. Für die zeitliche Zuordnung ist das Datum der Leistungsanspruchnahme bzw. das Datum der Leistungsabgabe maßgebend.

Zum Zweck der Abrechnung ermittelt die hkk für alle Teilnehmer pro Kalenderjahr sämtliche erbrachten Leistungen, die personenbezogen zugeordnet werden können.

Bis 30.06. des Folgejahres rechnet die hkk das Kalenderjahr ab. Der Teilnehmer erhält von der hkk eine Übersicht über die im vorjährigen (gegebenenfalls unterjährigen) Abrechnungszeitraum in Anspruch genommenen Leistungen und die für die Abrechnung des Selbstbehalts zugrundezulegenden Kosten. Dabei erfolgt die Nennung - in Summe - aufgeschlüsselt nach Leistungsarten. Eine Nennung von Diagnosen oder solchen Angaben, die Rückschlüsse auf Diagnosen zulassen, erfolgt nicht. Besteht ein Anspruch auf eine Prämie, so wird der entsprechende Betrag in einer Summe auf das Bankkonto überwiesen, das vom Mitglied genannt wurde. Eine Barauszahlung erfolgt nicht.

Übersteigt der vom Mitglied zu tragende Selbstbehalt die Summe der Prämie ergibt sich eine Erstattung zugunsten der hkk. Diese hat der Teilnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der entsprechenden Anforderung der hkk zu leisten und auf das von der hkk angegebene Konto zu überweisen.

Das Recht auf die Ausschüttung der Prämie sowie die Pflicht zur Erbringung des Selbstbehaltes bleiben dem Mitglied für das abgerechnete Jahr der Teilnahme auf jeden Fall erhalten, und zwar unabhängig davon, ob im Folgejahr noch eine Teilnahme am Tarif oder Mitgliedschaft bei der hkk besteht.

Um die Verwaltungsaufwände für die Leistungsanrechnung in einem wirtschaftlichen Rahmen zu halten, erfolgt die Abrechnung kalenderjährlich.

## 8. Selbstbehaltwirksame Leistungen

Eine Leistungsanspruchnahme löst grundsätzlich den Selbstbehalt aus. Dies gilt nicht für unter Ziffer 9 genannten Leistungen.

Leistungen werden grundsätzlich mit den der hkk entstandenen Eckkosten berücksichtigt (z. B. stationärer Krankenhausaufenthalt im Inland, Zahnersatz), wenn diese der Höhe nach eindeutig zugeordnet werden können. Eine Ausnahme ist gegebenenfalls die stationäre Krankenhausbehandlung im Ausland, die als Sachleistung nach Vorlage des Auslandskrankenscheins erbracht wurde. Hier werden die Kosten pauschal abgerechnet, wenn zum Abrechnungszeitpunkt die Eckkosten nicht bekannt sind. Die Höhe der Pauschale beträgt je Krankenhaustag 325 EUR.

Die Ermittlung der als Sachleistung erbrachten ambulanten ärztlichen und konservierenden zahnärztlichen Behandlungen stellt eine besondere Problematik dar. Diese Leistungen können nur teilweise versichertenbezogen zugeordnet werden. Sie werden daher für Tarifteilnehmer nicht berücksichtigt, soweit die eindeutige personenbezogene Ermittlung nicht erfolgen kann.

Das bedeutet, dass zwar die Folgekosten, die ein Arzt-/Zahnarztbesuch bewirkt, angerechnet werden, aber die eigentliche (zahn-)ärztliche Behandlung anrechnungsfrei bleibt.

Als Sachleistung erbrachte Leistungen wie z. B. ambulante Operationen im Krankenhaus oder die Versorgung mit Zahnersatz, die eindeutig zugeordnet werden können, werden dagegen berücksichtigt.

Wenn sich bei der Abrechnung mit den (Zahn-)Ärzten in der Zukunft Änderungen ergeben, die eine eindeutige Zuordnung der Kosten je Versicherten zulässt, ist dieses Vorgehen neu zu bewerten.

Das Recht des Mitglieds auf die Wahl der Kostenerstattung bleibt unbenommen.

