

Satzung der IKK gesund plus



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
SATZUNG DER IKK GESUND PLUS	6
ERSTER ABSCHNITT	6
Name und aufgabenstellung	6
§ 1 Name, Sitz und Bezirk	6
§ 2 Aufgabenstellung	7
ZWEITER ABSCHNITT	8
MITGLIEDSCHAFT UND FAMILIENVERSICHERUNG	8
§ 3 Versicherter Personenkreis	8
§ 3 a Kündigung der Mitgliedschaft	9
DRITTER ABSCHNITT	10
Leistungen	10
§ 4 Leistungen zur Krankheitsverhütung	10
§ 4a Leistungen der primären Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung	11
§ 4b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	14
§ 4c Bonus bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	15
§ 5 nicht besetzt	16
§ 5b Hausarztzentrierte Versorgung	17
§ 5c Besondere ambulante ärztliche Versorgung	18
§ 5d Persönliche elektronische Gesundheitsakte	20
§ 6 Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	21
§ 7 Wahltarife	22
§ 7a Selbstbehalttarif	24
§ 7b Tarif Rück plus-Prämie	27
§ 7c Zuzahlungsermäßigungen bei Teilnahme an besonderen Versorgungsformen	30
§ 7d nicht besetzt	31
§ 7e nicht besetzt	32
§ 7f Krankengeld	33
§ 7g Teilkostenerstattungstarif	37
§ 8 Zusätzliche Leistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V	38
§ 8a Osteopathie	39
§ 8b Künstliche Befruchtung	40
§ 8c Zusätzliche Vorsorgeleistungen für Schwangere	41
§ 8d Nicht verschreibungspflichtige Medikamente	43
§ 8e Zahnärztliche Behandlung für Kinder und Jugendliche	44
§ 8f Mehrleistungen für Kinder bei Kieferorthopädischer Behandlung	45

§ 8g nicht besetzt	46
§ 8h Sportmedizinische Untersuchung	47
§ 8i Leistungen von nicht zugelassenen ambulanten Leistungserbringern	48
§ 8j Nicht zugelassene Leistungserbringer - Stationäre Behandlung	49
§ 8k Sonstige Vorsorgeleistungen	50
§ 9 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe	51
§ 10 Ärztliche Zweitmeinung	52
§ 11 Teilkostenerstattung	55
§ 12 Kostenerstattung	56
§ 12a Kostenerstattung Wahlarzneimittel	57
§ 12b Kostenerstattung in einem Mitgliedsstaat der EU, einem Vertragsstaat des Abkommens über den EWR oder der Schweiz	58
§ 12c Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen	59
§ 13 Leistungsausschluss	60
VIERTER ABSCHNITT	61
Beiträge	61
§ 14 Beitragsbemessung	61
§ 14a unbesetzt	62
§ 14b Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V	63
§ 15 nicht besetzt	64
§ 16 nicht besetzt	65
§ 16a nicht besetzt	66
§ 17 Vorschüsse/Erstattungen	67
FÜNFTER ABSCHNITT	68
Besonderer Ausschuss	68
§ 18 Besonderer Ausschuss	68
SECHSTER ABSCHNITT	70
Organe	70
§ 19 Organe der IKK	70
§ 20 Verwaltungsrat	71
§ 21 Vorstand	73
§ 22 Versichertenälteste, Vertrauensleute	74
§ 23 Amtsdauer, Entschädigung und Haftung der Organmitglieder	76
§ 24 Datenschutz	77
§ 25 Auskunft an Versicherte	78
SIEBENTER ABSCHNITT	79
Verwaltung der Mittel	79
§ 26 Rücklage	79

§ 27 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung	80
ACHTER ABSCHNITT	81
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)	81
§ 28 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung	81
NEUNTER ABSCHNITT	82
Bekanntmachung und Inkrafttreten	82
§ 29 Bekanntmachung	82
§ 30 Inkrafttreten	83
ANHANG 1	86
ZUR SATZUNG DER IKK GESUND PLUS	86
ANGELEGENHEITEN DES AUSGLEICHS DER ARBEITGEBERAUFWENDUNGEN NACH DEM GESETZ ÜBER DEN AUSGLEICH VON ARBEITGEBERAUFWENDUNGEN FÜR ENTGELTFORTZAHLUNG (AAG)	86
§ 1	86
Organe, Vorsitz	86
§ 2	87
Widerspruchsstelle, Einspruchsstelle	87
§ 3	88
Haushaltsplan, Jahresrechnung	88
§ 4	89
Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	89
§ 5	90
Meldungen	90
§ 6	91
Bemessung, Nachweis und Fälligkeit der Umlage und Höhe der Erstattung	91
§ 7	93
Betriebsmittel	93
§ 8	94
§ 9	95
Inkrafttreten	95
ANHANG 2 ZUR SATZUNG DER IKK GESUND PLUS	96
Entschädigungsordnung für die Organmitglieder der IKK GESUND PLUS	96
Anhang 3 zur Satzung der IKK gesund plus, Regionale Zuständigkeit der IKK gesund plus	98
Anhang 4 zur Satzung der IKK gesund plus	113

Richtlinien zu §§ 4b und 4c	113
Anhang 5 zur Satzung der IKK gesund plus Operationen, Eingriffe und onkologische Behandlungsmethoden zu § 10	120

SATZUNG DER IKK GESUND PLUS

ERSTER ABSCHNITT NAME UND AUFGABENSTELLUNG

§ 1

§ 1

Name, Sitz und Bezirk

- (1) Die Krankenkasse führt den Namen IKK gesund plus und hat ihren Sitz in 39124 Magdeburg, Umfassungsstr. 85.

Abs. 1 in der Fassung des zweiten Nachtrages vom 01.10.2002

- (2) Darüber hinaus unterhält sie Geschäftsstellen.
- (3) Die IKK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit paritätischer Selbstverwaltung.
- (4) Der Kreis der Mitglieder der IKK erstreckt sich entsprechend dem Bezirk der Innungen in Anhang 3 zur Satzung, der Bestandteil der Satzung ist, auf das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

Abs. 4 in der Fassung des 37. Nachtrages vom 17.10.2013

§ 2

Aufgabenstellung

- (1) Die IKK versteht sich als Krankenkasse für das Handwerk. Aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.
- (2) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Dabei hilft ihnen die IKK durch Aufklärung, Beratung und Leistungen.
- (3) Die IKK berät und unterstützt die Arbeitgeber ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.

(4)

Abs. 4 nicht genehmigt

ZWEITER ABSCHNITT
MITGLIEDSCHAFT UND FAMILIENVERSICHERUNG

§ 3

§ 3

Versicherter Personenkreis

- (1) Mitglieder der IKK sind Versicherungspflichtige nach § 5 SGB V und Versicherungsberechtigte nach § 9 SGB V, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind und die IKK entsprechend den Vorschriften des SGB V gewählt wurde.
- (2) Versichert sind auch der Ehegatte, der Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und die Kinder von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind und die IKK zuständig ist bzw. bei mehrfacher Erfüllung der Voraussetzungen gewählt wurde.
- (3) Schwerbehinderte Menschen (§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V) sind beitragsberechtigt, wenn sie das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 3 i.d.F. des 50. Nachtrages vom 14.12.2016

§ 3 a

Kündigung der Mitgliedschaft

- (1) Das Mitglied ist an die Wahl der Krankenkasse mindestens achtzehn Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt.
- (2) Erhebt die IKK einen Zusatzbeitrag oder erhöht die IKK den Zusatzbeitragssatz nach § 242 Abs. 1 SGB V, ist die Kündigung der Mitgliedschaft gemäß § 175 Abs. 4 Satz V SGB V abweichend von Abs. 1 Satz 1 auch ohne Einhaltung der Bindungswirkung von achtzehn Monaten bis zum Ablauf des Monats der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrages oder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes möglich.

Abs. 2 i.d.F. des 50. Nachtrages vom 14.12.2016

- (3) Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Ist eine zur Meldung verpflichtete Stelle nicht vorhanden, ist der Nachweis gegenüber der IKK zu führen.
- (4) Freiwillig versicherte Mitglieder können die Mitgliedschaft zum Ende des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das freiwillige Mitglied die Kündigung erklärt, ohne Einhaltung der Bindungswirkung nach Abs. 1 Satz 1 kündigen, wenn keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll.
- (5) Freiwillig versicherte Mitglieder können die Mitgliedschaft ohne Einhaltung der Bindungswirkung nach Abs. 1 Satz 1 zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem ohne die freiwillige Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V bestehen würde.

DRITTER ABSCHNITT

Leistungen

§ 4

§ 4

Leistungen zur Krankheitsverhütung

- (1) Die IKK übernimmt zur Verhütung von Krankheiten, die Kosten für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, sofern nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist.
- (2) Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines nicht durch einen beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.
- (3) Die Kosten für den Impfstoff werden voll, die Kosten der ärztlichen Leistungen nach Vertragssätzen übernommen. Wenn keine vertraglichen Regelungen bestehen, übernimmt die IKK die Kosten oder gewährt Zuschüsse.
- (4) Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht bereits nach § 20d Abs. 1 SGB V besteht.

§ 4 i.d.F. des 50. Nachtrages vom 14.12.2016

§ 4a

Leistungen der primären Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) 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 beschlossenen Leitfadens „Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V“ in der jeweils gültigen Fassung Leistungen zur primären Prävention. Dabei trägt die IKK den besonderen Bedürfnissen ihrer Versichertengemeinschaft Rechnung. Leistungen der primären Prävention werden in folgenden Handlungsfeldern gewährt:

- Bewegungsgewohnheiten
 - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten
 - 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) Für Leistungen der primären Prävention, haben Versicherte ab einem Betrag von 25,00 € eine Eigenbeteiligung in Höhe von 10 v.H. zu entrichten. Für Leistungen von Fremdanbietern, sofern sie den in Abs. 1 gen. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, ist die Höhe der Erstattung abzüglich der Eigenbeteiligung nach Satz 1 auf maximal 80,- EUR je Maßnahme begrenzt. Die IKK erstattet die Kosten bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung. Die Inanspruchnahme ist auf maximal 2 Maßnahmen je Kalenderjahr begrenzt. Im Rahmen von IKK-Verträgen können abweichende Zuschussregelungen vereinbart werden.
- (3) Die IKK fördert nachhaltig angelegte Settingansätze. Auf Antrag erfolgt eine Förderung von oder Beteiligung an entsprechenden qualitätsgesicherten Projekten auf Basis der vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden ausgehend von der Ermittlung bzw. Analyse von Risikofaktoren und Gesundheitspotentialen der Beschäftigten Leistungen in folgenden Handlungsfeldern erbracht:
- Arbeitsbedingte körperliche Belastungen
 - Gruppenschulungen und -beratungen
 - arbeitsplatzbezogene praktische Anleitungen
 - Betriebsverpflegung
 - Schulung des Küchenpersonals
 - Speiseplananalysen und Umstellung des Essenangebotes
 - Beratung für Verantwortliche und Bedienstete von Verpflegungseinrichtungen
 - Informations- und Motivationskampagnen für Beschäftigte
 - Gruppenmaßnahmen zur Gewichtsreduktion und gesunden Ernährung
 - Psychosoziale Belastungen
 - stressverarbeitende Trainingsprogramme für Beschäftigte und

Führungskräfte

- praktische Übungen von Stressreduktionsmethoden und Entspannungstrainings
- Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen zum systematischen Problemlösen, Zeitmanagement und zur Arbeitsorganisation
- Betreuung von Einzelfällen innerhalb des Gruppentrainings
- Seminare für Führungskräfte zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung

- Genuss- und Suchtmittelkonsum

- Kooperation mit Beratungsstellen zur Schaffung geeigneter Strukturen im Betrieb
- Führungskräftebildungen zum Thema Sucht
- individuelle Mitarbeiterberatungen und Krisenintervention insbesondere zum Nichtrauchen
- Unterstützung der Unternehmen bei Organisationsentwicklungs- und Personalentwicklungsmaßnahmen

- (5) Die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden ohne Eigenbeteiligung erbracht.

§ 4a i.d.F. des 25. Nachtrages vom 04.05.2011

§ 4b

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Die IKK gewährt Versicherten, die sich gesundheitsbewusst verhalten, unter den in Abs. 2-4 genannten Voraussetzungen auf Antrag einen Bonus. Die Aufwendungen für diese Maßnahmen müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden. Näheres zu den Kriterien, Art und Höhe der Bonusgewährung nach den Abs. 2 - 4 wird in Richtlinien des Verwaltungsrates zu § 4b, die als Anhang 4 Bestandteil der der Satzung sind, geregelt.
- (2) Ein Bonus wird für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherten Leistungen zur primären Prävention innerhalb eines Kalenderjahres (Bonusjahr) gewährt. Zu diesem Zweck erhalten Versicherte auf Antrag ein Bonusheft. Das Bonusheft enthält Bonusschecks zur Dokumentation der Maßnahmen. Es kann bis zum Ablauf des laufenden Bonusjahres beantragt werden.
- (3) Der Bonus wird in Form von Geldzuwendungen gewährt. Die Maßnahmen nach Abs. 2 werden mit Bonuspunkten bonifiziert. Erzielte Bonuspunkte sind nicht in das nächste Bonusjahr übertragbar. Den Richtlinien nach Abs. 1 ist zu entnehmen, in welcher Höhe die einzelnen Maßnahmen bonifiziert werden und welcher Geldwert den Bonuspunkten entspricht. Die Bonusschecks des Bonusheftes sind bis zum 31.01. des Folgejahres einzureichen.
- (4) Ein Anspruch auf die Gewährung des Bonus besteht für Mitglieder und nach § 10 SGB V Versicherte nur, wenn das Mitglied zum Zeitpunkt der Auszahlung Mitglied der IKK ist und seine Mitgliedschaft nicht nach § 175 Abs. 4 SGB V gekündigt hat.

§ 4c

Bonus bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Die IKK gewährt Arbeitgebern und Versicherten, die am Bonusprogramm für betriebliche Gesundheitsförderung teilnehmen, auf Antrag des Arbeitgebers unter den Voraussetzungen der Abs. 2 – 6 einen Bonus.
- (2) Betriebe, die das IKK-Siegel für Gesundheitsförderung auf der Grundlage des Modells der European Foundation for Quality Management (EFQM) beantragt haben, können am Bonussystem teilnehmen, wenn
 - a) mindestens ein Arbeitnehmer zum Zeitpunkt des Antrages Mitglied der IKK gesund plus ist und
 - b) der Betrieb im letzten Jahr von der Antragstellung nicht mit mindestens einem Monat an Gesamtsozialversicherungsbeiträgen rückständig gewesen ist.
- (3) Die Anzahl Teilnahmeberechtigter kann von der IKK begrenzt werden. Betriebe, die bereits einen Bonus nach den Abs. 2 – 6 erhalten haben, können frühestens nach Ablauf von 2 Jahren erneut am Bonusprogramm teilnehmen.
- (4) Der Bonus ist begrenzt auf den während der Dauer der Maßnahme durchschnittlich monatlich auf die Krankenversicherung entfallenden Anteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag der bei der IKK versicherten Arbeitnehmer.
- (5) Die Bonusregelung gilt jeweils für 12 Kalendermonate. Ein Bonus wird gewährt, sofern mindestens ein bei der IKK versicherter Arbeitnehmer an den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilgenommen hat. Darüber hinaus wird ein Bonus gewährt, wenn das mit der IKK vorab vereinbarte Ziel zum Krankenstand erreicht wurde.
- (6) Näheres zu den Kriterien, Art und Höhe der Bonusgewährung nach den Abs. 2 - 5 wird in des Verwaltungsrates zu den §§ 4b und 4c, die als Anhang 4 zur Satzung Bestandteil der Satzung sind, geregelt.

Abs. 6 i.d.F. des 42. Nachtrages vom 16.07.2014

§ 4c neu eingefügt durch den 31. Nachtrag vom 19.04.2012

§ 5
nicht besetzt

- nicht besetzt

§ 5 gestr. durch den 38. Nachtrag vom 17.12.2013

§ 5b

Hausarztzentrierte Versorgung

- (1) Versicherte können an den hausarztzentrierten Versorgung der IKK nach § 73 b SGB V teilnehmen. Die Teilnahme an dieser Versorgungsform ist für die Versicherten freiwillig. Hierzu müssen sie einen an der hausarztzentrierten Versorgung der IKK beteiligten Hausarzt nach §73b Absatz 4 SGB V als Hausarzt wählen. und sich gegenüber der IKK schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Ausgenommen hiervon sind grundsätzlich Fachärzte für Gynäkologie, Kinder- und Augenärzte.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 5c

Besondere ambulante ärztliche Versorgung

- (1) Die IKK führt besondere ambulante Versorgung nach § 140a SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen durch. § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt. Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung-
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten. Die besonderen Teilnahmevoraussetzungen ergeben sich aus dem in Abs. 4 genannten Verzeichnis.
- (4) Für Versicherte, die an besonderen Versorgungsverträgen teilnehmen, kann die IKK entsprechend § 53 Abs. 3 SGB V die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen ermäßigen oder Prämienzahlungen anbieten. Voraussetzung ist, dass die jeweiligen Teilnahmebedingungen dies vorsehen und die vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an den Versorgungsverträgen erfüllt sind.
- (5) Die IKK führt ein Verzeichnis über die Versorgungsverträge nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der Versorgung sowie möglicher

Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die IKK stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 5c i.d.F. des 50. Nachtrages vom 14.12.2016

§ 5d

Persönliche elektronische Gesundheitsakte

- (1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die IKK ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- (2) Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der IKK für die Versicherten tätig wird.
- (3) Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Abs. 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die IKK.
- (4) Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 5d eingefügt durch den 55. Nachtrages vom 11.07.2018

§ 6

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Zu den übrigen Kosten ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V) wird ein Zuschuss von 16,- EURO kalendertäglich gezahlt. Der Zuschuss für chronisch kranke Kleinkinder im Alter von 1 – 5 Jahren beträgt 25,- EURO kalendertäglich.

§ 6 i.d.F. des 50. Nachtrages vom 14.12.2016

§ 7
Wahltarife

- (1) Die IKK bietet Mitgliedern und ihren nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen im Rahmen des § 53 SGB V Wahltarife nach Maßgabe der §§ 7a – 7g an.
- (2) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können den Tarif Selbstbehalt wählen. Das Nähere regelt § 7a.

Abs. 2 i.d.F. des 16. Nachtrages vom 04.12.2008

- (3) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können den Tarif Rück plus-Prämie wählen. Das Nähere regelt § 7b.

Abs. 3 i.d.F. des 40. Nachtrages vom 16.07.2014

- (4) Die IKK gewährt Mitgliedern und ihren nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen, die an besonderen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 73c, 137f oder 140a SGB V teilnehmen, Zuzahlungsermäßigungen. Das Nähere regelt § 7c.

- (5) Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V: nicht besetzt.

- (6) Zusätzliches Leistungsangebot nach § 53 Abs. 5 SGB V: nicht besetzt.

- (7) Mitglieder, deren Krankengeldanspruch gem. § 44 Abs. 2 SGB V ausgeschlossen ist, können einen Krankengeldwahltarif wählen. Das Nähere regelt § 7f.

Abs. 7 i.d.F. des 14. Nachtrages vom 17.09.2008

- (8) Mitglieder deren Umfang der Leistungen nach dem SGB V durch die Satzung beschränkt ist, können einen Teilkostenerstattungstarif wählen. Das Nähere regelt § 7g.

Abs. 8 i.d.F. des 15. Nachtrages vom 17.09.2008

- (9) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 4 beträgt drei Jahre. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, jedoch nicht mehr als 600,- Euro, bei mehreren

Tarifen 900,- Euro jährlich betragen.

§ 7 Abs. 9 i.d.F. des 45. Nachtrages vom 20.11.2014

- (10) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 4 wählen.
- (11) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden.

§ 7 eingefügt durch den zehnten. Nachtrag vom 03.04.2007

§ 7 Abs. 12 gestr. durch den 25. Nachtrag vom 04.05.2011

§ 7a
Selbstbehalttarif

- (1) Mitglieder, die einen Teil ihrer Beiträge selbst tragen, können einen Tarif wählen, in dem sie einen Teil der von der IKK für sie zu tragenden Kosten jeweils für ein Kalenderjahr selbst übernehmen (Selbstbehalt) und dafür eine Prämie von der IKK erhalten. Die Wahl ist gegenüber der IKK schriftlich zu erklären.
- (2) Die IKK bietet Selbstbehalte und Prämien in gestaffelter Höhe zur Wahl an. Das Mitglied kann
 1. bei beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von mindestens 15.000,- EUR einen Selbstbehalt von 200,- EUR wählen und erhält dafür eine Prämie von 150,- EUR (Tarifklasse 1),
 2. bei beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von mindestens 30.000,- EUR einen Selbstbehalt von 400,- EUR wählen und erhält dafür eine Prämie von 300,- EUR, (Tarifklasse 2).
- (3) Für die Wahl des Tarifes hat das Mitglied eine Erklärung über die voraussichtliche Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen ab Beginn des Tarifes und bei Beginn eines neuen Kalenderjahres abzugeben. Entsprechend der Erklärung des Mitgliedes erfolgt eine Einstufung in eine der Tarifklassen 1 oder 2. Die Erklärung gilt für das jeweilige Kalenderjahr und ist bindend für die Höhe des Selbstbehaltes. Dies gilt auch dann, wenn sich zu einem späteren Zeitpunkt ergibt, dass die voraussichtlichen oder tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen von der Erklärung abweichen. Unterschreitet die tatsächliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen die für die jeweilige Tarifklasse nach Abs. 2 maßgebende Einkommensgrenze durch Zeiten, in denen das Mitglied seine Beiträge nicht selbst trägt, wird das Mitglied rückwirkend für das Kalenderjahr in die nächst niedrigere Tarifklasse, mindestens jedoch in die Tarifklasse 1 eingestuft. Macht das Mitglied keine Angaben zur Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen für das neue Kalenderjahr, wird es entsprechend seiner ersten Erklärung eingestuft.

§ 7a Abs. 2 i.d.F. des 45. Nachtrages vom 20.11.2014

§ 7a Abs. 3 i.d.F. des 45. Nachtrages vom 20.11.2014

- (4) Erstreckt sich die Zugehörigkeit zum Selbstbehalttarif nicht auf ein ganzes Kalenderjahr, gilt für die Einstufung in eine der Tarifklassen je angefangenem Kalendermonat der Tarifzugehörigkeit 1/12 der für Tarifklassen nach Abs. 2 maßgeblichen Beträge.
- (5) Unterschreitet die tatsächliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen die für die Tarifklasse 2 maßgebende Einkommensgrenze, wird die Prämie in Höhe der Tarifklasse 1 gezahlt. Unterschreitet die tatsächliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen die Einkommensgrenze für die Tarifklasse 1, ohne dass die Voraussetzungen nach Abs. 3 Satz 5 vorliegen, wird keine Prämie gezahlt.
- § 7a Abs. 5 i.d.F. des 45. Nachtrages vom 20.11.2014
- (6) An die Wahl des Selbstbehalttarifes ist das Mitglied für drei Jahre ab Beginn der Tarifzugehörigkeit gebunden. Die Zugehörigkeit verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn das Mitglied nicht schriftlich mindestens mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf der Kündigungsfrist kündigt. Die Mitgliedschaft zur IKK kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Anlauf der Frist nach Satz 1 gekündigt werden. Ermäßigt sich die Prämie oder erhöht sich der Selbstbehalt für den Wahltarif, entfällt die Bindungsfrist, wenn der Versicherte erklärt, nicht erneut für drei Jahre an den Wahltarif gebunden sein zu wollen. Ansonsten endet die Tarifzugehörigkeit mit dem Ende der Mitgliedschaft.
- (7) Die Zugehörigkeit zum Wahltarif beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung folgenden Kalendermonat.
- § 7a Abs. 7 i.d.F. des 25. Nachtrages vom 04.05.2011
- (8) Das Mitglied kann den Selbstbehalttarif in besonderen Härtefällen vorzeitig schriftlich kündigen. Ein besonderer Härtefall liegt insbesondere bei eingetretener finanzieller Hilfsbedürftigkeit wegen des Bezuges von Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII vor. Das Vorliegen von Hilfebedürftigkeit ist durch geeignete Unterlagen nachzuweisen. Die Tarifzugehörigkeit endet in diesen Fällen mit Ablauf des Monats der Kündigung.
- (9) Auf den Selbstbehalt werden alle Leistungen mit Ausnahme der primären Prävention (§§ 20 – 20i SGB V), ambulanter Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB Abs. 1 SGB V), Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V), Individualprophylaxe (§ 22 SGB V), zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 SGB V), Schwangerenvorsorge (§ 24d SGB V) sowie vertragsärztliche und vertragszahnärztliche

Leistungen ohne Verordnungsfolgen angerechnet.

§ 7a Abs. 9 i.d.F. des 50. Nachtrages vom 14.12.2016

- (10) Auf Antrag erhält das Mitglied bei Beginn des Tarifes sowie bei Beginn eines neuen Kalenderjahres einen Vorschuss in Höhe von 50 v.H. der Prämie der gewählten Tarifklasse. Die Vorschussgewährung bei Beginn eines neuen Kalenderjahres setzt voraus, dass die Höhe der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Vorjahres die für die gewählte Tarifklasse maßgebende Einkommensgrenze nicht unterschritten hat.
- (11) Die IKK berechnet die Zahlungsverpflichtung bzw. den Zahlungsanspruch des Mitglieds durch Subtraktion des vom Mitglied zu tragenden Selbstbehalts und des gewährten Vorschusses von der dem Mitglied zu gewährenden Prämie im zweiten Quartal des Jahres nach Ablauf des Abrechnungsjahres. Dabei werden nur die während der Tarifizugehörigkeit für die Beitragsberechnung fällig werdenden beitragspflichtigen Einnahmen für die Ermittlung der Prämie und die während der Tarifizugehörigkeit anfallenden Leistungen für die Ermittlung des Selbstbehaltes berücksichtigt. Das Mitglied hat dazu die Höhe der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen durch geeignete Belege nachzuweisen, soweit der IKK die benötigten Daten nicht anderweitig zur Verfügung stehen. Ist die dem Mitglied zu zahlende Prämie höher als der Selbstbehalt und der Vorschuss, zahlt die IKK dem Mitglied den übersteigenden Betrag bis spätestens 30.09. des Jahres auf das Konto des Mitgliedes aus. Ergibt sich aus der Abrechnung nach Satz 1 eine Zahlungsverpflichtung des Mitgliedes, fordert die IKK das Mitglied bis spätestens 30.09. des Jahres mit einer Frist von 14 Tagen zur Zahlung des Betrages auf. Kommt das Mitglied seiner Zahlungsverpflichtung trotz Mahnung nicht nach, kann diese mit einem erneuten Prämienanspruch verrechnet werden.

§ 7a Abs. 11 i.d.F. des 37. Nachtrages vom 17.10.2013

- (12) Für Mitglieder, die einen Tarif nach § 7g (Teilkostenerstattungstarif) gewählt haben, reduzieren sich die Prämien und Selbstbehalte nach Abs. 2 um den Vomhundertsatz, der ihrem Beihilfeanspruch entspricht.

§ 7a eingefügt durch den 16. Nachtrag vom 04.12.2008

§ 7b**Tarif Rück plus-Prämie**

- (1) Mitglieder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können bis zum 31.12.2013 den Tarif Rück plus – Prämie wählen. Mitglieder, die den Tarif Rück plus – Prämie nach Abs. 5 S.2 gekündigt haben, können den Tarif frühestens nach Ablauf von zwei Jahren zu Beginn des darauf folgenden Kalendermonats erneut wählen. Mitglieder, die diesen Tarif gewählt haben, erhalten eine Prämie, wenn ihre Mitgliedschaft im Kalenderjahr länger als 3 Monate bestanden hat und sie und ihre familienversicherten Angehörigen ab vollendetem 18. Lebensjahr im Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der IKK mit Ausnahme der primären Prävention (§§ 20 – 20i SGB V), Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 SGB Abs. 2 SGB V), Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V), Individualprophylaxe (§ 22 SGB V), zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 SGB V) und Schwangerenvorsorge und Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung (§§ 24c bis 24i SGB V) in Anspruch genommen haben.

§ 7b Abs. 1 i.d.F. des 50. Nachtrages vom 14.12.2016

- (2) Für die Höhe der Prämien gelten die Tarifklassen 1 bis 3 mit den jeweils geltenden Einkommensgrenzen nach § 7a. Die Höhe der Prämie ist gestaffelt nach der Anzahl der Kalenderjahre ohne Leistungsanspruchnahme. Sie beträgt innerhalb von je drei Jahren

a)	nach einem leistungsfreien Jahr in der Tarifklasse 1	50,- EUR,
	in der Tarifklasse 2	100,- EUR
	und in der Tarifklasse 3	200,- EUR,
b)	nach zwei leistungsfreien Jahren in der Tarifklasse 1	75,- EUR,
	in der Tarifklasse 2	150,- EUR
	und in der Tarifklasse 3	250,- EUR,
c)	nach drei leistungsfreien Jahren in der Tarifklasse 1	100,- EUR,
	in der Tarifklasse 2	200,- EUR
	und in der Tarifklasse 3	300,- EUR.

- (3) Erstreckt sich die Zugehörigkeit zum Tarif Rück plus – Prämie nicht auf ein ganzes Kalenderjahr, gilt für die Einstufung in eine der Tarifklassen je angefangenem Kalendermonat der Tarifzugehörigkeit 1/12 der für Tarifklassen nach Abs. 2 maßgeblichen Beträge.

Abs. 3 i.d.F. des 40. Nachtrages vom 16.07.2014

- (4) Unterschreitet die tatsächliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen die für die jeweilige Tarifklasse nach Abs. 2 maßgebende Einkommensgrenze, wird die Prämie in Höhe der nächst niedrigeren Tarifklasse gezahlt. Unterschreitet die tatsächliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen die Einkommensgrenze für die Tarifklasse 1, wird eine Prämie in Höhe von 1/12 der gezahlten Beiträge, jedoch nicht mehr als die Prämie der Tarifklasse 1 gezahlt. Bei gleichzeitiger Wahl eines Tarifes nach § 7b ist die Höhe der Prämie auf insgesamt 30 v.H. der vom Mitglied getragenen Beiträge ohne den Beitragszuschuss nach § 257 Abs. 1 SGB V begrenzt.

§ 7b Abs.4 i.d.F. des 45. Nachtrages vom 20.11.2014

- (5) An die Wahl des Tarifes Rück plus – Prämie ist das Mitglied für ein Jahr ab Beginn der Tarifzugehörigkeit gebunden. Die Zugehörigkeit verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn das Mitglied nicht schriftlich mindestens mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf der Kündigungsfrist kündigt. Die Mitgliedschaft zur IKK kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Anlauf der Frist nach Satz 1 gekündigt werden. Ermäßigt sich die Prämie für den Wahltarif, entfällt die Bindungsfrist, wenn der Versicherte erklärt, nicht erneut für drei Jahre an den Wahltarif gebunden sein zu wollen. Ansonsten endet die Tarifzugehörigkeit mit dem Ende der Mitgliedschaft.

§ 7b Abs. 5 i.d.F. des 40. Nachtrages vom 16.07.2011

- (6) Die Zugehörigkeit zum Wahltarif beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung folgenden Kalendermonat.

§ 7b Abs. 6 i.d.F. des 25. Nachtrages vom 04.05.2011

- (7) Das Mitglied kann den Tarif Rück plus – Prämie in besonderen Härtefällen vorzeitig schriftlich kündigen. Ein besonderer Härtefall liegt insbesondere bei eingetretener finanzieller Hilfsbedürftigkeit wegen des Bezuges von Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII vor. Das Vorliegen von Hilfebedürftigkeit ist durch geeignete Unterlagen nachzuweisen. Die Tarifzugehörigkeit endet in diesen Fällen mit Ablauf des Monats der Kündigung.

Abs. 7 i.d.F. des 40. Nachtrages vom 16.07.2014

- (8) Die IKK ermittelt den Zahlungsanspruch des Mitglieds im zweiten Quartal des Jahres nach Ablauf des Abrechnungsjahres. Dabei werden nur die während der Tarifizugehörigkeit für die Beitragsberechnung fällig werdenden beitragspflichtigen Einnahmen für die Ermittlung der Prämie und die während der Tarifizugehörigkeit anfallenden Leistungen für die Ermittlung des Prämienanspruchs berücksichtigt. Das Mitglied hat dazu die Höhe der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen durch geeignete Belege nachzuweisen, soweit der IKK die benötigten Daten nicht anderweitig zur Verfügung stehen und zu erklären, dass es keine Leistungen mit Ausnahme der in Abs. 1 genannten in Anspruch genommen hat. Ergibt sich aufgrund von Überprüfungen der Abrechnungsunterlagen, dass das Mitglied oder ein nach § 10 SGB V versicherter Familienangehöriger entgegen der Erklärung nach Satz 3 Leistungen in Anspruch genommen hat, fordert die IKK das Mitglied unverzüglich mit einer Frist von 14 Tagen zur Rückzahlung der Prämie auf. Kommt das Mitglied seiner Zahlungsverpflichtung trotz Mahnung nicht nach, kann diese mit einem erneuten Prämienanspruch verrechnet werden.
- (9) Für Mitglieder, die einen Tarif nach § 7g (Teilkostenerstattungstarif) gewählt haben, reduzieren sich die Prämien nach Abs. 2 um den Vomhundertsatz, der ihrem Beihilfeanspruch entspricht.

§ 7b eingefügt durch den 16. Nachtrag vom 04.12.2008

Überschrift zu § 7b neu gefasst durch den 40. Nachtrag zur Satzung vom 16.07.2014

§ 7c

Zuzahlungsermäßigungen bei Teilnahme an besonderen Versorgungsformen

- (1) Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 5b teilnehmen, erhalten eine Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung, wenn die IKK dies für das jeweilige Versorgungsmodell vorsieht. Versicherte, die die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllen, erhalten dies von der IKK bestätigt. Geleistete Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen können bei wiederholten Verstößen gegen Verpflichtungen nach § 5b Abs. 1 oder 2 vom Versicherten zurückverlangt oder aberkannt werden, wenn der Versicherte zuvor schriftlich darauf hingewiesen worden ist.

Abs. 1 i.d.F. des 20. Nachtrages vom 17.09.2009

- (2) Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach den §§ 63, 137f oder 140a SGB V teilnehmen, erhalten Zuzahlungsermäßigungen in Höhe von 25 v.H. der nach den Bestimmungen des SGB V zu leistenden Zuzahlung, wenn das jeweilige Versorgungsmodell dies vorsieht.

Abs. 2 i.d.F. des 50. Nachtrages vom 14.12.2016

- (3) Die IKK führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierten Versorgungsmodelle und die integrierten Versorgung nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten/integrierten Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die IKK stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.

Abs. 3 i.d.F. des 20. Nachtrages vom 17.09.2009

§ 7d
nicht besetzt

Nicht besetzt.

**§ 7e
nicht besetzt**

Nicht besetzt.

§ 7f
Krankengeld

(1) Mitglieder, nach

1. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (hauptberuflich selbständig Erwerbstätige), sofern sie eine Erklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben und zum Zeitpunkt der Tarifwahl das 49. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
 2. § 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V (Arbeitnehmer ohne Entgeltfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall für mindestens 6 Wochen)
- und
3. nach § 46 S. 3 SGB V (Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz)

können gemäß der Abs. 2 – 13 einen Anspruch auf Krankengeld wählen.

Der Tarif kann nicht gewählt werden, solange eine Rente i.S.d. § 50 Abs. 1 Satz 1 SGB V oder eine Regelaltersrente bezogen wird.

Abs. 1 in der Fassung des 50. Nachtrages vom 14.12.2016

- (2) Die Wahl des Tarifes ist schriftlich zu erklären. Sie wirkt für Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 1 zum Beginn der Mitgliedschaft, wenn die Erklärung vor dem Beginn der das Wahlrecht begründenden Mitgliedschaft abgegeben wird, ansonsten vom Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats an, es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt. Ist das Mitglied zum Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung arbeitsunfähig erkrankt oder tritt die Arbeitsunfähigkeit zwischen dem Tag der Abgabe und des Wirksamwerdens der Wahlerklärung ein, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit

folgt. Für die Mitglieder nach Absatz 1 Nr. 2 und 3 wirkt die Wahlerklärung rückwirkend ab Beginn der Mitgliedschaft, wenn sie innerhalb der Frist nach § 175 Absatz 3 Satz 2 SGB V abgegeben wird, es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

- (3) Mitglieder sind an die Wahl des Tarifes für die Dauer von mindestens drei Jahren gerechnet ab dem Zeitpunkt des Beginns des Tarifes gebunden. Der Tarif kann mit einer Frist von einem Monat zum Ende der Bindungsfrist und danach zum Ende des auf die Kündigung folgenden Monats gekündigt werden. Abweichend davon kann der Tarif in Härtefällen zum Zeitpunkt des Beginns des Bezuges von Leistungen nach dem SGB II und dem SGB XII gekündigt werden. Außerdem kann der Tarif zum Ablauf des auf die Kündigung folgenden Kalendermonats gekündigt werden, wenn die IKK die Prämie erhöht oder den Anspruch auf Krankengeld reduziert. Der Tarif endet mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen für die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Abs. 1 entfallen, es sei denn, die Versicherung oder die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 Nr. 2 ist für längstens einen Monat unterbrochen.
- (4) Der Anspruch auf Krankengeld entsteht für Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 1 frühestens nach Ablauf von drei Monaten nach dem Beginn des Tarifes, ansonsten wahlweise ab Beginn des 22. oder des 29. Tages der Arbeitsunfähigkeit oder einer Krankenhausbehandlung oder einer Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V). Die Wahl nach Satz 1 ist zum Beginn des Tarifes zu erklären und kann mit einer Frist von einem Monat zum Beginn des folgenden Kalenderjahres erneut ausgeübt werden. Für Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 2 entsteht der Anspruch auf Krankengeld für Arbeitsunfähigkeiten, die nach dem Beginn des Tarifes eingetreten sind, ab Beginn des 29. Tages und nach Abs. 1 Nr. 3 ab Beginn des 15. Tages der Arbeitsunfähigkeit oder einer Krankenhausbehandlung oder einer Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V).

- (5) Der Anspruch auf Krankengeld endet spätestens mit dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Leistung i.S.d. Abs. 4. §§ 48 - 52 SGB V gelten entsprechend.

Darüber hinaus endet der Anspruch auf Krankengeld bei Zubilligung einer Rente nach § 50 Abs. 1 SGB V oder einer Regelaltersrente mit dem Zeitpunkt des Beginns der Rente.

- (6) Der Anspruch auf Wahltarif-Krankengeld ruht, sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, von diesem Zeitpunkt an bis zum Tage der vollständigen Entrichtung der rückständigen Prämien und der der IKK wegen der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts

(Satz 2 in der Fassung der Maßgabe des BVA zum 41. Nachtrag zur Satzung vom 16.07.2014)

- (7) Auf Krankengeld besteht kein Anspruch, wenn die Arbeitsunfähigkeit oder die stationäre Behandlung Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung sind.
- (8) Das Krankengeld berechnet sich nach § 47 SGB V. Aus dem Wahltarif-Krankengeld werden Beiträge zur Pflege- und Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung entrichtet, soweit dies auf Grund gesetzlicher Bestimmungen vorgesehen ist.
- (9) Für die Dauer der Teilnahme am Wahltarif ist eine monatliche Prämie zu entrichten. Für Teilmonate ist für jeden Tag 1/30 der monatlichen Prämie zu entrichten. Die Prämie wird für Mitglieder nach Abs.1 Nr. 1 zum gleichen Zeitpunkt, wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung und für die übrigen Mitglieder am 15. des Folgemonats fällig.
- (10) Die Prämie beträgt für

- a) Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 1 **0,6 v.H.** der beitragspflichtigen

Einnahmen nach § 240 SGB V, wenn der Anspruch auf Krankengeld am 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit beginnt und **0,8 v.H.**, wenn der Anspruch auf Krankengeld am 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit beginnt.

- b) Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 2 **0,6 v.H.** des der Beitragsberechnung zugrunde zu legen den Arbeitsentgelts und
- c) Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 3 **1,0 v.H.** der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 234 SGB V.

(11) Der IKK ist zu Beginn des Tarifes ein SEPA-Lastschriftmandat für den Einzug der Prämie zu erteilen.

(12) Für die Zeit des Bezuges von Krankengeld ist keine Prämie zu entrichten.

(13) Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs.4 SGB V frühestens zum Ende der Mindestbindungsfrist nach Abs. 3 gekündigt werden. Ein Sonderkündigungsrecht nach § 242 SGB V besteht nicht.

§ 7f in der Fassung des 41. Nachtrages vom 16.07.2014

§ 7g

Teilkostenerstattungstarif

- (1) Mitglieder, deren Anspruch auf Leistungen gem. § 11 Abs. 1 auf Erstattung des nicht von der Beihilfe gedeckten Prozentsatzes der Leistungen beschränkt (50, 70 oder 80 Prozent) ist, können eine Prämienzahlung wählen.
- (2) Die Höhe der jährlichen Prämie errechnet sich durch Multiplikation der zu entrichtenden Krankenversicherungsbeiträge mit dem Prozentsatz nach Abs. 1.
- (3) Die Prämie wird monatlich in Höhe von 1/12 der Prämie nach Abs. 2 gewährt. Sie kann gegen Ansprüche auf Krankenversicherungsbeiträge aufgerechnet werden, wenn das Mitglied zustimmt.
- (4) Der Wahltarif beginnt bei erstmaligem Antrag bis zum 31.01.2009 am 01.01.2009, ansonsten mit Beginn des auf den Antrag folgenden Kalendervierteljahres.
- (5) An den Wahltarif sind Mitglieder für mindestens drei Jahre gerechnet vom Beginn des Wahltarifes an, gebunden.

§ 7g eingefügt durch den 15. Nachtrag vom 17.09.2008

§ 8**Zusätzliche Leistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V**

Die IKK gewährt ihren Versicherten Leistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen. Darüber hinaus berät die IKK ihre Versicherten über die gesetzlichen und nach der Satzung zusätzlich bestehenden Ansprüche auf Leistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V und unterstützt ihre Versicherten bei Anträgen auf Sozialleistungen gegenüber Dritten, die über diese Ansprüche hinausgehen, im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten. Dies gilt insbesondere für Leistungen der künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V.

§ 8 i.d.F. des 45. Nachtrages vom 20.11.2014

§ 8a
Osteopathie

- (1) Versicherte der IKK können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, zu lindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten und die Behandlungsmethode nicht durch den gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.

Abs. 1 i.d.F, des 40. Nachtages vom 16.07.2014

- (2) Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung im Umfang von mindestens 1350 Stunden erfolgreich abgeschlossen hat. Ist der Leistungserbringer ordentliches Mitglied in einem Berufsverband der Osteopathen, für den die in Satz 1 genannten Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft erforderlich sind oder ist der Leistungserbringer Arzt und weist eine osteopathische Ausbildung durch ein Zertifikat nach, gilt der Nachweis für die abgeschlossene Ausbildung als erbracht.

Abs. 2 i.d.F, des 55. Nachtages vom 11.07.2018

- (3) Die IKK übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versichertem. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60,- Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen sowie ärztliche Bescheinigungen vorzulegen.

§ 8a eingefügt durch den 33.Nachtrag vom 11.10..2012

§ 8b

Künstliche Befruchtung

- (1) „Die IKK erstattet zusätzlich zu den in § 27 a SGB V geregelten Ansprüchen die Kosten für einen vierten Behandlungszyklus zur künstlichen Befruchtung in Höhe von maximal 300,- EUR.
- (2) Die Anspruchsvoraussetzungen nach § 27 a SGB V müssen abgesehen von § 27a Absatz 1 Nr. 2, 2. Halbsatz SGB V für die zusätzliche Leistung vollständig erfüllt sein.
- (3) Die Kostenerstattung erfolgt auf Grund eines vor Behandlungsbeginn genehmigten ärztlichen Behandlungsplanes und nach Vorlage der Rechnungsoriginale.
- (4) Die Leistung setzt voraus, dass beide Ehegatten bei der IKK versichert sind.

§ 8b i.d.F. des 59. Nachtrages vom 10.07.2019

§ 8c

**Schwangerschafts-/Mutterschaftsleistungen sowie medizinische
Vorsorgeleistungen**

Über die gesetzlich geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen sowie medizinische Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die IKK die Kosten für folgende durchgeführte Leistungen:

- (1) Schwangerschafts-/Mutterschaftsleistungen
 - a) 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, in der Regel innerhalb der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Rufbereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten,
 - b) von gemäß § 134a Absatz 2 zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Hebammen durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse für den Partner, sofern dieser bei der IKK versichert ist,
- (2) nachfolgende ärztliche Leistungen der medizinischen Vorsorge, die im Einzelfall bei Vorliegen eines konkreten individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken:
 - a) Nackenfaltenmessung, bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung,
 - b) Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien, bei schwangeren Frauen mit einem erhöhtem Ansteckungsrisiko (z.B. bei Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen),
 - c) Triple-Test, bei positiver Familienanamnese, auf ärztliche Empfehlung oder besonders begründeter Indikation,

- d) Ultraschalluntersuchungen, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien, z. B. bei festgestellten Auffälligkeiten,
- e) Streptokokken-Test bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen nach § 23 SGB V durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden.

- (3) Die Erstattung der einzelnen Leistungen nach Abs. 2 erfolgt gegen Vorlage der Originalrechnungen in Höhe von 80 v.H. der während der Schwangerschaft erbrachten Leistungen. Wird keine Hebammenrufbereitschaft nach Abs. 1 Buchst. a) in Anspruch genommen, beträgt die Erstattung höchstens 125,- EUR, Wird ausschließlich Hebammenrufbereitschaft nach Abs. 1 Buchst. a) in Anspruch genommen, beträgt die Kostenerstattung 250,- EUR. Bei Inanspruchnahme der Hebammenrufbereitschaft nach Abs. 1 Buchst. a) sowie einer oder mehrerer weiterer Leistungen nach den Abs. 1 und 2 beträgt die Erstattung höchstens 375,- EUR.

§ 8c i. d. F d. 59. Nachtrag vom 10.07.2019

§ 8d

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente

- (1) Die IKK erstattet Versicherten Kosten für ärztlich auf Privatrezept verordnete nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Arzneimittel in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden und die Arzneimittel nicht nach § 34 Abs. 1 S. 7 – 9 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sind.
Abs. 1 i.d.F. des 40. Nachtages vom 16.07.2014
- (2) Die IKK erstattet Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Kosten für ärztlich auf Privatrezept verordnete nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel zur Behandlung der Neurodermitis, sofern deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um die Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Arzneimittel in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden.
- (3) Die IKK erstattet die Höhe der Kosten je Arzneimittel in voller Höhe, insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100,- Euro pro Kalenderjahr und Versichertem.
- (4) Zur Erstattung sind die Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung einzureichen.
- (5) § 34 Abs. 1 Sätze 2-5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

§ 8d eingefügt durch den 33. Nachtrag vom 11.10.2012

§ 8e

Zahnärztliche Behandlung für Kinder und Jugendliche

- (1) Die IKK übernimmt für Versicherte bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres die Kosten für die Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren (Zähne 14,15,24,25, 34,35,44,45) im bleibenden Gebiss.
- (2) Die Kosten werden insgesamt in Höhe von 70 v.H. der tatsächlich entstandenen Kosten und maximal in Höhe von 80,- Euro jährlich übernommen. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen vorzulegen.

§ 8e eingefügt durch den 33. Nachtrag vom 11.10.2012

§ 8f

Mehrleistungen für Kinder bei Kieferorthopädischer Behandlung

- (1) Die IKK gewährt Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einen einmaligen Zuschuss in Höhe von 100,- Euro zur Versiegelung der Glattflächen im Rahmen der von ihr zu tragenden kieferorthopädischen Behandlung mit Multiband.
- (2) Die IKK gewährt einen Zuschuss zu den Kosten für den Einsatz einer festsitzenden Retentionsspange (sog. „festsitzender Retainer“) zu Beginn der Retentionsbehandlung, sofern diese Kosten nicht bereits als Regelleistung gem. § 28 Abs. 2 SGB V zu tragen sind. Die Kosten werden je Kiefer in Höhe von 50,- EUR, jedoch nicht mehr als in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten übernommen, wenn die IKK die Kosten für die vorherige kieferorthopädische Behandlung zuletzt getragen hat.

Abs. 2 S. 1 i.d.F. des 57. Nachtrages vom 13.12.2018

- (3) Zur Erstattung ist eine spezifizierte Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers einzureichen.

§ 8f eingefügt durch den 33. Nachtrag vom 11.10.2012

§ 8g
nicht besetzt

- nicht besetzt

§ 8g gestrichen durch den 59. Nachtrag vom 10.07.2019

§ 8h

Sportmedizinische Untersuchung

- (1) Versicherte der IKK können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund deren im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragspartnern oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.

Abs. 1 i.d.F. des 40. Nachtrages vom 16.07.2014

- (2) Die IKK erstattet 80 Prozent des Rechnungsbetrages jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Behandlung nach Abs. 1 Satz 1 und nicht mehr als 120 Euro pro Behandlungstag nach Abs. 1 Sätze 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind spezifizierte Originalrechnungen sowie ärztliche Bescheinigungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist nicht möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, nicht mindestens zwei Jahre vergangen sind.

§ 8h eingefügt durch den 33. Nachtrag vom 11.10.2012

§ 8i

Leistungen von nicht zugelassenen ambulanten Leistungserbringern

- (1) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, wenn und soweit die IKK mit nicht zugelassenen Leistungserbringern eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
- (2) Die IKK schließt unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und des Versorgungsbedarfes mit nicht zugelassenen und besonders spezialisierten und in Fachkreisen anerkannten Leistungserbringern Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer und nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossenen Leistungen, wenn die Leistungserbringer über eine Qualifikation nach dem vierten Kapitel des SGB V verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.
- (3) Die IKK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis wird nach § 29 Satz 1 Nr. 1 sowie im Internet bekanntgemacht.

Abs. 3 i.d.F. des 37. Nachtrages vom 17.10.2013

- (4) Sofern Leistungen im Wege der Kostenerstattung zu erbringen sind, gelten § 12 Abs. 1, 3 und 5 sowie § 12b entsprechend.

§ 8i eingefügt durch den 33. Nachtrag vom 11.10.2012

§ 8j

Nicht zugelassene Leistungserbringer - Stationäre Behandlung

- (1) Die IKK übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus in voller Höhe, jedoch maximal bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V, wenn Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V vorliegt und von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt verordnet wird, sofern die Behandlungsmethode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist und die IKK der Behandlung vor Behandlungsbeginn zugestimmt hat.

Abs. 1 i.d.F. des mit Maßgabe des BVA versehenen Genehmigungsbescheides zum 33. Nachtrag vom 11.10.2012

- (2) Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus gewährleistet.
- (3) Der IKK ist ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers vor Behandlungsbeginn vorzulegen. Die IKK informiert den Versicherten sowie den Leistungserbringer über die Voraussetzung, den Umfang, die Dauer und die Höhe der Kostenübernahme sowie über die Höhe des voraussichtlich zu leistenden Eigenanteils.

§ 8j eingefügt durch den 33. Nachtrag vom 11.10.2012

§ 8k

Sonstige Vorsorgeleistungen

- (1) Die IKK erstattet über die gesetzlichen Vorsorgeleistungen hinaus die Kosten für eine zusätzliche Vorsorgeuntersuchung auf der Basis von § 23 SGB V für Versicherte nach Vollendung des 18. und vor Vollendung des 35. Lebensjahres in Höhe von maximal 30,- Euro je Versicherten innerhalb von 3 Kalenderjahren, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. 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.
- (2) Die IKK erstattet Versicherten nach Vollendung des 14. und vor Vollendung des 35. Lebensjahres über die gesetzlichen Vorsorgeleistungen sowie vertraglichen Leistungen hinaus die Kosten für eine Hautkrebsvorsorgeuntersuchung auf der Basis von § 23 SGB V in Höhe von maximal 30,- Euro je Versicherten innerhalb von 2 Kalenderjahren, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Voraussetzung ist, dass die Leistung im Einzelfall von einem zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder berechtigten Hausarzt 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.
- (3) Zur Erstattung sind die Originalrechnungen vorzulegen.

§ 8k eingefügt durch den 59. Nachtrag vom 10.07.2019

§ 9

Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

- (1) Haushaltshilfe wird auch gewährt, wenn ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

§ 9 Abs. 1 eingeführt durch den 59. Nachtrages vom 10.07.2019

- (2) Haushaltshilfe wird auch geleistet, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist, ohne dass die Voraussetzungen des § 38 Abs. 1 SGB V vorliegen und die IKK die Kosten der Behandlung trägt. Die Altersgrenze nach Abs. 1 gilt entsprechend.

§ 9 Abs. 2 (vormals Abs. 1) i. d. F. 59. Nachtrages vom 10.07.2019

- (3) Der Anspruch nach Abs. 2 besteht für längstens 6 Wochen je Kalenderjahr für maximal 4 Stunden pro Tag. § 38 Abs. 4 und 5 gelten entsprechend.

§ 9 Abs. 3 i. d. F. 59. Nachtrages vom 10.07.2019

§ 10

Ärztliche Zweitmeinung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur Erforderlichkeit geplanter kardiologischer, kardiochirurgischer und orthopädischer Operationen bzw. Eingriffe sowie Operationen der und Eingriffe an den Augen. Gleiches gilt für die Überprüfung onkologischer Behandlungsmethoden.
- (2) Der Anspruch setzt voraus, dass
 - a. dem Versicherten zur Durchführung einer geplanten und in Anhang 5, Ziff. I zur Satzung der IKK aufgeführten Operation eine Krankenseinweisung, ein Überweisungsschein mit Operationsempfehlung oder eine ärztliche Bestätigung der geplanten Operation vorliegt und eine Krankenseinweisung zur Durchführung der Operation noch nicht erfolgt ist, wobei der Eingriff durch das Einbringen eines Herzkatheters wie eine Operation gewertet wird, oder
 - b. bei dem Versicherten eine in Anhang 5, Ziff. II zur Satzung der IKK aufgeführte onkologische Erkrankung als gesichert diagnostiziert wurde.
- (3) Die unabhängige ärztliche Zweitmeinung wird von Leistungserbringern, mit denen die IKK darüber eine Vereinbarung geschlossen hat, erbracht. Die IKK führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der IKK veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die IKK den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- (4) Das Zweitmeinungsverfahren beinhaltet die Auswertung der vorhandenen Befunddaten und die Bewertung der durch den behandelnden Arzt angeratenen Maßnahme durch die Vereinbarungspartner nach Abs. 3 Satz 1. Hierzu erhält der Versicherte eine ärztliche Empfehlung (Zweitmeinung). Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens nicht berücksichtigt. Die Leistungserbringer nach Satz 1 müssen über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
 2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff,
 3. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
 4. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
 5. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.
- (5) Im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 3 verpflichtet die IKK ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.
- (6) Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt. Unabhängig vom Ergebnis der unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, die geplante Operation bzw. den geplanten Eingriff oder die Behandlung durchführen zu lassen.
- (7) Die Leistung wird auf Antrag gewährt. Die IKK stellt Berechtigten vor der Inanspruchnahme eine Kostenübernahmeerklärung aus, die dem Leistungserbringer als Nachweis der Berechtigung auszuhändigen ist. Die Vergütung wird mit der Kostenübernahmeerklärung und unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet. Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die IKK in voller Höhe.

- (8) Die vorstehenden Regelungen gelten bis zur Bekanntmachung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den § 27b Abs. 2 SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V.

§ 10 i.d.F. des 49. Nachtrages vom 21.07.2016

§ 11

Teilkostenerstattung

- (1) Auf Antrag des Berechtigten nach § 14 SGB V tritt an die Stelle der nach dem SGB V vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung. Grundlage für die Erstattung sind die Kosten, die der IKK bei der 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 ab Eingang des Antrags. Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.
- (3) Wer bereits am 31.07.2001 gemäß § 14 SGB V berechtigt war und bis zum 31.07.2001 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. Für die Durchführung des Erstattungsverfahrens gelten die entsprechenden Regelungen der auf den Versicherten anwendbaren Beihilfevorschriften.
- (4) Berechtigte in diesem Sinne sind auch die Versorgungsempfänger.

§ 12**Kostenerstattung**

- (1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Hierüber haben Versicherte die IKK vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der IKK übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Nicht im vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der IKK in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung ist nur möglich, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
- (2) Das Wahlrecht nach Abs. 1 wird durch eine schriftliche Erklärung ausgeübt. Hat der Versicherte mindestens ein Kalendervierteljahr an der gewählten Kostenerstattung teilgenommen, kann er die Teilnahme jederzeit durch schriftliche Erklärung beenden.
- (3) Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich.
- (4) Die Aufwendungen des Versicherten werden bis zur Höhe der Kosten erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sachleistung entstanden wären. Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H. zu mindern. Der Verwaltungskostenabschlag ist auf maximal 40,- Euro je Rechnung begrenzt.
- (5) Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage der Originalrechnungen. Hat der Versicherte vor der Inanspruchnahme kostspieliger Leistungen Vorschüsse zu zahlen, so werden bei Vorlage der Einzahlungsbelege Abschläge auf den voraussichtlichen Erstattungsbetrag gewährt.

§ 12 i.d.F. des elften Nachtrages vom 06.12.2007

§ 12 Abs. 1 i.d.F. des 25. Nachtrages vom 04.05.2011

§ 12 Abs. 2 i.d.F. des 25. Nachtrages vom 04.05.2011

§ 12 Abs. 4 i.d.F. des 25. Nachtrages vom 04.05.2011

§ 12 Abs. 6 gestr. durch den 25. Nachtrag vom 04.05.2011

§ 12a

Kostenerstattung Wahlarzneimittel

- (1) Versicherte können anstelle eines der drei günstigsten Arzneimittel, oder wenn die IKK für das Arzneimittel einen Rabattvertrag abgeschlossen hat, ein anderes nicht nach § 34 SGB V ausgeschlossenes Arzneimittel wählen und dafür Kostenerstattung erhalten.
- (2) Der Anspruch auf Kostenerstattung nach Abs. 1 besteht höchstens in der Höhe, in der die IKK Kosten bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. § 31 Abs. 3 S.1 SGB V gilt.
- (3) Vom Erstattungsbetrag nach Abs. 2 werden für Arzneimittel, mit deren Herstellern ein Rabattvertrag nach § 130 a Abs. 8 SGB V geschlossen wurde, 30 v. H. als Abschlag für die der IKK entgangenen Vertragsrabatte abgezogen. Bei Erstattung von Kosten für Arzneimittel ohne Rabattvertrag werden pauschal 10 v. H. vom Apothekenverkaufspreis des ursprünglich verordneten Arzneimittels für höhere Kosten abgezogen.
- (4) Der nach Abs. 3 ermittelte Erstattungsbetrag vermindert sich um 5 v.H. für Verwaltungskosten.

§ 12a i.d.F. des 25. Nachtrages vom 04.05.2011

§ 12b

**Kostenerstattung in einem Mitgliedsstaat der EU, einem Vertragsstaat des
Abkommens über den EWR oder der Schweiz**

- (1) Versicherte, die Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der EU, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung in Anspruch nehmen, erhalten im Rahmen des § 13 Abs. 4 und 5 SGB V Kostenerstattung.

Abs. 1 i.d.F. des 31. Nachtrages vom 19.04.2012

- (2) Der Anspruch besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die IKK bei Erbringung als Sachleistung abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen im Inland zu tragen hätte. Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für Verwaltungskosten sowie um 5 v.H., höchstens jedoch um 40 Euro zu mindern.

Abs. 2 i.d.F. des 59. Nachtrages vom 10.07.2019

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

(vormals) § 12a i.d.F. des ersten Nachtrages vom 15.04.2004
aus § 12a wurde durch den 25. Nachtrag zur Satzung vom 04.05.2011 § 12b
Überschrift zu § 12b neu gefasst durch den 31. Nachtrag vom 19.04.2012

§ 12c

Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen

Die IKK kann ihren Versicherten den Abschluss von privaten Zusatzversicherungsverträgen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln. Gegenstand dieser Verträge können insbesondere die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, der Ein- oder Zweibettzimmerzuschlag im Krankenhaus, Auslandsrankenversicherung sowie weitere das Leistungsangebot der IKK ergänzende Krankenversicherungsleistungen sein.

(vormals) § 12b seit der Fassung des elften Nachtrages vom 06.12.2007, vorher § 12d, 12b und § 12c wurden gestrichen
aus § 12b wurde durch den 25. Nachtrag zur Satzung vom 04.05.2011 § 12c

§ 13

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 aufgrund dieser Versicherung als Familienversicherte nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen, haben keinen Anspruch auf Leistungen. Die IKK kann vom Versicherten nach § 50 SGB X Ersatz für Leistungen fordern, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden.
- (2) Der Tatbestand der missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme im Sinne des § 52a SGB V ist insbesondere dann gegeben, wenn der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland lediglich begründet wird, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.
- (3) Die IKK fordert Informationen und Belege sowie eine Bestätigung der betroffenen Person darüber ein, dass der Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V nicht dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Familienversicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die betroffene Person ist bei der vorgenannten Prüfung zur Mitwirkung verpflichtet. Kann aufgrund fehlender oder unzureichender Mitwirkung nicht geklärt werden, ob ein Leistungsausschluss nach § 52a SGB V vorliegt, werden die Leistungen entsprechend der §§ 60 ff. SGB I versagt.
- (4) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann die IKK den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zu erwarten war.

VIERTER ABSCHNITT

Beiträge

§ 14

§ 14

Beitragsbemessung

Die Beiträge zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) werden nach den durch Rechtsverordnung der Bundesregierung festgelegten Vomhundertsätzen der beitragspflichtigen Einnahmen (§§ 241 und 243 SGB V) bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung berechnet.

§ 14 i.d.F. des 18. Nachtrages zur Satzung vom 05.05.2009

§ 14a
unbesetzt

- unbesetzt -

§ 14a gestr. durch den 50. Nachtrag vom 14.12.2016

§ 14b

Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V

- (1) Die IKK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt **0,6 %** monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 14b eingefügt durch 43. Nachtrag vom 20.11.2014

§ 15

§ 15 nicht besetzt

- nicht besetzt.

§ 15 gestrichen durch den 18.Nachtrag zur Satzung vom 06.05.2009

§ 16
nicht besetzt

- nicht besetzt

§ 16 gestrichen durch den 45. Nachtrag vom 20.11.2014

§ 16a
nicht besetzt

- nicht besetzt.

§ 16 a gestrichen durch den 38. Nachtrag vom 17.12.2013

§ 17

Vorschüsse/Erstattungen

Von Arbeitgebern,

1. die länger als einen Monat mit der Beitragszahlung im Verzug sind oder sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
2. die sich nur vorübergehend im Kassenbezirk aufhalten,

können Vorschüsse in Höhe der Beiträge für je einen Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

FÜNFTER ABSCHNITT
Besonderer Ausschuss

§ 18

§ 18
Besonderer Ausschuss

- (1) Der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird besonderen Ausschüssen übertragen (§ 36 a Abs. 1 SGB IV). Sie sind auch Einspruchsstelle nach den Bußgeldvorschriften des SGB und nehmen die Aufgaben der Verwaltungsbehörde nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat.
- (2) Jeder Widerspruchsausschuss besteht aus je einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber. Jedes Mitglied hat einen Stellvertreter. Jeder Widerspruchsausschuss wählt aus seiner Mitte den alternierenden Vorsitzenden. Der Vorsitz wechselt zwischen den alternierenden Vorsitzenden jeweils am 01.01. eines Jahres.
- (3) Der Verwaltungsrat bestellt die Mitglieder und ihre Stellvertreter. Die Amtsdauer richtet sich nach § 58 Abs. 2 SGB IV. Zu Mitgliedern der Widerspruchsstelle dürfen nur Personen bestellt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied der IKK erfüllen.
- (4) Der Verwaltungsrat hat ein Mitglied der Widerspruchsstelle durch Beschluss von seinem Amt zu entbinden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt oder wenn die Voraussetzungen der Wählbarkeit nicht vorgelegen haben oder nachträglich weggefallen sind. Jedes Mitglied hat dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates unverzüglich Veränderungen anzuzeigen, die seine Wählbarkeit berühren. Verstößt ein Mitglied der Widerspruchsstelle in grober Weise gegen seine Amtspflichten, hat der Verwaltungsrat das Mitglied durch Beschluss seines Amtes zu entheben. Der Verwaltungsrat kann die sofortige Vollziehung des Beschlusses anordnen. Die Anordnung hat die Wirkung, dass das Mitglied sein Amt nicht ausüben kann. Für stellvertretende Mitglieder der Widerspruchsausschusses gelten diese Regelungen entsprechend.
- (5) Für die Beratung und die Beschlussfassung gelten die Regelungen der §§ 63 und 64 SGB IV entsprechend.

- (6) Die Entschädigung der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse richtet sich nach Anhang 2 zur Satzung (Entschädigungsregelung für die Organmitglieder der IKK gesund plus).

§ 18 i.d.F. d. 53. Nachtrages vom 06.12.2017

SECHSTER ABSCHNITT

Organe

§ 19

§ 19

Organe der IKK

- (1) Organe der IKK sind der Verwaltungsrat und der Vorstand. Sie wirken bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben vertrauensvoll zusammen.
- (2) Selbstverwaltungsorgan der IKK ist der Verwaltungsrat.

§ 20

Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat besteht aus je 13 Mitgliedern der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter.
- (2) Die Wahl des Vorsitzenden des Verwaltungsrates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich jeweils am 01. 01. eines Jahres (§ 62 Abs. 3 SGB IV).

Abs. 2 i.d.F. d. 1. Nachtrages vom 15.04.2004

- (3) Für die Stellvertretung verhinderter Mitglieder des Verwaltungsrates gilt § 43 Abs. 2 i.V.m. § 40 SGB IV. Stellvertreter sind die als solche in der Vorschlagsliste benannten und verfügbaren Personen in der Reihenfolge ihrer Aufstellung.
- (4) Der Verwaltungsrat hat die ihm von Gesetz und Satzung zugewiesenen Aufgaben wahrzunehmen. Ihm obliegen insbesondere:
 1. Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates,
 2. Wahl des Vorstandes und Beauftragung eines leitenden Beschäftigten als Stellvertreter,
 3. Amtsenthebung und -entbindung des Vorstandes,
 4. Amtsenthebung und -entbindung von Mitgliedern des Verwaltungsrates,
 5. Anstellung, Festlegung der Vertragsbedingungen oder Auflösung des Vertrages der gewählten Vorstandsmitglieder,
 6. Überwachung des Vorstandes,
 7. Vertretung der IKK durch seine Vorsitzenden gegenüber dem Vorstand,
 8. Entscheidung über die Besetzung von Ausschüssen,
 9. Entscheidung über alle Angelegenheiten, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
 10. Beschluss der Satzung und sonstiges Recht der IKK,
 11. Feststellung des Haushaltsplans,
 12. Abnahme der Jahresrechnung,
 13. Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung,
 14. Beschluss über die vom Vorstand aufgestellte Dienstordnung und Stellenplan.

15. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung

Nr. 15 angefügt durch 12. Nachtrag vom 16.04.2008

- (5) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (6) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (7) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gem. § 41 SGB IV richtet sich nach den in Anhang 2 zu § 20 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Der Anhang 2 ist Bestandteil der Satzung.
- (8) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- (9) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt. Der Verwaltungsrat kann in Eil- und Ausnahmefällen schriftlich abstimmen. Näheres regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

§ 21

Vorstand

- (1) Der Hauptamtliche Vorstand besteht aus einer Person.
- (2) Der Vorstand verwaltet die IKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die IKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmt. Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:
 1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung zu berichten,
 3. den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung für das abgelaufene Geschäftsjahr prüfen zu lassen. Der Vorstand bestimmt den/die Prüfer für jedes Geschäftsjahr,
 6. jährlich die Jahresrechnung prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
 10. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen.

Nr. 10 angefügt durch 12. Nachtrag vom 16.04.2008

§ 22

Versichertenälteste, Vertrauensleute

- (1) Von den Vertretern der Versicherten im Verwaltungsrat können Versichertenälteste und von den Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat Vertrauensleute gewählt werden (§ 39 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB IV). Für jeden dieser Gewählten ist ein Stellvertreter zur Vertretung im Falle der Verhinderung zu wählen. Der Stellvertreter rückt bei Ausscheiden des Versichertenältesten oder des Vertrauensmannes oder der Vertrauensfrau im Amt nach. Für die Amtsdauer gilt § 58 Abs. 2 SGB IV entsprechend.
- (2) Versichertenälteste können gewählt werden für
 - a) Handwerksbetriebe,
 - b) Geschäftsstellenbereiche der IKK.
- (3) Aufgaben der Versichertenältesten sind insbesondere
 - allgemein Rat und Auskunft in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erteilen,
 - die Versicherten über die ihnen nach Gesetz und Satzung zustehenden Leistungen aufzuklären,
 - die Versicherten bei der Antragstellung auf Leistungen zu unterstützen, Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge anzuregen und zu fördern.
- (4) Vertrauensleute können gewählt werden für
 - a) Geschäftsstellenbereiche der IKK,
 - b) Innungen.

(5) Aufgaben der Vertrauensleute sind insbesondere

- die Interessen der IKK in den Betrieben wahrzunehmen,
- die Arbeitgeber in Fragen der Krankenversicherung zu beraten,
- Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anzuregen und zu fördern.

(6) Für die Entschädigungsregelung der Versichertenältesten und Vertrauensleute gilt § 41 SGB IV i. V. m. Anhang 2 Ziff. 1.1 und 1.2 zur Satzung.

Abs. 6 i.d.F. d. ersten Nachtrages vom 15.04.2004

§ 23

Amtsdauer, Entschädigung und Haftung der Organmitglieder

- (1) Für die Amtsdauer und Haftung der Mitglieder in den Selbstverwaltungsorganen gelten die §§ 42 und 58 SGB IV, für die Entschädigung § 41 SGB IV unter Beachtung des Absatzes 2.
- (2) Der Verwaltungsrat setzt auf Vorschlag des Vorstandes die Beträge für die Entschädigung der Organmitglieder im Rahmen einer Entschädigungsordnung (Anhang 2 dieser Satzung) fest. Die Entschädigungsordnung ist Bestandteil dieser Satzung.

§ 24

Datenschutz

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

§ 25

Auskunft an Versicherte

- (1) Dem Versicherten wird auf Verlangen nach § 305 Abs. 1 SGB V Auskunft erteilt; § 25 Abs. 2 SGB X gilt entsprechend.
- (2) Die Auskunft ist kostenfrei, soweit die Erfüllung des Auskunftsbegehrens nicht mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden ist.

SIEBENTER ABSCHNITT
Verwaltung der Mittel

§ 26

§ 26

Rücklage

Die Rücklage nach § 261 SGB V beträgt 75 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Zwecke.

§ 26 i.d.F. des 24. Nachtrages vom 16.06.2010

§ 27

Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und
Abnahme der Jahresrechnung

- (1) Der vom Vorstand bestimmte Prüfungsausschuss ist befugt, die IKK mindestens einmal im Jahr unvermutet zu prüfen. Die Prüfung erstreckt sich auch darauf, ob das Vermögen vorschriftsmäßig angelegt ist und wie die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden.
- (2) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt. Der Vorstand veranlasst eine externe Rechnungsprüfung. Die Abnahme der Jahresrechnung (Entlastung) erfolgt durch den Verwaltungsrat.

ACHTER ABSCHNITT

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)

§ 28

§ 28

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG richtet sich nach den näheren Bestimmungen des Anhangs 1 dieser Satzung.

NEUNTER ABSCHNITT
Bekanntmachung und Inkrafttreten

§ 29

§ 29
Bekanntmachung

Die Bekanntmachungen der IKK werden:

1. durch Aushang in den Geschäftsräumen der IKK,
2. Satzungsneufassungen und -änderungen außerdem durch vollständigen Text im Internet
3. Veröffentlichungen nach § 305b SGB V zusätzlich im Internet, im Bundesanzeiger und in der Mitgliederzeitschrift.

veröffentlicht.

Die Aushangfrist beträgt eine Woche.

Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme zu vermerken.

§ 29 i.d.F. des 38. Nachtrages vom 17.12..2013

§ 30
Inkrafttreten

Die vorstehende Fassung der Satzung tritt mit dem 01.01.2004 in Kraft.

Der erste Nachtrag zur Satzung vom 15.04.2004 tritt am 01.05.2004, § 12a am Tage nach der Genehmigung durch das BVA in Kraft.

Der zweite Nachtrag zur Satzung tritt am 01.06.2004, § 7 Abs. 3 am Tage nach der Bekanntmachung des zweiten Nachtrages in Kraft

(Abs. 3 Satz zweiter Halbsatz in der Fassung der Maßgabe des BVA zum ersten Nachtrag zur Satzung)

Der dritte Nachtrag zur Satzung tritt am 01.07.2004 in Kraft.

Der vierte Nachtrag zur Satzung tritt am 01.01.2005 in Kraft.

Der fünfte Nachtrag zur Satzung tritt am 01.07.2005 in Kraft.

Der sechste Nachtrag zur Satzung tritt am 01.01.2006 in Kraft.

Der siebte Nachtrag zur Satzung tritt am 16.04.2006 in Kraft mit der Ausnahme, dass § 6 Abs. 1 des Anhangs 1 am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft tritt.

Der achte Nachtrag zur Satzung tritt am 01.07.2006 in Kraft.

Der neunte Nachtrag zur Satzung wurde zurückgezogen.

Der zehnte Nachtrag zur Satzung tritt am 01.04.2007 in Kraft.

Der elfte Nachtrag tritt wie folgt in Kraft:

- § 5 am 01.01.2007
- §§ 3, 3a, 12, 14, 15, 16a am 01.04.2007
- §§ 4 und § 12b am 01.01.2008.

Der zwölfte Nachtrag tritt am 01.01.2008 in Kraft.

Der 13. Nachtrag tritt am 01.08.2008 in Kraft.

Der 14. und der 15. Nachtrag treten am 01.01.2009 in Kraft.

Der 16. Nachtrag tritt am 01.01.2009 in Kraft.

Der 17. Nachtrag tritt am 01.04.2009 in Kraft.

Der 18. Nachtrag tritt mit Ausnahme des Art. II (s. Inkrafttreten der Entschädigungsregelung für Organmitglieder) rückwirkend zum 01.01.2009 in Kraft.

Der 19. Nachtrag tritt am 01.08.2009 in Kraft.

Der 20. Nachtrag tritt am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft.

Der 21. Nachtrag tritt am 01.01.2010 in Kraft.

Der 22. Nachtrag tritt am 01.01.2010 in Kraft

Der 23. Nachtrag tritt am 01.01.2010 in Kraft

Der 24. Nachtrag tritt am 01.07.2010 in Kraft

Der 25. Nachtrag tritt am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft.

Der 26. Nachtrag tritt am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft.

Der 27. Nachtrag wurde zurückgezogen (VR vom 10.04.2014)

Der 28. Nachtrag tritt am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft

Der 29. Nachtrag tritt am 01.01.2012 in Kraft

Der 30. Nachtrag tritt am 01.01.2012 in Kraft

Der 31. Nachtrag tritt zu den §§ 4b und 4c am 01.01.2012 und darüber hinaus am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft.

Der 32. und der 33. Nachtrag tritt am 01.01.2013 in Kraft.

Der 34. Nachtrag tritt am 01.01.2013 in Kraft.

Der 35. Nachtrag tritt am 01.01.2013 in Kraft.

Der 36. Nachtrag tritt am 01.01.2013 in Kraft.

Der 37. Nachtrag tritt zu den §§ 1, 4, 7a, 7b. 8a und 8i am Tage nach der Bekanntmachung sowie zum Anhang 3 zur Satzung rückwirkend zum 01.01.2004 in Kraft.

Der 38. Nachtrag tritt am 01.01.2014 in Kraft

Der 39. Nachtrag tritt am 01.01.2014 in Kraft

Der 40. Nachtrag tritt zu § 8c Abs. 1 am Tage nach der Bekanntmachung und zu den übrigen Regelungen am 01.09.2014 in Kraft.

Der 40. und der 41. Nachtrag treten am 01.01.2015 in Kraft

Der 42. Nachtrag tritt am 01.01.2015 in Kraft.

Der 43. Nachtrag tritt am 01.01.2015 in Kraft.

Der 44. Nachtrag tritt am 01.01.2015 in Kraft.

Der 45. Nachtrag tritt am 01.01.2015 in Kraft.

Der 46. Nachtrag (Anhang 4) tritt am 01.01.2016 in Kraft.

Der 47. Nachtrag zur Satzung (Anhang 1) tritt am 01.01.2016 in Kraft.

Der 48. Nachtrag zur Satzung (Anhang 1) tritt am 01.01.2016 in Kraft.

Der 49. Nachtrag einschl. Anhang 5 tritt am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft.

Der 50. Nachtrag zur Satzung tritt mit Ausnahme von Art. I Nr. 9 Satz 2 am 01.01.2017 in Kraft. Art. I Nr. 9 Satz 2 tritt am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft.

Der 51. Nachtrag zur Satzung (Anhang 1) tritt am 01.01.2017 in Kraft.

Der 52. Nachtrag zur Satzung (Anhang 1) tritt am 01.07.2017 in Kraft.

Der 53. Nachtrag zur Satzung tritt am 01.01.2018 in Kraft.

Der 54. Nachtrag zur Satzung (Anhang 1) tritt am 01.01.2018 in Kraft.

Der 55. Nachtrag zur Satzung tritt am 01.08.2018 in Kraft.

Der 56. Nachtrag zur Satzung (Anhang 1) tritt am 01.01.2019 in Kraft.

Der 57. Nachtrag zur Satzung tritt am 15.01.2019 in Kraft.

Der 58. Nachtrag zur Satzung (Anhang 2) tritt rückwirkend zum 01.01.2019 in Kraft.

Der 59. Nachtrag zur Satzung tritt wie folgt in Kraft: Die Regelungen zu den Nrn. 1 und 2 sowie 4 und 5 treten am 01.10.2019, Nr. 3 am Tage nach der Bekanntmachung und Nr. 6 rückwirkend zum 11.05.2019 in Kraft.

ANHANG 1
ZUR SATZUNG DER IKK GESUND PLUS
ANGELEGENHEITEN DES AUSGLEICHS DER ARBEITGEBERAUFWENDUNGEN
NACH DEM GESETZ ÜBER DEN AUSGLEICH VON
ARBEITGEBERAUFWENDUNGEN FÜR ENTGELTFORTZAHLUNG (AAG)

§ 1

§ 1
Organe, Vorsitz

- (1) In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.
- (2) Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts Abweichendes beschließen, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates gewählt worden ist.
- (3) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat wählen jeweils aus ihrer Mitte einen stellvertretenden Vorsitzenden.

§ 2

Widerspruchsstelle, Einspruchsstelle

- (1) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat bestimmen über die Besetzung der Widerspruchsstelle und der Einspruchsstelle (§ 36 a Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB IV i.V.m. § 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG gelten entsprechend).
- (2) Die Bestimmungen der Satzung über die Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle in Angelegenheiten der Krankenversicherung gelten mit der in § 1 Abs. 1 dieses Anhangs genannten Einschränkungen.

§ 3

Haushaltsplan, Jahresrechnung

- (1) Der Vorstand hat den Entwurf des Haushaltsplanes für das folgende Geschäftsjahr den Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat zur Aufstellung vorzulegen. Die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt den Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat.
- (2) Mit der Prüfung der Jahresrechnung wird ein externer Prüfer beauftragt.
- (3) Der Vorstand hat die Jahresrechnung aufzustellen und den Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat vorzulegen. Diese haben die Jahresrechnung zu prüfen.
- (4) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat nehmen die Jahresrechnung ab und beschließen über die Entlastung des Vorstandes.

§ 4

Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

Am Ausgleichsverfahren nehmen die Arbeitgeber teil, die die Voraussetzungen nach den §§ 1 und 3 AAG erfüllen.

§ 5

Meldungen

- (1) Die Arbeitgeber haben die in den Ausgleich einbezogenen Arbeitnehmer der IKK zu melden. Das gleiche gilt für alle Änderungen des Beschäftigungsverhältnisses, die die Umlagepflicht oder die Höhe der Umlage berühren.
- (2) Die Verfahrensbeteiligten können vereinbaren, dass die für das Erstattungsverfahren maßgeblichen Unterlagen durch Datenübertragung ausgetauscht werden.

§ 6

Bemessung, Nachweis und Fälligkeit der Umlage und Höhe der Erstattung

- (1) Der Umlagesatz für das U1-Verfahren beträgt nach § 7 Abs. 2 Satz 1 AAG

- | | | |
|----|----------------------------|----------|
| a) | für die allgemeine Umlage: | 1,8 v.H. |
| b) | für die erhöhte Umlage: | 2,4 v.H. |

Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber können auf Antrag zwischen den Umlagesätzen nach Satz 1 wählen.

Abs. 1 i.d.F. des 56. Nachtrages vom 10.12.2018

- (2) Die IKK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern bei Wahl des Umlagesatzes nach Abs.1 Buchst. a) 50 v.H. und nach Buchst. b) 60 v.H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sowie Auszubildende fortgezählten Arbeitsentgelts. Damit sind auch die Beträge abgegolten, die der Arbeitgeber für die von ihm zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und der Arbeitgeberanteile an den Beiträgen zur gesetzlichen Kranken-, Renten-, und Pflegeversicherung und der Beiträge nach § 172 SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI zu entrichten hat. Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages wird das fortgezahlte Entgelt bis zu dem in § 159 SGB VI genannten Betrag berücksichtigt.

Abs. 2 i.d.F. des 52. Nachtrages vom 12.06.2017

- (3) Der Antrag nach Abs. 1 ist bei Feststellung der Teilnahme am Ausgleichsverfahren durch die IKK bis zum Ende des Monats der Feststellung, bei Beginn eines neuen Kalenderjahres bis zum Ende des Monats Januar bei der IKK einzureichen. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden. Macht der Arbeitgeber bei erneuter Antragsmöglichkeit von seinem Wahlrecht innerhalb der in Satz 1 genannten Frist keinen Gebrauch, gilt der zuletzt beantragte, bei erstmaliger Antragsmöglichkeit der erhöhte Umlagesatz nach Abs.1 Buchst. b). Wird ein Umlagesatz oder werden mehrere Umlagesätze nach Abs. 1 oder ein oder mehrere Erstattungssätze nach Abs. 2 durch Beschlussfassung des Verwaltungsrates geändert, so steht den Arbeitgebern ein Wahlrecht eines neuen Umlagesatzes bis zum Ende des Monats nach Inkrafttreten der geänderten Umlagesätze zu.

- (4) Der Umlagesatz für das U2-Verfahren beträgt 0,46 v.H.

Abs. 4 i.d.F. des 56. Nachtrages vom 10.12.2018

- (5) Die IKK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern auf Antrag 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld und des vom Arbeitgeber nach § 11 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts (Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft) sowie einen Zuschlag in Höhe von 20 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 11 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts, zur Abgeltung der vom Arbeitgeber ggf. zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und zur gesetzlichen Kranken- und Renten- und Pflegeversicherung und der Beiträge nach § 172 SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI.

- (6) Dem Arbeitgeber können auf Antrag angemessene Vorschüsse für die Erfüllung der Ansprüche auf Weiterzahlung des Arbeitsentgelts gewährt werden (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 AAG). Über die Gewährung von Vorschüssen können die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat Richtlinien erlassen.

§ 6 i.d.F. des 26. Nachtrages vom 04.05.2011

§ 7

Betriebsmittel

Zur Deckung der Ausgaben für den Ausgleich der Aufwendungen nach den U1- und U2-Verfahren werden jeweils getrennt Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen.

- nicht besetzt

§ 8 zuletzt gestrichen durch den 26. Nachtrag vom 04.05.2011

§ 9

Inkrafttreten

Der Anhang 1 in der Fassung vom 04.04.2006 tritt am 16.04.2006, § 6 Abs. 1 am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft.

ANHANG 2

ZUR SATZUNG DER IKK GESUND PLUS

ENTSCHÄDIGUNGSORDNUNG FÜR DIE ORGANMITGLIEDER DER IKK GESUND PLUS

Für die Teilnahme an Organsitzungen werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

- 1.1 Bei einer Sitzungsdauer von mehr als 8 Stunden 12,00 EUR; bei einer Sitzungsdauer von mindestens 24 Stunden 24,00 EUR; bei mehrtägigen Sitzungen am An- und Abreisetag, unabhängig von der Abwesenheitsdauer, jeweils 12,00 EUR, wenn der Arbeitnehmer an diesem, einen anschließenden oder vorhergehenden Tag außerhalb der Wohnung übernachtet. Als Sitzungsdauer gilt die Zeit der notwendigen Abwesenheit des Mitglieds von der Wohnung bzw. regelmäßigen Arbeitsstätte. Als Sitzungsdauer gilt die Zeit der notwendigen Abwesenheit des Mitglieds von der Wohnung bzw. regelmäßigen Arbeitsstätte.

Ziff. 1.1 i.d.F. des 39. Nachtrages vom 17.12.2013

- 1.2 Für Übernachtungskosten gilt eine Pauschale von 20,- EUR, sofern keine höheren tatsächlichen Kosten nachgewiesen werden. Ist im Übernachtungspreis das Frühstück enthalten, erfolgt eine Kürzung um 4,80 EUR.

- 1.3 Für Wegstrecken werden die tatsächlichen Beförderungskosten erstattet. Die Organmitglieder haben eigenverantwortlich zu prüfen, welches Beförderungsmittel am zweckmäßigsten ist. Für Bahnfahrten gilt die 2. Klasse. Flugkosten werden in Höhe der Economic- oder Touristenklasse ersetzt. Bei Benutzung des Kraftwagens wird eine Wegstreckenentschädigung in Höhe von 30 Cent pro Kilometer gezahlt.

Ziff. 1.1, 1.2 und 1.3 i.d.F. des 18. Nachtrages vom 05.05.2009

2. Der Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Abs. 3 S. 1 SGB IV) beträgt 75,- EURO je Sitzungstag.

Ziff. 2 i.d.F. des 58. Nachtrages vom 13.12.2018

- 2.1 Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand nach § 41 Abs. 3

SGB IV.

3. Zur Abgeltung von baren Auslagen, die durch die Tätigkeit außerhalb der Sitzungen entstehen, werden als Pauschbeträge gezahlt:
 - 3.1 dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates, die ihre Aufgaben gemeinsam wahrnehmen, je 81,- EURO monatlich.

Ziff. 3.1 i.d.F. des 58. Nachtrages vom 13.12.2018

4. Als Pauschbeträge für den Zeitaufwand, der für die Tätigkeit außerhalb der Sitzung erforderlich ist, erhalten:
 - 4.1 der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates, die ihre Aufgaben gemeinsam wahrnehmen, monatlich jeweils das neunfache des Betrages nach Nr. 2.

Ziff. 4.1 i.d.F. des 35. Nachtrages vom 13.12.2012

5. Die Entschädigungsordnung tritt mit dem 01.07.2004 in Kraft.
Ziff. 1.1, 1.2 und 1.3 des i.d.F. des 18. Nachtrages treten am 01.06.2009 in Kraft.

Der 23. Nachtrag tritt am 01.01.2010 in Kraft.

Der 35. Nachtrag tritt am 01.01.2013 in Kraft

Der 39. Nachtrag tritt am 01.01.2014 in Kraft

Der 58. Nachtrag tritt am 01.01.2019 in Kraft.

ANHANG 3 ZUR SATZUNG DER IKK GESUND PLUS, REGIONALE ZUSTÄNDIGKEIT DER IKK GESUND PLUS

- (1) Der Bezirk der IKK gesund plus erstreckt sich auf den Bezirk der nachstehend aufgeführten Innungen:

Sachsen-Anhalt

Brunnenbauerinnung (Land Sachsen-Anhalt)
Buchbinder-Innung in Sachsen-Anhalt
Büro-Informations-Elektronika-Innung für Sachsen-Anhalt
Innung der Textilreiniger Zerbst des Landes Sachsen-Anhalt
Kälteanlagenbauer Niedersachsen-Sachsen-Anhalt (i.d.F. d. 5. Nachtrages)
Landesinnung für Schneid- und Schleiftechnik
Zahntechniker-Innung des Landes Sachsen-Anhalt

Bernburg

Bäckerinnung
Elektroinnung
Fleischerinnung
Friseur/Kosmetikerinnung
Kfz-Innung
Malerinnung
Maurerinnung
Polsterinnung
Sanitär/Heizung/Klimainnung
Schmiede/Schlosser/Landmaschinenbauerinnung
Schneiderinnung

Bitterfeld

Bäckerinnung
Bau- und Ausbauinnung
Elektroinnung
Fleischerinnung
Friseure, Kosmetiker und Fußpfleger-Innung
Innung der Holz- und Glasverarbeitung

Kfz-Innung
Malerinnung
Metallinnung
Raumausstatter-/Sattlerinnung
Sanitär/Heizung-Klimainnung
Schornsteinfegerinnung
Schuhmacherinnung
Uhren-, Schmuck- und Zeitmeßtechnikerinnung

Bremen

Bäcker-Innung der Hansestadt Bremen
Fleischer-Innung Bremen
Friseur-Innung Bremen
Innung Sanitär-Heizung-Klima Bremen
Innung des Maler- und Lackiererhandwerks Bremen
Innung Metall Bremen
Schuhmacher-Innung Bremen
Raumausstatter- und Sattler-Innung Bremen
Elektro-Innung Bremen
Konditoren-Innung Bremen
Schornsteinfeger-Innung Bremen
Innung des Orthopädie-Schuhmacher-Handwerks Bremen
Innung des Modistenhandwerks
Glaser-Innung Bremen
Dachdecker-Innung Bremen
Landesinnung Bremen des Gebäudereiniger-Handwerks
Innung der Elektro-Handwerke Bremerhaven-Wesermünde
Büromaschinenmechaniker-Innung Bremen
Innung des Friseur-Handwerks Bremerhaven-Wesermünde
Innung des Maler- und Lackierer-Handwerks Bremerhaven-Wesermünde
Innung des Bäcker-Handwerks Bremerhaven-Wesermünde
Innung des Tischlerhandwerks Bremerhaven-Wesermünde
Fleischer-Innung Bremerhaven-Wesermünde (Stadt und Land)

Burg

Bäcker-Innung für den Landkreis Burg
Baugewerbe-Innung für den Landkreis Burg
Damenschneider-Innung für den Landkreis Burg

Elektro-Innung für den Landkreis Burg
Fleischer-Innung für den Landkreis Burg
Innung Heizung-, Sanitär- und Lüftung für den Landkreis Burg
KFZ-Innung für den Landkreis Burg
Maler-Innung für den Landkreis Burg
Metall-Innung für den Landkreis Burg
Ofensetzer-Innung für den Landkreis Burg
Tischler- und Stellmacher-Innung für den Landkreis Burg

Dessau

Bäckerinnung
Bezirksinnung des Landmaschinen-Mechanikerhandwerks Dessau (i.d.F. d. 3. Nachtrages)
Dachdeckerinnung
Elektroinnung
Glaserinnung
Konditoreninnung
Kürschnerinnung
Malerinnung
Metallinnung
Steinmetz- und Steinbildhauerinnung

Eisleben

Bäckerinnung (i.d.F. d. 4. Nachtrages)
Bauinnung
Elektroinnung
Fleischerinnung
Friseurinnung (i.d.F. d. 4. Nachtrages)
Kfz-Innung
Klempner- und Installateurinnung
Leder- und Textilinnung
Maler- und Lackiererin
Metallinnung
RFT-Innung Eisleben (i.d.F. d.4. Nachtrages)
Schneiderinnung Mansfelder Land (i.d.F. d. 4. Nachtrages)
Tischlerinnung

Gardelegen

Bau- und Ausbaugewerbeinnung Gardelegen
Bau-Innung Gardelegen
Bäcker-Innung Gardelegen
Dachdecker-Innung Gardelegen
Elektro-Innung Gardelegen
Friseur-Innung Gardelegen (i.d.F. d. 3. Nachtrages)
Maler-Innung Gardelegen
Metall-Innung Gardelegen
Rundfunk-Fernsehen-Innung Gardelegen
Raumausstatter-Innung Gardelegen
Schornsteinfeger-Innung Gardelegen
Tischler-Innung Gardelegen

Genthin

Bau-Innung Genthin
Bäcker- und Konditoren-Innung Genthin
Dachdecker-Innung Genthin
Elektro-Innung Genthin
Friseur-Innung Genthin
Klempner-, Heizungs-, Lüftungs- und Sanitär-Innung Genthin
Kfz-Innung Genthin
Metall-Innung Genthin
Maler- und Lackierer-Innung Genthin
Raumausstatter- und Schuhmacher-Innung Genthin
Schneider-Innung Genthin
Tischler-Innung Genthin

Halberstadt

Bäcker-Innung Halberstadt
Baugewerbe-Innung Halberstadt
Elektro-Innung Halberstadt
Friseur-Innung Halberstadt
Innung der Klempner/Installateure/Kupferschmiede/ Heizungsbauer
Halberstadt/Oschersleben
Innung des holz- und kunststoffverarbeitenden Handwerks Halberstadt
Innung des leder- und textilverarbeitenden Handwerks Halberstadt
Kfz-Innung Halberstadt
Maler- und Lackierer-Innung Halberstadt

Metall-Innung Halberstadt

RFT-Innung Halberstadt/Oschersleben/Wernigerode

Halle

Bäckerinnung

Bauinnung

Büromaschinenmechanikerinnung

Dachdeckerinnung

Elektroinstallateurinnung

Elektromaschinenbauerinnung

Fleischerinnung

Friseur/Kosmetikerinnung

Glaserinnung

Innung der Kachelofen- und Luftheizungsbauer

Kfz-Innung

Klempner-, Installateurinnung

Konditoreninnung

Malerinnung

Metallbauerinnung

Nähmaschinenmechanikerinnung

Orthopädie-Schuhtechnik-Innung Sachsen-Anhalt (i.d.F. d. 4. Nachtrages)

Parkett und Fußbodentechnik-Innung Nordost Halle (i.d.F. d. 3. Nachtrages)

Polsterer- und Raumausstatterinnung

Rundfunk- und Fernsehtechnikerinnung

Sattlerinnung

Schneiderinnung

Schornsteinfegerinnung

Schumacherinnung

Tischlerinnung Halle-Merseburg-Saalkreis

Uhrmacherinnung

Havelberg

Bäcker-Konditoren-Innung Havelberg

Bau-Innung Havelberg

Dachdecker-Innung Havelberg

Elektro-Innung Havelberg

Friseur-Innung Havelberg

Glaser-Innung Havelberg

Kfz-Innung Havelberg
Klempner-, Heizungs-, Lüftungs- und Sanitär-Innung Havelberg
Maler- und Lackierer-Innung Havelberg
Metall-Innung Havelberg
Schneider-Innung Havelberg
Schornsteinfeger-Innung Havelberg
Schuhmacher- und Raumausstatter-Innung Havelberg
Tischler-Innung Havelberg
Uhrmacher-Innung Havelberg

Hettstedt

Bäckerinnung
Baugewerkeinnung
Elektro-/Radio-Fernsehtechnikerinnung
Fleischerinnung
Friseurinnung
Holzverarbeitungsinnung
Kfz-Innung
Klempner-/Heizungsinnung
Leder- und Textilinnung
Malerinnung
Schlosser-/Schmiedeinnung

Klötze

Bäcker-Innung Klötze
Bau-Innung Klötze
Dachdecker-Innung Klötze
Fleischer-Innung Klötze
Friseur-Innung Klötze
Glaser-Innung Klötze
Heizungsbauer- und Sanitär-Innung Klötze
Kfz-Innung Klötze
Maler-Innung Klötze
Raumausstatter-Innung Klötze
Rundfunk-Fernsehen-Innung Klötze
Schornsteinfeger-Innung Klötze
Tischler-Innung Klötze
Uhrmacher-Innung Klötze

Köthen

Bauinnung
Elektroinnung
Friseurinnung
Holzinnung
Karosseriebauerinnung
Kfz-Innung
Klempner/Installateur- und Heizungsbauerinnung
Platten- und Fliesenlegerinnung
Rundfunk- und Fernsehtechnikerinnung
Schneiderinnung
Schornsteinfegerinnung
Vulkaniseurinnung

Magdeburg

Augenoptiker-Innung Magdeburg
Bäcker-Innung Magdeburg
Betonstein- und Terazzo-Innung für den Bezirk Magdeburg/Burg
Dachdecker-Innung Magdeburg
Damenschneider-Innung Magdeburg
Elektroinstallateur-Innung Magdeburg
Fahrzeug- und Karosseriebauer-Innung Magdeburg
Fleischer-Innung Magdeburg
Glaser-Innung Magdeburg
Innung der Gebäude- und Glasreiniger Magdeburg
Innung der Gold- und Silberschmiede Magdeburg
Innung der Vulkaniseure Magdeburg
Innung des Bauhauptgewerkes Magdeburg
Innung des Friseur- und Kosmetikhandwerks Magdeburg
Kälteanlagenbauerinnung
Kfz-Innung Magdeburg
Konditoren-Innung Magdeburg
Maler- und Lackierer-Innung Magdeburg
Metall-Innung Magdeburg
Musikinstrumentenbauer-Innung Magdeburg
Raumaustatter- und Sattler-Innung Magdeburg
RFT- und Antennenbau-Innung Magdeburg

Sanitär-, Heizungs- und Klima-Innung Magdeburg
Schornsteinfeger-Innung Magdeburg
Schuhmacher-Innung Magdeburg
Straßen- und Tiefbau-Innung Magdeburg
Tischler-Innung Magdeburg
Uhrmacher-Innung Magdeburg

Naumburg

Bäckerinnung
Bauhandwerksinnung
Böttcherinnung
Drechsler-/Holzbildbauerinnung
Elektrikerinnung
Friseurinnung
Holzhandwerksinnung
Kfz-Innung
Klempner/Sanitär/Heizungstechnik-Innung
Malerinnung
Metallhandwerksinnung
Schneiderinnung
Schornsteinfegerinnung
Schuhmacher-/Polstererinnung
Uhrmacherinnung

Osterburg

Bäcker-, Konditoren- und Müller-Innung Osterburg
Bau-Innung Osterburg
Bekleidungs-Innung Osterburg
Dachdecker-Innung Osterburg
Elektro-Innung Osterburg
Fleischer-Innung Osterburg
Glaser-Innung Osterburg
Heizungs-, Sanitär- und Klempner-Innung Osterburg
Kfz-Innung Osterburg
Maler-Innung Osterburg
Metall-Innung Osterburg
Ofenbauer- und Fliesenleger-Innung Osterburg
Rundfunk-, Fernseh-Innung Osterburg

Schornsteinfeger-Innung Osterburg
Tischler-, Sattler- und Polster-Innung Osterburg

Quedlinburg

Bäcker-Innung Harzland
Bauhauptgewerk-Innung Harzland
Dachdecker-Innung Harzland
Elektro-Innung Harzland
Fleischer-Innung Harzland
Fotografen-Innung des Bezirkes Halle
Friseur-Innung Harzland
Innung Dienstleistung und Gebäudereinigung Harzland
Innung Holz- und Kunststoff Harzland
Innung Sanitär-Heizung-Klima Harzland
Kraftfahrzeug-Innung Harzland
Maler- und Glaser-Innung Harzland
Metall-Innung Harzland
Mühlenbetriebe des Landes Sachsen-Anhalt
Raumausstattung-Innung Harzland
Schmiede-Innung Harzland
Schneider-Innung Harzland
Uhrmacher-Innung Harzland

Salzwedel

Bäcker-Innung Salzwedel
Bau-Innung Salzwedel
Dachdecker-Innung Salzwedel
Elektro-Innung Salzwedel
Fleischer-Innung Salzwedel
Friseur-Innung Salzwedel
Glaser-Innung Salzwedel
Heizungsbauer, Klempner und Installateur-Innung Salzwedel
Kfz-Innung Salzwedel
Maler-Innung Salzwedel
Metallbauer-Innung Salzwedel
Rundfunk-Fernseh-Innung Salzwedel
Schornsteinfeger-Innung Salzwedel
Tischler-Innung Salzwedel

Sangerhausen

Bäckerinnung
Bauinnung
Friseurinnung
Kfz-Innung
Malerinnung
Metallinnung
Sanitär-/Heizungsinnung
Sattlerinnung
Schneiderinnung
Tischlerinnung
Uhrmacherinnung

Schönebeck

Bäcker-Innung Schönebeck
Dachdecker-Innung Schönebeck
Elektro-Innung Schönebeck
Friseur-Innung Schönebeck
Hoch- und Tiefbau-Innung Schönebeck
Kachelofenbauer-Innung Schönebeck
Kfz-Innung Schönebeck
Maler-Innung Schönebeck
Metall-Innung Schönebeck
Raumausstatter-Innung Schönebeck
Sanitär- und Heizungs-Innung Schönebeck
Schuhmacher-Innung Schönebeck
Tischler-Innung Schönebeck

Staßfurt

Bäcker-Innung Staßfurt
Bau-Innung Staßfurt
Dachdecker-Innung Staßfurt
Elektro-Innung Staßfurt
Friseur-Innung Staßfurt
Kfz-Innung Staßfurt
Klempner- und Installateure-Innung Staßfurt
Maler- und Lackierer-Innung Staßfurt

Metall-Innung Staßfurt
Schneider-Innung Staßfurt
Steinmetz- und Steinbildhauer-Innung
Tischler-Innung Staßfurt
Uhrmacher-,Juwelier- und Fotografen-Innung Staßfurt

Stendal

Bäcker- und Konditoren-Innung Stendal
Bau-Innung Stendal
Dachdecker-Innung Stendal
Elektro-Innung Stendal
Fleischer-Innung Stendal
Friseur-Innung Stendal
Glaser-Innung Stendal
Kfz-Innung Stendal
Klempner-, Heizungs-, Lüftungs- und Sanitär-Innung Stendal
Maler- und Lackierer-Innung Stendal
Metall-Innung Stendal
Rundfunk-Fernseh-Innung Stendal
Schneider-Innung Stendal
Schornsteinfeger-Innung Stendal
Schuhmacher- und Raumausstatter-Innung Stendal
Tischler-Innung Stendal
Uhrmacher-Innung Stendal

Wanzleben

Bäcker-Innung Wanzleben/Oschersleben
Baugewerke-Innung Wanzleben
Elektro-Innung Kreis Wanzleben
Fleischer-Innung Kreis Wanzleben
Heizungs- und Sanitär-Innung Wanzleben
Innung der Raumausstatter Kreis Wanzleben
Innung des holzbe- und verarbeitenden Handwerks Kreis Wanzleben
Innung des leder- und textilverarbeitenden Handwerks Kreis Wanzleben
Innung des metallbe- und verarbeitenden Handwerks Kreis Wanzleben
Kfz-Innung Kreis Wanzleben
Maler-Innung Wanzleben

Wernigerode

Bäcker-Innung Wernigerode
Bau-Innung Wernigerode/Halberstadt/Oschersleben
Dachdecker-Innung Wernigerode/Halberstadt/Oschersleben
Damen- und Herrenschneider-Innung Wernigerode
Elektro-Innung Wernigerode
Friseur-Innung Wernigerode
Kfz-Innung Wernigerode
Klempner-Innung Wernigerode
Maler- und Lackierer-Innung Wernigerode
Metall-Innung Wernigerode
Raumausstatter-Innung Wernigerode
Schuhmacher-Innung Wernigerode
Tischler-Innung Wernigerode
Uhrmacher-Innung Wernigerode/Halberstadt/Oschersleben

Weißenfels

Bauhandwerksinnung
Dachdeckerhandwerksinnung
Friseurhandwerksinnung
Innung des holzverarbeitenden Handwerks Weißenfels/Hohenmölsen
Klempnerinnung
Malerinnung
Metallinnung
Polsterer-/Schuhmacherinnung

Wittenberg/Jessen

Bäckerinnung
Bauinnung
Elektroinnung
Fleischerinnung
Friseurinnung
Glas- und Gebäudereinigerinnung
Herren- und Damenschneiderinnung
Kfz-Innung
Malerinnung
Metallinnung
Raumausstatterinnung

Rundfunk- und Fernsehtechnikerinnung
Tischlerinnung
Uhrmacherinnung

Zeitz

Bäckerinnung
Bauinnung
Fleischerinnung (i.d.F. d. 4. Nachtrages)
Friseurinnung
Graveurinnung
Holzinnung
Kfz-Innung
Klempner-, Installateur- und Heizungsbauer-Innung (i.d.F. d. 3. Nachtrages)

Zerbst

Bäcker-, Müller-, Konditoren- und Fleischer-Innung
Bau-Innung des Landkreises Zerbst
Damen- und Herrenschneider-Innung des Landkreises Zerbst
Friseur-Innung des Landkreises Zerbst
Innung der Raumausstatter des Landkreises Zerbst
Innung des Elektro-, Radio-, Fernsehtechnik- und Antennenbau Handwerks des
Landkreises Zerbst
Innung des holzverarbeitenden Handwerks des Landkreises Zerbst
Innung des Kfz-Handwerks des Landkreises Zerbst
Metall-Innung des Landkreises Zerbst

(2) Die Zuständigkeit für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland ergibt sich mindestens aus den folgenden, den einzelnen Bundesländern zugeordneten Innungsbetrieben:

- Schleswig-Holstein: Bockholdt, Industriereinigung, Gutenbergstraße 10, 23566 Lübeck
- Schleswig-Holstein: SOEX Textil, Kampstr. 29, 23843 Bad Oldesloe
- Schleswig-Holstein: Zimmerei Andreas Johnsen, Rausdorfer Weg 1, 22969 Witzhave

- Hamburg: BÄKO Hansa eG, Schnackenburgallee 14, 22525 Hamburg
- Hamburg: Hirdes Heinrich GmbH Bauunternehmen, Bauhofstr.8, 21079 Hamburg
- Hamburg: Munters GmbH, Bautrocknung, Hans-Duncker-Str. 8, -21035 Hamburg
- Niedersachsen: Frisör Klier GmbH, Heinenkamp 2, 38444 Wolfsburg
- Niedersachsen: Kalender GmbH & Co. KG, Tief- und Rohrleitungsbau, Lavestr. 8-12, 31137 Hildesheim
- Niedersachsen: Westphal und Lange, Kunststofftechnik GmbH, Industriestraße 8 30855 Langenhagen
- Bremen: Schulz & Kröger Zahntechnik OHG, Bremen, Quintschlag 93-95, 28207 Bremen
- Bremen: Stute Verkehrs-GmbH, Hans-Böckler-Str. 48 in Bremen,
- Bremen: Suding & Soeken GmbH & Co. KG, Funkschneise 8, 28309 Bremen
- Nordrhein-Westfalen: STG Braunsberg GmbH, Rombacher Hütte 18, 44795 Bochum
- Nordrhein-Westfalen: OBZ GmbH, Halskestr. 3, 47877 Willich
- Nordrhein-Westfalen: Hans Weber Hausbau GmbH, Rheinauer Str. 12, 57482 Wenden
- Rheinland-Pfalz: Natus GmbH und Co. KG, Loebstraße 12 54292 Trier
- Rheinland-Pfalz: Bautechnik Simmern GmbH, Rödelbachstraße 1, 55469 Simmern
- Rheinland-Pfalz: Hotel Bergschlösschen GmbH, Nannhausener Straße 4, 55469 Simmern
- Saarland: FBB Förderband GmbH, 66117 Saarbrücken
- Saarland: Thomas Andreas Schneider: Elektroinstallation, Am Ring 52, 66583 Spiesen-Elversberg
- Saarland: Bernd Becker GmbH, Erdbewegungsarbeiten, Holzer Str. 58, 66265 Heusweiler
- Hessen: IWETEC GmbH, Werner-v.-Siemens-Str. 16, 36041 Fulda
- Hessen: Leisten-Schnell-GmbH, Hanauer Landstr. 195, 60314 Frankfurt am Main
- Hessen: Russek & Burkhard GmbH, Friedloser Straße 7, 36251 Bad Hersfeld
- Baden-Württemberg: BTI Befestigungstechnik GmbH & Co. KG, Salzstraße 51, 74653 Ingelfingen
- Baden-Württemberg: HAGOS e.G, Kachelofen- u. Luftheizungsbau, Industriestr. 62, 70565 Stuttgart

- Baden-Württemberg: TGS Th. Teegen Gebäudereinigung und Service GmbH, Max-Eyth-Str. 32 , 70736 Fellbach
- Bayern: Kago Wärmesysteme GmbH, Kago-Platz/Gewerbegebiet Ost, 92353 Postbauer-Heng
- Bayern: Angerer GmbH, Promenadenstr. 2a, 82467 Partenkirchen
- Bayern: GSG Knappe Gleissanierung GmbH, Taxenstr. 1, 85551 Kirchheim
- Thüringen: AUTO BENKE GmbH, Am Weißen Stieg 13, OT Stempeda, 99734 Nordhausen
- Thüringen: Pantherwerke AG, Straßenfahrzeugbau, Bonatstraße 46, 99974 Mühlhausen/Thüringen
- Thüringen: Lindner & Hinsdorf Bau GmbH, Gärtnerestraße 9, 06571 Roßleben
- Sachsen: Kühne & Nagel AG & Co. KG, Industriestr. 56, 04435 Schkeuditz
- Sachsen: Uwe Göhler, Kürschnermeister, Braustr. 4, 04420 Makranstädt
- Sachsen: Deutsche Gleis- U. Tiefbau GmbH Straße: Dösner Weg 16, 04103 Leipzig
- Sachsen-Anhalt: Michael Kreutzmann Haustechnik + Service, Zur Neuen Schule 27, 06126 Halle
- Sachsen-Anhalt: Mike Helbig GbR, Pulverbeschichtung, Grabenweg 3, 06526 Sangerhausen
- Sachsen-Anhalt: Mario Bemann Heizung & Sanitär Am Kreuzstein 13, 06528 Blankenheim
- Brandenburg: DSH Dental-Technik Stephan Haag GmbH, Gewerbegebietsstraße 1, 04895 Falkenberg/Elster
- Brandenburg: Gegenbauer Facility Management, Triftweg 18, 16547 Birkenwerder
- Brandenburg: Transporte Schnell, Mühlenweg 115 14641 Wustermark
- Berlin: urban-consult, gemeinnützige Gesellschaft für kommunale Beratung mbH, Blumberger Damm 12 – 14, 12683 Berlin
- Berlin: Rolf Illmer, Maschinen- und Gerätebau, Winckelmannstraße 47, 12487 Berlin
- Berlin: Dussmann AG & Co. KGaA, Friedrichstr. 90, 10117 Berlin
- Mecklenburg-Vorpommern: MOT-Müritzer Oberflächentechnik GmbH, Glienholzweg 4, 17207 Röbel/Müritz
- Mecklenburg-Vorpommern: SARIA Bio-Industries GmbH, An der Landwehr, 17139 Malchin
- Mecklenburg-Vorpommern: Thomas Stöpel, Montageservice, 18195 Gnewitz

ANHANG 4 ZUR SATZUNG DER IKK GESUND PLUS

RICHTLINIEN ZU §§ 4B UND 4C

TEIL A: Richtlinien zu § 4b der Satzung

Gem. § 4b Abs. 1 der Satzung der IKK beschließt der Verwaltungsrat Richtlinien zur Bonusgewährung für gesundheitsbewusstes Verhalten. Die Richtlinien haben die Kriterien, die Art und die Höhe des Bonus zu regeln.

1. Das Bonusprogramm für Versicherte der IKK gesund plus ist in drei verschiedene Altersgruppen eingeteilt:

Kids:	2 - 12 Jahre
Youngsters:	13 - 17 Jahre
Classic:	ab 18 Jahre (Erwachsene)

Bestimmte bonusrelevante Maßnahme richten sich ausschließlich an einzelne Altersgruppen. Ob eine Maßnahme in der jeweiligen Altersgruppe bonifiziert wird, ist der Tabelle in Ziff. 4 zu entnehmen.

2. Die Maßnahmen werden durch Quittungsbelege, Stempel auf den Bonusschecks und die mindestens einjährige und zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Mitgliedschaft im Sportverein oder im Fitnessclub zusätzlich durch Bescheinigung des Vereins/Clubs nachgewiesen. Für die Teilnahme an Sportaktionen genügt eine Teilnahmebescheinigung oder der Stempel auf dem Bonusscheck. Jede Maßnahme ist im Bonusjahr nur einmalig bonifizierbar.
3. Die Höhe der Boni wird nach einem Punktesystem ermittelt. Die Gesamtpunktzahl ergibt sich aus der Addition der je Maßnahme erreichten Punkte. Der Punktwert beträgt 0,20 EUR.
4. Bonifizierbare Maßnahmen und Bonuspunkte

Art der Maßnahme	Maßnahme	Pkt. classic	Pkt. Youngsters	Pkt. Kids
Früherkennung und Vorsorge	Zahnvorsorge Grundbonus	50	50	50
	Zahnvorsorge Ergänzungsbonus, Zuschuss zur durchgeführten professionellen Zahnreinigung	150	150	
	Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V (Gesundheits-Checkup)	50		
	Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 SGB V	50		
	Kinderfrüherkennungsuntersuchung nach § 26 Abs. 1 SGB V (U1 – U6)	200		
	Kinderfrüherkennungsuntersuchung nach § 26 Abs. 1 SGB V (U7 – U9) wenn die U1 – U6 durchgeführt wurden			50
	J-Untersuchung		150	
	Schutzimpfungen	50	50	50
	Geburtsvorbereitungskurs oder Rückbildungsgymnastik	175		
Primäre Prävention	aktive Mitgliedschaft im qualitätsgesicherten Fitness-Studio	250	250	
	Mitgliedschaft im Sportverein	125	100	100
	Erwerb des Sport-/Wander-/oder Schwimmbadzeichens	100	75	75
	Freiwillige Teilnahme am Gesundheitskurs auch in KITA/Schule			100
	Gesundheitskurs Bewegung	100	50	
	Gesundheitskurs Ernährung oder Entspannung oder Suchtmittelkonsum	100	50	
	Teilnahme an Sportveranstaltung des DOSB, bei denen die Qualitätskontrolle durch einen Übungsleiter gesichert ist	100	75	75

5. Mütter, deren Kinder im Bonusjahr geboren wurden, erhalten einen

gesonderten Bonus in Höhe von 500 Punkten, wenn sie alle gesetzlichen Schwangerenvorsorgeuntersuchungen gem. § 24d SGB V i.V.m. den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Anspruch genommen haben, für das Kind die Untersuchungen U1 – U3 und mindestens eine Schutzimpfung durchgeführt worden sind und das Kind zum Zeitpunkt der Auszahlung des Bonus nach Ziff. 6 ebenfalls bei der IKK versichert ist. Der Nachweis wird durch eine Bestätigung der Hebamme oder des Gynäkologen oder durch Vorlage des Mutterpasses und für die Kindermaßnahmen durch Stempel auf dem Bonusscheck erbracht. Bei Mehrlingsgeburten wird der Bonus je neugeborenem Kind gewährt.

Ziff. 5 i.d.F. des 46.Nachtrages vom 24.09.2015

6. Die Bonusregelung gilt jeweils für ein Bonusjahr. Die Bonusgewährung erfolgt nach Einreichen der zahlungsbegründenden Unterlagen. Eine Anrechnung auf das folgende Bonusjahr ist unzulässig. Die zahlungsbegründenden Unterlagen sollen bis zum 31.01. des Folgejahres bei der IKK eingereicht werden.

TEIL B: Richtlinien zu § 4c der Satzung

Gem. § 4c Abs. 6 der Satzung der IKK erlässt der Verwaltungsrat Richtlinien zur Bonusgewährung bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Richtlinien haben die Kriterien, die Art und die Höhe des Bonus zu regeln.

1. Am betrieblichen Bonusprogramm können Betriebe teilnehmen, die
 - a) mindestens einen Arbeitnehmer zum Zeitpunkt des Antrags als Mitglied bei der IKK gesund plus beschäftigt haben und
 - b) im letzten Jahr vor der Antragstellung nicht mit mindestens einem Monat am Gesamtsozialversicherungsbeitrag rückständig gewesen sind.
2. Eine Teilnahme am betrieblichen Bonusprogramm ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:
 - a) Es besteht eine schriftliche Vereinbarung zwischen der IKK gesund plus und dem Betrieb zur verpflichtenden Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung im jeweiligen Unternehmen.
 - b) Die betriebliche Gesundheitsförderung wird - soweit möglich - in den betrieblichen Alltag integriert.
 - c) Die Arbeitsbedingungen im Betrieb entsprechen den gesetzlichen Bestimmungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.
3. Das betriebliche Bonusprogramm der IKK gesund plus besteht aus zwei Modulen:
 - a) Modul IKKimpuls-Siegel

Dieses Modul richtet sich an Betriebe, die i.d.R. weniger als 50 Mitarbeiter beschäftigen. Die Betriebe werden über 12 Monate betreut, wobei den Beschäftigten mehrere Maßnahmen angeboten werden. Die Höhe des Bonus richtet sich nach der Anzahl der durch das Mitglied in Anspruch genommenen Maßnahmen sowie der Erreichung eines vorab vereinbarten Ziels des Krankenstandes nach Ende des Betreuungszeitraums. Grundvoraussetzung zum Bonuserhalt ist eine Teilnahme an mindestens zwei Maßnahmen.

b) Modul IKKimpuls-Werkstatt

Dieses Modul richtet sich an Betriebe, die i.d.R. mehr als 49 Mitarbeiter beschäftigen. Diese Betriebe werden regelmäßig über 24 Monate betreut, wobei den Beschäftigten mehr als 3 Maßnahmen je Betreuungsjahr angeboten werden. Die Höhe des Bonus richtet sich nach der Anzahl der durch das Mitglied in Anspruch genommenen Maßnahmen, wobei auch bei diesem Modul als Grundvoraussetzung zum Bonuserhalt eine Teilnahme an mindestens zwei Maßnahmen je Betreuungsjahr gilt.

4. Art der Boni

Für die Teilnahme an Maßnahmen nach Nr. 3 Buchst. a) wird der Bonus in Form von Geld- und Sachzuwendungen gewährt.

Für die Teilnahme an Maßnahmen nach Nr. 3 Buchst. b) wird der Bonus in Form von Geldzuwendungen gewährt.

Ein Bonus für Versicherte wird nur gewährt, wenn das Versicherungsverhältnis zum Auszahlungszeitpunkt noch besteht.

5. Höhe der Boni

Es können folgende Boni erzielt werden:

a) Modul IKKimpuls-Siegel

aa) Boni für Gesundheitsmaßnahmen (Versicherte):

Teilnahme an mindestens zwei Maßnahmen		Teilnahme an dritter Maßnahme	Teilnahme an vierter Maßnahme	Bonus
Maßnahme 1	Maßnahme 2	Maßnahme 3	Maßnahme 4	max.
10,- EUR	20,- EUR	30,- EUR	40,- EUR	100,- EUR

ab) Boni für Krankenstand (Versicherte)

Krankenstand zu Beginn (IST)	Zielstellung (SOLL)
0,0 – 3,0%	beibehalten oder senken
3,1 – 5,0%	Krankenstand um 10 v. H. senken
5,1 – 7,0%	Krankenstand um 20 v. H. senken
7,1 – 9,0%	Krankenstand um 30 v. H. senken
10%	Krankenstand um 40 v. H. senken

Bei Gewährung eines Bonus nach aa) und Erreichung des Krankenstandziels wird ein zusätzlicher Bonus in Höhe von 100,- EUR gewährt.

Versicherte, die nur das Ziel der Senkung des Krankenstandes erreichen, erhalten eine Sachprämie.

ac) Bonus für den Arbeitgeber

Der Bonus für den Arbeitgeber wird in Höhe der Summe der Boni aller

Versicherten gewährt. Sachprämien werden nicht gewährt.

b) Modul IKKimpuls-Werkstatt

Für die Teilnahme an diesem Modul erhalten Versicherte je Maßnahme einen Bonus. Es können folgende Boni erzielt werden:

Art der Maßnahme	Bonus
Analyseverfahren	10,- EUR
Screenings	20,- EUR
Verhaltensbezogene Maßnahmen	40,- EUR

Die Höhe der Boni ist insgesamt maximal auf die Höhe des auf die Krankenversicherung entfallenden Anteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag der bei der IKK versicherten Arbeitnehmer begrenzt.

Ziff. 5 in der Fassung des 46. Nachtrages vom 24.09.2015

6. Für Boni in Form von Geldzuwendungen erhalten Versicherte für jede Maßnahme einen Bonusscheck. Am Ende des Betreuungsjahres können die gesammelten Schecks eingereicht werden. Die Höhe der erzielten Boni wird von der IKK ermittelt und den Arbeitnehmern sowie dem Arbeitgeber ausgezahlt.
7. Eine erneute Teilnahme am Bonusprogramm ist frühestens nach Ablauf von zwei Jahren möglich.

Anhang 4 in der Fassung des 42. Nachtrages vom 16.07.2014

ANHANG 5 ZUR SATZUNG DER IKK GESUND PLUSOPERATIONEN, EINGRIFFE UND ONKOLOGISCHE BEHANDLUNGSMETHODEN ZU § 10

I. Operationen und Eingriffe

I.1. Kardiologische oder kardiochirurgische Operationen bzw. Eingriffe im Sinne des

§ 29b Absatz 2 Buchstabe a der Satzung:

- Bypass-Operation
- Operation bei Herzfehler
- Einbringen eines Herzkatheters (diagnostisch oder therapeutisch)
- Minimalinvasive Herzklappenintervention (z. B. TAVI, MitraClip)
- Herzklappen-Operation
- Rhythmuschirurgische Operation am Herzen

I.2 Orthopädische Operationen

- Operationen und Eingriffe an der Wirbelsäule und am Rücken
- Operationen und Eingriffe an den Gelenken
- Operationen an den Weichteilen wie Bänder, Sehnen und Muskeln

I.3 Augenoperationen

- Operationen und Eingriffe an der Netzhaut
- Operationen und Eingriffe an den Linsen
- Operationen und Eingriffe an der Hornhaut
- Operationen und Eingriffe am Glaskörper

II. Onkologische Behandlungsmethoden

C00-C14 Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx

C15-C26 Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane

C30-C39 Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
C40-C41 Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
C43-C44 Bösartige Neubildungen der Haut (Melanom und sonstige)
C45-C49 Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
C50-C50 Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]
C51-C58 Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
C60-C63 Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
C64-C68 Bösartige Neubildungen der Harnorgane
C69-C72 Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
C73-C75 Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
C76-C80 Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81-C96 Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet
C97-C97 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen“

Anhang 5 eingefügt durch den 49. Nachtrag vom 21.07.2016