Wurden Leistungen im Wege der Kostenerstattung erbracht, werden die von der hkk tatsächlich getragenen Kosten berücksichtigt.

## 9. Selbstbehaltunwirksame Leistungen

Auf den Selbstbehalt nicht angerechnet werden Leistungen zur Prävention und zur Krankheitsverhütung sowie ärztliche Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach dem Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und §§ 24 bis 24 b SGB V.

Zu den Früherkennungsleistungen zählen die von der hkk zu tragenden ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen (Krebsvorsorge, Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit). Die Leistungen zur Krankheitsverhütung umfassen die von der hkk zu gewährenden Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten.

Ebenfalls nicht angerechnet wird einmal jährlich eine Untersuchung zur Gesunderhaltung der Zähne (§ 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V).

Wie bereits unter Ziffer 8. beschrieben werden die als Sachleistung erbrachten ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen (mit Ausnahme der Versorgung mit Zahnersatz) als Kosten für Tarifteilnehmer nicht berücksichtigt - lediglich die Folgekosten, die ein Arzt-/Zahnarztbesuch bewirkt, werden angerechnet. Diese Handhabung ist neu zu bewerten, wenn sich an der Abrechnung (z. B. Vergütungssystematik, Datenaustausch) etwas ändert.

## 10. Änderung der Teilnahmebedingungen

Die hkk kann die Teilnahmebedingungen unter hinreichender Wahrung der Belange des teilnehmenden Mitglieds und nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde ändern oder ergänzen.

Die hkk wird von diesem Recht insbesondere Gebrauch machen bei Änderungen von Gesetzen oder Verordnungen, auf denen die Bestimmungen dieses Selbstbehalttarifs beruhen (insbesondere solchen aus dem Bereich des Gesundheitswesens oder des sozialen Leistungswesens), bei - den Selbstbehalttarif betreffenden - Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung oder der Verwaltungspraxis des Bundesversicherungsamtes, bei vorhandener oder später eintretender Unwirksamkeit einzelner Bedingungen oder wenn die Wirtschaftlichkeit des Selbstbehalttarifes ohne Änderung gefährdet würde. Ände-

## 8. Selbstbehaltwirksame Leistungen

Eine Leistungsanspruchnahme löst grundsätzlich den Selbstbehalt aus. Dies gilt nicht für unter Ziffer 9 genannten Leistungen.

Leistungen werden grundsätzlich mit den der hkk entstandenen Eckkosten berücksichtigt (z. B. stationärer Krankenhausaufenthalt im Inland, Zahnersatz), wenn diese der Höhe nach eindeutig zugeordnet werden können. Eine Ausnahme ist gegebenenfalls die stationäre Krankenhausbehandlung im Ausland, die als Sachleistung nach Vorlage des Auslandskrankenscheins erbracht wurde. Hier werden die Kosten pauschal abgerechnet, wenn zum Abrechnungszeitpunkt die Eckkosten nicht bekannt sind. Die Höhe der Pauschale beträgt je Krankenhaustag 325 EUR.

Die Ermittlung der als Sachleistung erbrachten ambulanten ärztlichen und konservierenden zahnärztlichen Behandlungen stellt eine besondere Problematik dar. Diese Leistungen können nur teilweise versichertenbezogen zugeordnet werden. Sie werden daher für Tarifeilnehmer nicht berücksichtigt, soweit die eindeutige personenbezogene Ermittlung nicht erfolgen kann.

Das bedeutet, dass zwar die Folgekosten, die ein Arzt-/Zahnarztbesuch bewirkt, angerechnet werden, aber die eigentliche (zahn-)ärztliche Behandlung anrechnungsfrei bleibt.

Als Sachleistung erbrachte Leistungen wie z. B. ambulante Operationen im Krankenhaus oder die Versorgungen mit Zahnersatz, die eindeutig zugeordnet werden können, werden dagegen berücksichtigt.

Wenn sich bei der Abrechnung mit den (Zahn-)Ärzten in der Zukunft Änderungen ergeben, die eine eindeutige Zuordnung der Kosten je Versicherten zulässt, ist dieses Vorgehen neu zu bewerten.

Das Recht des Mitglieds auf die Wahl der Kostenerstattung bleibt unbenommen.

Wurden Leistungen im Wege der Kostenerstattung erbracht, werden die von der hkk tatsächlich getragenen Kosten berücksichtigt.

## 9. Selbstbehaltunwirksame Leistungen

Auf den Selbstbehalt nicht angerechnet werden Leistungen zur Prävention und zur Krankheitsverhütung sowie ärztliche Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach dem Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und §§ 24 bis 24 b SGB V.

Zu den Früherkennungsleistungen zählen die von der hkk zu tragenden ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen (Krebsvorsorge, Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit). Die Leistungen zur Krankheitsverhütung umfassen die von der hkk zu gewährenden Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten.

Ebenfalls nicht angerechnet wird einmal jährlich eine Untersuchung zur Gesunderhaltung der Zähne (§ 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V).

Wie bereits unter Ziffer 8. beschrieben werden die als Sachleistung erbrachten ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen (mit Ausnahme der Versorgung mit Zahnersatz) als Kosten für Tarifeilnehmer nicht berücksichtigt - lediglich die Folgekosten, die ein Arzt-/Zahnarztbesuch bewirkt, werden angerechnet. Diese Handhabung ist neu zu bewerten, wenn sich an der Abrechnung (z. B. Vergütungssystematik, Datenaustausch) etwas ändert.

## 10. Änderung der Teilnahmebedingungen

Die hkk kann die Teilnahmebedingungen unter hinreichender Wahrung der Belange des teilnehmenden Mitglieds und nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde ändern oder ergänzen.

Die hkk wird von diesem Recht insbesondere Gebrauch machen bei Änderungen von Gesetzen oder Verordnungen, auf denen die Bestimmungen dieses Selbstbehalttarifs beruhen (insbesondere solchen aus dem Bereich des Gesundheitswesens oder des sozialen Leistungswesens), bei - den Selbstbehalttarif betreffenden - Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung oder der Verwaltungspraxis des Bundesversicherungsamtes, bei vorhandener oder später eintretender Unwirksamkeit einzelner Bedingungen oder wenn die Wirtschaftlichkeit des Selbstbehalttarifes ohne Änderung gefährdet würde, Ände-

## Artikel II

### Inkrafttreten

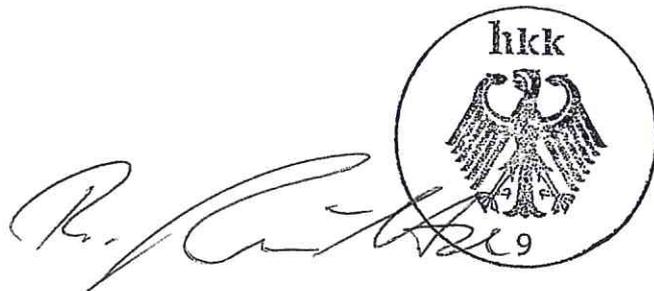
Artikel I tritt zum 1. Januar 2014 in Kraft.

Beschlossen vom Verwaltungsrat am 7. Dezember 2013

Für die Richtigkeit:



Michael Lempe  
Vorstand



Roland Schultze  
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Bremen, den 7. Dezember 2013

## Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 7. Dezember 2013 beschlossene Nachtrag Nr. 31 zur Satzung wird mit Ausnahme von Artikel I § 25 a (Schwangerschafts-/Mutterschaftsleistungen) Absatz 1 Satz 1 zweiter Spiegelstrich und insoweit zu Artikel II (Inkrafttreten) gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 Sozialgesetzbuch IV mit folgender Maßgabe genehmigt:

- In Artikel I § 25 a Absatz I Satz 1 zweiter Spiegelstrich (Geburtsvorbereitungskurse) wird vor dem Wort „Hebammen“ die Formulierung „gemäß § 134a Absatz 2 zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten“ ergänzt.

Bonn, den 18. Dezember 2013

II 3 - 59017.0 - 1359/2007

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag

