

GEDACHT. GEMACHT. GESUND. 

Satzung der IKK gesund plus

Stand 01.10.2026



INHALTSVERZEICHNIS

SATZUNG DER IKK gesund plus	5
ERSTER ABSCHNITT	5
Name und Aufgabenstellung	5
§ 1 Name, Sitz und Bezirk	5
§ 2 Aufgabenstellung	5
ZWEITER ABSCHNITT	6
Mitgliedschaft und Familienversicherung	6
§ 3 Versicherter Personenkreis	6
§ 4 Beginn und Ende der Mitgliedschaft	7
DRITTER ABSCHNITT	7
Leistungen	7
§ 5 Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten	7
§ 6 Leistungen der primären Prävention	8
§ 7 Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung	9
§ 8 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	9
§ 9 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	11
§ 10 Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	13
§ 11 Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	14
§ 12 Wahltarife	14
§ 12a Selbstbehalttarif	14
§ 12b Besondere Versorgungsformen und Zuzahlungsermäßigungen	16
§ 12c Krankengeld	19
§ 12d Prämie bei Teilkostenerstattung	22
§ 13 Zusätzliche Leistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V	22
§ 13a Osteopathie	23
§ 13b Naturheilverfahren	23
§ 13c Künstliche Befruchtung	24
§ 13d Schwangerschafts-/Mutterschaftsleistungen sowie medizinische Vorsorgeleistungen	25
§ 13e Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	26
§ 13f Zahnärztliche Behandlung für Kinder und Jugendliche	27
§ 13g Mehrleistungen für Kinder bei Kieferorthopädischer Behandlung	27
§ 13h Sportmedizinische Untersuchung	28
§ 13i Leistungen von nicht zugelassenen ambulanten Leistungserbringenden	29
§ 13j Nicht zugelassene Leistungserbringer - Stationäre Behandlung	29
§ 13k Sonstige Früherkennungsuntersuchungen	30

§ 13I Parodontoseprophylaxe (Professionelle Zahnreinigung)	31
§ 14 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe	32
§ 15 Ärztliche Zweitmeinung	33
§ 16 Teilkostenerstattung	35
§ 17 Kostenerstattung	35
§ 18 Kostenerstattung Wahlarzneimittel	36
§ 19 Kostenerstattung in einem anderen Mitgliedsstaat der EU, einem Vertragsstaat des Abkommens über den EWR oder der Schweiz	37
§ 20 Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen	37
§ 21 Leistungsausschluss nach § 52a SGB V	38
VIERTER ABSCHNITT	39
Beiträge	39
§ 22 Beitragsbemessung	39
§ 23 Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V	39
§ 24 Tragung, Zahlung und Fälligkeit	39
§ 25 Vorschüsse/Erstattungen	39
FÜNFTER ABSCHNITT	40
Besonderer Ausschuss	40
§ 26 Widerspruchsausschuss	40
SECHSTER ABSCHNITT	42
Organe	42
§ 27 Organe der IKK	42
§ 28 Verwaltungsrat	42
§ 29 Vorstand	44
§ 30 Amtsdauer, Entschädigung und Haftung der Organmitglieder	45
SIEBENTER ABSCHNITT	46
Verwaltung der Mittel	46
§ 31 Rücklage	46
ACHTER ABSCHNITT	46
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)	46
§ 32 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung	46
NEUNTER ABSCHNITT	46
Bekanntmachung und Inkrafttreten	46

§ 33 Bekanntmachungen gemäß §§ 34 Absatz 2 SGB IV, 305b SGB V	46
§ 34 Inkrafttreten	47
ANHANG 1 ZUR SATZUNG DER IKK gesund plus	48
Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)	48
ANHANG 2 ZUR SATZUNG DER IKK gesund plus	52
Entschädigungsordnung für die Erstattung von Kosten für die Organmitglieder der IKK gesund plus	52
ANHANG 3 ZUR SATZUNG DER IKK gesund plus	55
Regionale Zuständigkeit der IKK gesund plus	55
ANHANG 4 ZUR SATZUNG DER IKK gesund plus	56
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 8	56
ANHANG 5 ZUR SATZUNG DER IKK gesund plus	60
Besonderheiten zu Selektivverträgen zu § 12b	60
ANHANG 6 ZUR SATZUNG DER IKK gesund plus	62
Operationen, Eingriffe und onkologische Behandlungsmethoden zu § 15	62

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 (im Folgenden: IKK). Sie hat ihren Rechtssitz in Potsdam, Ziolkowskistraße 6, 14480 Potsdam und ihren Verwaltungssitz in Magdeburg, Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg.
- (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 auf das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland. Maßgeblich sind die Bezirke der Innungen in Anhang 3, der Bestandteil der Satzung ist.

§ 2

§ 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 Arbeitgebenden ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.

ZWEITER ABSCHNITT

Mitgliedschaft und Familienversicherung

§ 3

§ 3

Versicherter Personenkreis

- (1) Mitglieder der IKK sind
 - 1. Arbeitnehmende und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 - 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten, soweit gesetzlich nichts anderes geregelt ist.
- (2) Schwerbehinderte im Sinne des SGB IX sind beitragsberechtigt, wenn die Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V erfüllt sind und sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (3) Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sowie Kinder von familienversicherten Kindern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

**§ 4
Beginn und Ende der Mitgliedschaft**

- (1) Der Beginn und das Ende der Mitgliedschaft richten sich nach den geltenden gesetzlichen Vorschriften und den folgenden Bestimmungen der Satzung.
- (2) Freiwillig versicherte Mitglieder können die Mitgliedschaft ohne Einhaltung der Bindungsfrist nach § 175 Abs. 4 SGB V zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem ohne die freiwillige Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V bestehen würde. Die Mitgliedschaft endet zu dem Zeitpunkt, zu dem ohne die freiwillige Versicherung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bestehen würde. Die Mitgliedschaft endet frühestens sechs Monate vor dem Tag des Eingangs der Kündigung bei der IKK, jedoch nicht vor dem Tag des erstmaligen Vorliegens der Voraussetzungen für eine Familienversicherung. Das Bestehen einer Familienversicherung ist nachzuweisen.

DRITTER ABSCHNITT

Leistungen

**§ 5
Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten**

- (1) Die IKK übernimmt zur Verhütung von Krankheiten, die Kosten für Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen übertragbare Krankheiten.
- (2) Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe 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 HPV-Impfung übernimmt die IKK für Frauen bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres und für Männer bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres.

- (4) Die Kosten für Impfstoffe und Medikamente der spezifischen Prophylaxe werden vollständig übernommen. Die Kosten der ärztlichen Leistungen oder Leistungen durch Apothekerinnen oder Apotheker werden nach Vertragssätzen übernommen. Wenn keine vertraglichen Regelungen bestehen, übernimmt die IKK die Kosten.
- (5) Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht bereits nach § 20i Abs. 1 SGB V besteht.

§ 6

§ 6 Leistungen der primären Prävention

- (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 Prävention „Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b 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:
 - 1. Bewegungsgewohnheiten
 - 2. Ernährung
 - 3. Stress- und Ressourcenmanagement
 - 4. Suchtmittelkonsum.
- (2) Für Leistungen der primären Prävention, haben Versicherte ab einem Betrag von 25 Euro eine Eigenbeteiligung in Höhe von 10 vom Hundert zu entrichten. Für Leistungen von Fremdanbietern, sofern sie den im Handlungsleitfaden gem. Abs. 1 aufgeführten Qualitätskriterien genügen, ist die Höhe der Erstattung abzüglich der Eigenbeteiligung nach Satz 1 auf maximal 90 Euro je Maßnahme begrenzt. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erhalten eine Erstattung von 100 vom Hundert der Kurskosten, maximal jedoch 100 Euro. Die IKK erstattet die Kosten bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung. Eine Mindestteilnahme an 80 vom Hundert der Kurstermine in der Teilnahmebescheinigung muss nachgewiesen werden. Für Online-Kurse ohne feste Termine gilt eine nachzuweisende Teilnahmequote von 100 vom Hundert. Darüber hinaus erfolgt für Eigenkurse und ausgewählte Onlineangebote (Kurse) eine vollständige

Kostenübernahme der vertraglich vereinbarten Kosten für die Teilnahme auf der Grundlage von Verträgen, die die IKK individuell mit Anbietern von Maßnahmen nach Abs. 1 schließt.

- (3) Für ausgewählte Kurse erstattet die IKK 100 vom Hundert der Teilnahmegebühr bis zu einem Maximalbetrag von 180 Euro. Die Inanspruchnahme ist auf maximal zwei Maßnahmen je Kalenderjahr begrenzt.
- (4) Die IKK fördert den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten nach § 20a SGB V. Auf Antrag erfolgt eine Förderung von oder Beteiligung an entsprechenden qualitätsgesicherten Maßnahmen und 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 des Leitfadens Prävention.

§ 7

§ 7

Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Die IKK fördert im Rahmen des § 20b SGB V den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in versicherten Betrieben.
- (2) Art, Umfang und Qualitätskriterien der Leistungen (Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppe, Ziel, Inhalt, Methodik und Anbieterqualifikation) richten sich nach den Handlungsfeldern und Kriterien des vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfadens Prävention vom 21.06.2000 in der jeweils geltenden Fassung.

§ 8

§ 8

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Die IKK gewährt Versicherten einen Bonus, wenn sie sich innerhalb eines Kalenderjahres gesundheitsbewusst verhalten. Dazu hält die IKK drei Bonusprogramme gemäß Abs. 2 bis 4 vor, an denen die Versicherten nach Antragstellung teilnehmen können. Antrags- und Teilnahmezeitraum ist der 01.01.- 31.12. des jeweiligen Kalenderjahres. Die Teilnahme beginnt frühestens mit der Mitgliedschaft bei der IKK.

- (2) Gemäß § 65a Abs. 1 SGB V können die Versicherten einen Bonus für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 22, 25, 25a, 26 und 55 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V erhalten. Die bonifizierbaren Maßnahmen sowie Art und Höhe der Bonusgewährung werden in Anhang 4, der Bestandteil der Satzung ist, geregelt. Eine Bonifizierung der Maßnahmen nach § 20i SGB V erfolgt erst mit dem Abschluss der Immunisierung. Dabei gelten Kombinationsimpfungen nur als eine bonifizierbare Maßnahme.
- (3) Für die Schwangerschaftsvorsorge gemäß § 24d SGB V i.V.m. der Mutterschafts-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und Neugeborenenversorgung wird ein gesonderter Bonus gewährt. Die bonifizierbaren Maßnahmen sowie Art und Höhe der Bonusgewährung werden in Anhang 4, der Bestandteil der Satzung ist, geregelt.
- (4) Gemäß § 65a Abs. 1a SGB V können die Versicherten einen Bonus für die regelmäßige Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V oder Teilnahme an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens erhalten. Die bonifizierbaren Maßnahmen sowie Art und Höhe der Bonusgewährung werden in Anhang 4, der Bestandteil der Satzung ist, geregelt. Je Kalenderjahr können maximal zwei Bonusmaßnahmen je Versicherten zur Bonifizierung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 SGB V eingereicht werden. Die Wahl der Bonusmaßnahmen obliegt den Versicherten und ist abschließend.
- (5) Teilnahmeberechtigt sind grundsätzlich alle Versicherten der IKK. Für Anwartschaftsversicherte und Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten (§ 264 SGB V), ist die Teilnahme nicht möglich. Dies gilt auch, solange der Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist. Die Höhe der einzelnen Bonusbeträge und die weiteren Konditionen werden in Anhang 4, der Bestandteil der Satzung ist, und in den Teilnahmebedingungen geregelt. Keine in Anspruch genommene Gesundheitsmaßnahme kann doppelt bonifiziert werden. Ein Anspruch auf Gewährung des Bonus besteht für Mitglieder und Versicherte nach § 10 SGB V nur, wenn der Teilnehmer am Bonusprogramm zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahme bei der IKK versichert ist.

- (6) Die in Anspruch genommenen Gesundheitsmaßnahmen sind von den Teilnehmenden nachzuweisen. Der Nachweis erfolgt durch Bestätigung des Arztes oder der Ärztin, des Zahnarztes oder der Zahnärztin oder eines anderen Leistungserbringers bzw. Anbieters. Den Teilnehmenden entstehende Kosten für die Nachweise werden von der IKK nicht übernommen. Die Bonusgewährung erfolgt nach Einreichung der zahlungsbegründenden Nachweise. Eine Anrechnung auf das Folgejahr ist unzulässig. Die zahlungsbegründenden Nachweise sind bis zum 28.02./29.02. des Folgejahres bei der IKK einzureichen.
- (7) Hat der Teilnehmer einen Gesundheitsbonus in voller oder anteiliger Höhe aufgrund unrichtiger Angaben, Erklärungen, Bescheinigungen oder Unterlagen erhalten, ist der entsprechende Betrag an die IKK zurückzuzahlen. Darüber hinaus kann die Teilnahme am jeweiligen Bonusprogramm durch die IKK mit sofortiger Wirkung beendet werden, wenn die Teilnehmenden die Unrichtigkeit zu vertreten haben.
- (8) Beitragsrückstände und andere bestehende Außenstände der Versicherten bei der IKK können mit dem auszahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt unter den Voraussetzungen von § 51 Abs. 1 SGB I aufgerechnet werden.
- (9) Mit dem Ende der Versicherung bei der IKK endet zugleich die Teilnahme am Bonusprogramm.

§ 9

§ 9 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Die IKK gewährt für Arbeitgebende und IKK-versicherte Beschäftigte auf der Grundlage von § 65a Abs. 2 SGB V in Verbindung mit §§ 20b und 20 Abs. 5 SGB V für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einen Bonus. Dazu trifft die IKK eine Vereinbarung mit den Arbeitgebern. Es gibt keine Mindestbetriebsgröße.
- (2) Voraussetzung für die Bonusgewährung ist, dass mindestens ein Arbeitnehmer oder eine Arbeitnehmerin zum Zeitpunkt des Abschlusses der Vereinbarung Mitglied der IKK ist und der Betrieb im letzten Jahr vor der Antragstellung nicht mit mindestens einem Monat an Gesamtsozialversicherungsbeiträgen rückständig gewesen ist. Für Maßnahmen, zu denen Arbeitgebende bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz gesetzlich verpflichtet sind, kann kein Bonus gewährt werden.

(3) Arbeitgebende erhalten einen Bonus für die nachgewiesene Durchführung von qualitätsgesicherten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die den Handlungsfeldern und Kriterien des vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfadens Prävention vom 21.06.2000 in der jeweils geltenden Fassung entsprechen.

(4) Die Bonushöhe für Arbeitgebende richtet sich wie folgt nach der Betriebsgröße:

1.	Betriebe bis 250 Beschäftigte:	500 Euro
2.	Betriebe bis 500 Beschäftigte:	1.000 Euro
3.	Betriebe bis 1.000 Beschäftigte:	1.500 Euro
4.	Betriebe mit mehr als 1.000 Beschäftigten:	2.000 Euro

Der Bonus für Arbeitgebende kann einmal jährlich ausgeschüttet werden. Die Arbeitgebenden können auf die Auszahlung des Arbeitgebendenbonus verzichten.

(5) IKK-versicherte Beschäftigte haben Anspruch auf einen Bonus für die nachgewiesene Teilnahme an qualitätsgesicherten Maßnahmen zur individuellen verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Höhe des Bonus für IKK-versicherte Beschäftigte richtet sich nach der Anzahl der erfolgreich absolvierten Maßnahmen unterschiedlichen Inhalts. Die Maßnahmen orientieren sich inhaltlich an den Handlungsfeldern der gültigen Fassung des Leitfadens Prävention. Die Anzahl der Maßnahmen pro Bonuszeitraum beträgt mindestens zwei und maximal acht. Die Bonushöhe für jede absolvierte Maßnahme beträgt 25 Euro. IKK-versicherte Beschäftigte können zusätzlich einen gesonderten Aktivitätsbonus in Höhe von 50 Euro erhalten. Die Gewährung des Aktivitätsbonus erfolgt, sofern regelhaft alle Maßnahmen eines Betreuungszeitraumes absolviert wurden. Ein Betreuungszeitraum beträgt i.d.R. 12 Monate. Der Bonus je Betreuungszeitraum beträgt maximal 250 Euro für einen Beschäftigten und wird in Form von Geldzuwendungen gewährt. Die Gesamtbonushöhe richtet sich nach der Anzahl der Maßnahmen. Der Aktivitätsbonus ist Teil des Gesamtbonus.

(6) Die Bonusauszahlung für IKK-versicherte Beschäftigte erfolgt jeweils nach Beendigung aller absolvierten Maßnahmen in einem Betreuungszeitraum auf dessen Antrag und kann einmal jährlich gewährt werden. Der Bonusanspruch verfällt sechs Monate nach Ablauf der Vereinbarung.

(7) Die Anzahl und die Auswahl der teilnahmeberechtigten Betriebe obliegt der IKK.

§ 10
Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

- (1) Die IKK bietet Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz an. Diese Angebote sollen die Versicherten dazu befähigen, ihre Gesundheitskompetenz in Bezug auf digitale Anwendungen im Gesundheitswesen und in Bezug auf digital verfügbare Informationen zu Gesundheitsfragen herzustellen oder zu verbessern. Die Leistungen sollen auch zur Verminderung und Vermeidung der Ungleichheit von Gesundheitschancen, sofern diese auf unterschiedlichen Gesundheitskompetenzen beruhen, beitragen. Die Ausgestaltung dieser Leistungen orientiert sich an den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschlossenen Festlegungen zur Umsetzung des § 20k SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Inhalt der Leistungen kann eine Vermittlung digitaler Gesundheitskompetenz in Bezug auf folgende Informationen und digitale Anwendungen sein:
 1. Digital verfügbare Informationen zu Gesundheitsthemen generell
 2. Digitale Anwendungen im Gesundheitswesen, wie telemedizinische Angebote, die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen, die Nutzung elektronischer Patientenakten und anderen Anwendungen der Telematik-Infrastruktur
 3. Informationen zu Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit im Gesundheitswesen, bei telemedizinischen und anderen digitalen Angeboten
 4. Informationen zu gesundheitskompetenten Organisationen im Gesundheitswesen.
- (3) Die IKK bietet diese Leistung als Sachleistung im Rahmen von Verträgen mit Kooperationspartnern an. Dafür schließt sie Verträge mit Anbietern von Maßnahmen nach dieser Vorschrift.
- (4) Leistungen, die lediglich allgemeine Kenntnisse im Umgang mit Hard- und Software oder den Umgang mit einer konkreten Softwareanwendung vermitteln ohne Bezug zu Gesundheitsthemen, sind von einer Erstattung ausgenommen.

**§ 11
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.

**§ 12
Wahltarife**

- (1) Die IKK bietet Mitgliedern und ihren nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen im Rahmen des § 53 SGB V Wahltarife nach Maßgabe der §§ 12a – 12d an.
- (2) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach § 12b 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.
- (3) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach § 12b wählen.
- (4) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden.

**§ 12a
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 mindestens in Textform 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 10.000 Euro einen Selbstbehalt von 150 Euro wählen und erhält dafür eine Prämie von 100 Euro (Tarifklasse 1),
 2. bei beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von mindestens 30.000 Euro einen Selbstbehalt von 400 Euro wählen und erhält dafür eine Prämie von 300 Euro (Tarifklasse 2),
 3. bei beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von mindestens 50.000 Euro einen Selbstbehalt von 800 Euro wählen und erhält dafür eine Prämie von 600 Euro (Tarifklasse 3).
- (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, 2 oder 3. Die Teilnahme am Wahltarif ist nicht möglich, wenn das Mitglied seine Beiträge nicht selbst trägt. Treten solche Zeiten nach Beginn der Tarifzugehörigkeit ein, ruht die Tarifzugehörigkeit für diese Zeiten.
- (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) 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 mindestens in Textform und 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. Erfolgt wegen Änderung des Einkommens die Einstufung in eine neue Tarifklasse, kommt es nicht zu einem Neubeginn der Bindungsfrist nach Satz 1. Ansonsten endet die Tarifzugehörigkeit mit dem Ende der Mitgliedschaft.
- (6) Die Zugehörigkeit zum Wahltarif beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung folgenden Kalendermonat.

- (7) Das Mitglied kann den Selbstbehalttarif in besonderen Härtefällen vorzeitig mindestens in Textform 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.
- (8) Auf den Selbstbehalt werden alle Leistungen mit Ausnahme der primären Prävention (§§ 20 – 20i SGB V), ambulanter Vorsorgeleistungen (§ 23 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.
- (9) Auf Antrag erhält das Mitglied bei Beginn des Tarifes sowie bei Beginn eines neuen Kalenderjahres einen Vorschuss in Höhe von 50 vom Hundert bis zu 100 vom Hundert der Prämie der gewählten Tarifklasse.
- (10) 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 spätestens bis zum Ende des Jahres nach Ablauf des Abrechnungsjahres. Ist die dem Mitglied zu zahlende Prämie höher als der Selbstbehalt und der Vorschuss, zahlt die IKK dem Mitglied den übersteigenden Betrag bis spätestens 31.12. 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 31.12. 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.

§ 12b

§ 12b Besondere Versorgungsformen und Zuzahlungsermäßigungen

- (1) Die IKK führt zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten besondere Versorgungsformen im Sinne von § 53 Abs. 3 SGB V durch.

- (2) Versicherte haben ihre Teilnahme an den besonderen Versorgungsformen schriftlich oder elektronisch zu erklären. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung stellt die IKK den Versicherten schriftliche oder elektronische Informationen zur Verfügung über
1. den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
 2. die Freiwilligkeit der Teilnahme,
 3. die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
 4. etwaige Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung,
 5. die Möglichkeit und die Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
 6. die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme,
 7. die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- (3) Die IKK kann Versicherten, die gegen die Teilnahmebedingungen verstoßen, die weitere Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung oder der besonderen Versorgungsform durch sofortigen Ausschluss verweigern.
- (4) Die Versicherten können ihre Teilnahmeerklärung nach Abs. 2 Satz 1 innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der IKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die IKK dem Versicherten eine vollständige Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung erfolgt textlich hervorgehoben in dem Formular der Teilnahmeerklärung; davon abweichend kann eine gesonderte Belehrung in Textform erfolgen. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.
- (5) Eine mehrfache Teilnahme an Selektivverträgen, die sich gegenüberstehen bzw. in wesentlichen Teilen inhaltlich identisch sind, ist ausgeschlossen. Für die Fälle, in denen sich IKK-Versicherte in sich ausschließende Versorgungsformen eingeschrieben haben, stellt die IKK sicher, dass die betroffenen Versicherten dahingehend aufgeklärt werden, dass sie sich nur für zulässige Kombinationen entscheiden können.
- (6) Sofern eine alternative Regelversorgung oder Satzungsleistung der IKK bereits in Anspruch genommen wird, ist die Teilnahme am Selektivvertrag nicht möglich.

- (7) Näheres zur zulässigen Kombination von Versorgungsformen ist in Anhang 5 zur Satzung geregelt.
- (8) Auf Leistungen nach dieser Vorschrift besteht kein Anspruch, wenn diese als vergleichbare Leistungen direkt durch die Regelversorgung zu gewähren sind.
- (9) Die Teilnahme am Selektivvertrag nach dieser Vorschrift endet automatisch mit der Zurverfügungstellung vergleichbarer Leistungen im Rahmen der Regelversorgung. Die IKK wird die Versicherten darüber informieren.
- (10) Die IKK führt hausarztzentrierte Versorgungsformen nach § 73b SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen durch. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (11) Die IKK führt besondere Versorgungsformen auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V durch. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (12) Die IKK führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierten Versorgungsmodelle nach Abs. 10 und die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V nach Abs. 11. 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.
- (13) Die IKK führt folgende strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V durch:
1. strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1,
 2. strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2,
 3. strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs,
 4. strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheiten,
 5. strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma,

6. strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenkrankheiten,
 7. strukturiertes Behandlungsprogramm für Osteoporose,
 8. strukturiertes Behandlungsprogramm für Rheumatoide Arthritis.
- (14) Versicherte, die an strukturierten Behandlungsprogrammen nach Abs. 13 teilnehmen, erhalten Zuzahlungsermäßigungen in Höhe von 20 vom Hundert der nach den Bestimmungen des SGB V zu leistenden Zuzahlung.

§ 12c

§ 12c 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,
 2. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V (Arbeitnehmende 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.

- (2) Die Wahl des Tarifes ist mindestens in Textform 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. Die Kündigung bedarf mindestens der Textform. 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 Abs. 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 15. 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). 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 15. Tages 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 den Sätzen 1 und 2 ist zum Beginn des jeweiligen 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. 3 entsteht der Anspruch auf Krankengeld für Arbeitsunfähigkeiten, die nach dem Beginn des Tarifes eingetreten sind 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.
- (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
 - 1. Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 1 **0,6 vom Hundert** der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 240 SGB V, wenn der Anspruch auf Krankengeld am 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit beginnt und **1,0 vom Hundert**, wenn der Anspruch auf Krankengeld am 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit beginnt.
 - 2. Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 2 **0,6 vom Hundert** des der Beitragsberechnung zugrunde zu legenden Arbeitsentgelts, wenn der Anspruch auf Krankengeld am 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit beginnt und **1,0 vom Hundert**, wenn der Anspruch auf Krankengeld am 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit beginnt und
 - 3. Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 3 **1,0 vom Hundert** 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.

§ 12d

§ 12d Prämie bei Teilkostenerstattung

- (1) Mitglieder, die Teilkostenerstattung gemäß § 16 Abs. 1 gewählt haben, können eine Prämienzahlung zu ihrem monatlichen Beitrag zur Krankenversicherung wählen.
- (2) Als Prämie wird der Vomhundertsatz gezahlt, der dem Bemessungssatz der Beihilfe entspricht (50, 70 oder 80 Prozent).
- (3) Die Höhe der jährlichen Prämie errechnet sich durch Multiplikation der zu entrichtenden Krankenversicherungsbeiträge mit dem Prozentsatz nach Abs. 2.
- (4) Die Prämie wird monatlich in Höhe von 1/12 der Prämie nach Abs. 3 gewährt. Sie kann gegen Ansprüche auf Krankenversicherungsbeiträge aufgerechnet werden, wenn das Mitglied zustimmt.
- (5) Der Wahltarif beginnt mit Beginn des auf den Antrag folgenden Kalendervierteljahres.

§ 13

§ 13 Zusätzliche Leistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V

Die IKK gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 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.

§ 13a

§ 13a 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.
- (2) Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von Leistungserbringenden durchgeführt wird, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathie berechtigt.
- (3) Die IKK übernimmt die Kosten für maximal vier Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden die tatsächlichen Kosten, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie ärztliche Bescheinigungen vorzulegen.

§ 13b

§ 13b Naturheilverfahren

- (1) Versicherte können Leistungen der Naturheilverfahren in Anspruch nehmen, wenn diese notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Leistung nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen ist.
- (2) Die IKK erstattet 80 vom Hundert des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 120 Euro je Versicherten und pro Kalenderjahr. Erstattungsfähige Naturheilverfahren sind:
 1. Ayurveda (Teilkörpermassagen und Thermotherapien)
 2. Chiropraktik (Chirotherapie)
 3. Feldenkrais
 4. Lichttherapie
 5. Shiatsu

6. Tuina-Massage und Krankengymnastik nach Qigong (nach der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM))
 7. Kinesiologisches Taping.
- (3) Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen der folgenden zur qualitätsgesicherten Leistungserbringung in den in Abs. 2 genannten Naturheilverfahren Berechtigten erbracht wird:
1. Vertragsärztin oder Vertragsarzt,
 2. auf ärztlicher Verordnung durch eine Physiotherapeutin oder einen Physiotherapeuten, die die Zulassungsvoraussetzungen im Sinne des § 124 Absatz 1 SGB V erfüllen,
 3. im Sinne des § 13 Absatz 4 SGB V berechnigte Ärztinnen, Ärzte, Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten.
- Berechtigt ist, wer ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband der in Abs. 2 genannten Naturheilverfahren ist oder die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einen entsprechenden Berufs- oder Fachverband erfüllt.
- (4) Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen und Verordnungen einzureichen.

§ 13c

§ 13c Künstliche Befruchtung

- (1) Die IKK übernimmt für ihre Versicherten, die nach § 27a SGB V Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung haben, zusätzlich zu den gesetzlich geregelten Ansprüchen einen Zuschuss je durchgeführten Behandlungsversuch. Der Zuschuss beträgt 500 Euro pro Ehepaar, jedoch nicht mehr als die dem jeweiligen bei der IKK versicherten Ehepartner tatsächlich entstandenen Kosten.

- (2) Die IKK erstattet zusätzlich zu den in § 27a SGB V geregelten Ansprüchen die Kosten für einen vierten Behandlungszyklus zur künstlichen Befruchtung in Höhe von maximal 250 Euro je Ehepaar, jedoch nicht mehr als die dem jeweiligen bei der IKK versicherten Ehepartner tatsächlich entstandenen Kosten. Die Anspruchsvoraussetzungen nach § 27 a SGB V müssen abgesehen von § 27a Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V für den Zuschuss nach Satz 1 vollständig erfüllt sein
- (3) Die Kostenerstattung erfolgt aufgrund eines vor Behandlungsbeginn genehmigten ärztlichen Behandlungsplanes der IKK und nach Vorlage der Rechnungen von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringenden.

§ 13d

§ 13d Schwangerschafts-/Mutterschaftsleistungen sowie medizinische Vorsorgeleistungen

- (1) Über die gesetzlich geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen sowie medizinische Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die IKK die Kosten für nachfolgende durchgeführte Leistungen.
- (2) Die IKK übernimmt die Kosten der Rufbereitschaft durch eine freiberufliche Hebamme in Höhe von maximal 250 Euro, sofern die Hebamme nach § 134 a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Übernahme der Rufbereitschaft erfolgt in der Regel innerhalb der 37. bis 42. Schwangerschaftswoche. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Rufbereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.
- (3) Die IKK übernimmt die Kosten von Geburtsvorbereitungskursen für den Partner oder die Partnerin, wenn diese von Hebammen durchgeführt wurden, die gemäß § 134a Absatz 2 SGB V zugelassen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt sind.
- (4) Die IKK übernimmt zusätzliche Schwangerschaftsvorsorgeleistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden. Die erstattungsfähigen Vorsorgeleistungen umfassen:

1. Toxoplasmosetest für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen,
 2. Antikörperbestimmung bei Schwangerschaft auf Windpocken und Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen
 3. B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
 4. Zytomegalie-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr
 5. ärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium oder Folsäure als Monopräparate.
- (5) Für die Leistungen nach Abs. 3 und Abs. 4 werden 80 vom Hundert des Rechnungsbetrags erstattet, jedoch insgesamt maximal 125 Euro. Die Erstattung erfolgt gegen Vorlage der Rechnungen über die während der Schwangerschaft erbrachten Leistungen.

§ 13e

§ 13e Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

- (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.

- (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 oder Versicherter.

- (4) Zur Erstattung sind die Rechnungen 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.

§ 13f

§ 13f 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 vom Hundert der tatsächlich entstandenen Kosten und maximal in Höhe von 80 Euro jährlich übernommen. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

§ 13g

§ 13g 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 Retentionsspanne (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 Euro, jedoch nicht mehr als in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten übernommen, wenn die IKK die Kosten für die vorherige kieferorthopädische Behandlung zuletzt getragen hat.
- (3) Zur Erstattung ist eine spezifizierte Rechnung von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringenden einzureichen.

§ 13h
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 und entsprechende Risiken vorliegen. Derartige Risikofaktoren sind:
1. erhöhtes Körpergewicht,
 2. erhöhter Blutdruck,
 3. kardiovaskuläre Vorerkrankungen,
 4. Atemwegserkrankungen,
 5. Skelettvorerkrankungen, z.B. Skoliose,
 6. Diabetes,
 7. Rauchen,
 8. Alkoholmissbrauch.
- (2) Die erstattungsfähigen Leistungen umfassen die sportmedizinische Beratung und Untersuchung. Sofern ärztlich bescheinigte, besondere weitere Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.
- (3) Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragspartnern oder Vertragspartnerinnen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringenden erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.
- (4) Die IKK erstattet 80 vom Hundert des Rechnungsbetrages jedoch insgesamt nicht mehr als 150 Euro für die Leistungen nach Abs. 2. Zur Erstattung sind Rechnungen sowie ärztliche Bescheinigungen vorzulegen.
- (5) Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist nur möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der

vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

§ 13i

§ 13i

Leistungen von nicht zugelassenen ambulanten Leistungserbringenden

- (1) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringenden 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 Leistungserbringenden 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 Leistungserbringenden Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer und nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossenen Leistungen, wenn die Leistungserbringenden 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 Leistungserbringenden, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis wird nach § 33 Abs. 1 bekanntgemacht.
- (4) Sofern Leistungen im Wege der Kostenerstattung zu erbringen sind, gelten § 17 Abs. 1, 3 und 5 sowie § 19 entsprechend.

§ 13j

§ 13j

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 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen oder Ärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Ärztinnen oder Ärzten

verordnet wird, sofern die Behandlungsmethode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist und die IKK der Behandlung vor Behandlungsbeginn zugestimmt hat.

- (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.

- (4) Für die Behandlung psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen entsprechend ICD-10 Kapitel V in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus ist eine Kostenerstattung nach den Absätzen 1 bis 3 ausgeschlossen.

§ 13k

§ 13k Sonstige Früherkennungsuntersuchungen

- (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 oder Versicherter innerhalb von 3 Kalenderjahren, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Voraussetzung ist, dass die Leistung im Einzelfall von zugelassenen Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Ärztinnen oder Ärzten erbracht werden 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 oder Versicherter innerhalb von 2 Kalenderjahren, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Voraussetzung ist, dass die Leistung im Einzelfall von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Fachärztinnen oder Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder berechtigten Hausärztinnen oder Hausärzten 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) Die IKK erstattet ihren Versicherten auf Basis von § 23 SGB V die Kosten für eine Tomosynthese der Brust (dreidimensionale Mammographie) in Höhe von maximal 100 Euro, jedoch nicht mehr als die entstandenen Kosten, sofern im Rahmen der herkömmlichen Mammographie aufgrund eines dichten Brustdrüsengewebes kein

eindeutiger Befund erhoben werden kann. Voraussetzung ist, dass die Leistung im Einzelfall von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten, zur Durchführung von Mammographien berechtigten Fachärztinnen oder Fachärzten für Radiologie erbracht wird und diese bei bereits bestehenden Risikofaktoren (z. B. familiären Vorerkrankungen) notwendig ist, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder um eine Krankheit zu verhüten.

- (4) Die IKK erstattet ihren Versicherten auf Basis von § 23 SGB V die Kosten für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) in Höhe von maximal 65 Euro pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die entstandenen Kosten, unter folgenden Voraussetzungen:

Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung familiäre oder medizinische Risikofaktoren für Brustkrebs nach. Die Untersuchung wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

- (5) Soweit bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder eine drohende Erkrankung hinweisen, beteiligt sich die IKK im Einzelfall über den gesetzlichen Anspruch nach § 23 SGB V hinaus gegen Vorlage einer spezifizierten Rechnung unter Bezeichnung der vorliegenden Risikofaktoren an folgenden, von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Ärztinnen und Ärzten durchgeführten oder entsprechend veranlassten Darmkrebsvorsorgeleistungen:

Früherkennungskoloskopie für Versicherte in der Altersgruppe 40 bis 49 Jahre, alle fünf Jahre; erstattet werden die tatsächlichen Kosten, maximal 250 Euro je Untersuchung, bei Risikofaktoren wie einem erhöhten familiären Risiko auf Darmkrebs.

- (6) Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen. Im Fall des Absatzes 4 ist zusätzlich die ärztliche Bestätigung einzureichen.

§ 13I

§ 13I Parodontoseprophylaxe (Professionelle Zahnreinigung)

- (1) Versicherte können ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V eine Parodontoseprophylaxe (professionelle Zahnreinigung) bei einer Vertragszahnärztin

oder einem Vertragszahnarzt oder bei nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnärztinnen oder Zahnärzten in Anspruch nehmen.

- (2) Die Kosten werden in Höhe von maximal 40 Euro je Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die entstandenen Kosten, erstattet. Die Erstattung erfolgt unter Vorlage der Rechnung der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes oder der/des nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnärztin oder Zahnarztes.
- (3) Ein Anspruch auf Erstattung besteht nicht, wenn Versicherte im gleichen Kalenderjahr bereits eine professionelle Zahnreinigung durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V zu Lasten der IKK in Anspruch genommen haben.

§ 14

§ 14 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.
- (2) Endet der Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V wegen Ablauf des vierwöchigen Anspruchs, übernimmt die IKK Haushaltshilfe für längstens eine weitere Woche, soweit die übrigen Voraussetzungen nach § 38 Abs. 1 SGB V erfüllt sind.
- (3) 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.
- (4) Der Anspruch nach Abs. 3 besteht für längstens 6 Wochen je Kalenderjahr für maximal 4 Stunden pro Tag. § 38 Abs. 4 und 5 gelten entsprechend.

**§ 15
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
 1. den Versicherten zur Durchführung einer geplanten und in Anhang 6, Ziff. I. zur Satzung der IKK aufgeführten Operation eine Krankenhauseinweisung, ein Überweisungsschein mit Operationsempfehlung oder eine ärztliche Bestätigung der geplanten Operation vorliegt und eine Krankenhausaufnahme zur Durchführung der Operation noch nicht erfolgt ist, wobei der Eingriff durch das Einbringen eines Herzkatheters wie eine Operation gewertet wird, oder
 2. bei den Versicherten eine in Anhang 6, Ziff. II. zur Satzung der IKK aufgeführte onkologische Erkrankung als gesichert diagnostiziert wurde.
- (3) Die unabhängige ärztliche Zweitmeinung wird von Leistungserbringenden, 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 mindestens in Textform zur Verfügung.
- (4) Das Zweitmeinungsverfahren beinhaltet die Auswertung der vorhandenen Befunddaten und die Bewertung der durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt angeratenen Maßnahme durch die Vereinbarungspartner nach Abs. 3 Satz 1. Hierzu erhalten Versicherte eine ärztliche Empfehlung (Zweitmeinung). Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens nicht berücksichtigt. Leistungserbringende 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 den Leistungserbringenden 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 ergänzend zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den § 27b Abs. 2 SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

§ 16
Teilkostenerstattung

- (1) Die bei der IKK versicherten DO-Angestellten, Versorgungsempfänger sowie deren Hinterbliebene, die vom Wahlrecht des § 14 SGB V Gebrauch gemacht haben, erhalten eine 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) Der Beihilfeanspruch bleibt jeweils unberührt. Bei unmittelbarer Inanspruchnahme von Leistungen der IKK sind die auf die Beihilfe entfallenden Anteilsbeträge der Aufwendungen festzustellen und auf den Sachbuchkonten zu vereinnahmen. Für die Durchführung des Erstattungsverfahrens gelten die Regelungen der einschlägigen Beihilfebestimmungen entsprechend.
- (4) 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.

§ 17
Kostenerstattung

- (1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Hierüber haben Versicherte die IKK vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Leistungserbringende haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der IKK übernommen werden, von den Versicherten zu tragen sind. Nicht im vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringende dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der IKK in

Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung ist nur möglich, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme von nicht zugelassenen Leistungserbringenden rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

- (2) Das Wahlrecht nach Abs. 1 wird mindestens durch eine Erklärung in Textform ausgeübt. Haben Versicherte mindestens ein Kalendervierteljahr an der gewählten Kostenerstattung teilgenommen, kann die Teilnahme jederzeit durch eine Erklärung mindestens in Textform beendet werden.
- (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 der 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 vom Hundert zu mindern.
- (5) Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage der Rechnungen.

§ 18

§ 18

Kostenerstattung Wahlarzneimittel

- (1) Versicherte können anstelle eines der vier 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 vom Hundert als Abschlag für die der IKK entgangenen Vertragsrabatte abgezogen. Bei Erstattung von Kosten für Arzneimittel ohne Rabattvertrag werden pauschal 10 vom Hundert

vom Apothekenverkaufspreis des ursprünglich verordneten Arzneimittels für höhere Kosten abgezogen.

- (4) Der nach Abs. 3 ermittelte Erstattungsbetrag vermindert sich um 5 vom Hundert für Verwaltungskosten

§ 19

§ 19

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

- (1) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringende in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Inland in Anspruch zu nehmen. Die Kosten werden im Rahmen des § 13 Abs. 4 SGB V erstattet.
- (2) Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V können nur nach vorheriger Zustimmung durch die IKK in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der IKK im Inland erlangt werden kann. Die Kosten werden nach § 13 Abs. 5 i.V.m. § 13 Abs. 4 SGB V erstattet.
- (3) 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 in Höhe von 5 vom Hundert zu mindern.
- (4) Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage der Rechnungen.

§ 20

§ 20

Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen

Die IKK vermittelt ihren Versicherten den Abschluss von privaten Zusatzversicherungsverträgen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen. 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.

§ 21

§ 21 Leistungsausschluss nach § 52a SGB V

- (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 von Versicherten nach § 50 SGB X Ersatz für Leistungen fordern, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden.
- (2) Der Tatbestand der missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme 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.
- (4) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann die IKK den Medizinischen Dienst 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

§ 22

§ 22

Beitragsbemessung

Die IKK erhebt entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen des SGB und der auf ihrer Grundlage erlassenen Vorschriften, in den jeweils geltenden Fassungen, Beiträge zur Krankenversicherung, die an den Gesundheitsfonds weitergeleitet werden.

§ 23

§ 23

Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V

Die IKK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt 3,39 vom Hundert der monatlich beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 24

§ 24

Tragung, Zahlung und Fälligkeit

Für die Tragung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge gelten die gesetzlichen Bestimmungen des SGB und der auf ihrer Grundlage erlassenen Vorschriften, in den jeweils geltenden Fassungen.

§ 25

§ 25

Vorschüsse/Erstattungen

Von Arbeitgebenden,

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 die notwendigen Angaben über die Lohnsummen und die Abführung der Beiträge unterlassen haben oder
3. 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

§ 26

§ 26

Widerspruchsausschuss

- (1) Der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird besonderen Ausschüssen – Widerspruchsausschüssen – übertragen (§ 36a Abs. 1 SGB IV). Sie sind auch Einspruchsstelle nach den Bußgeldvorschriften des SGB und nehmen die Aufgaben der Verwaltungsbehörde nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr. Die IKK bildet acht Widerspruchsausschüsse. Diese haben ihren Sitz in Potsdam, Magdeburg und Bremen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat.
- (2) Jeder Widerspruchsausschuss ist paritätisch mit zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Versicherten und mit zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Arbeitgebenden besetzt. Jedes Mitglied hat eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter. Jeder Widerspruchsausschuss wählt aus seiner Mitte die alternierende Vorsitzende oder den alternierenden Vorsitzenden. Der Vorsitz wechselt zwischen den alternierenden Vorsitzenden jeweils am 01.01. eines Jahres.
- (3) Sitzungen der Widerspruchsausschüsse können durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung von Mitgliedern durchgeführt werden (hybride Sitzungen).
- (4) Sitzungen der Widerspruchsausschüsse können in außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild und Tonübertragung stattfinden (digitale Sitzungen). Der Vorsitz stellt den Ausnahmefall fest und entscheidet im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitz über die Durchführung einer digitalen Sitzung. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht. In der Einladung zur Sitzung ist festzulegen, in welcher Frist und Form der Widerspruch zu erfolgen hat.

- (5) Die Beschlussfassung in hybriden und digitalen Sitzungen erfolgt nach Festlegung durch die Sitzungsleitung durch Stimmabgabe per Handzeichen, mündlich oder über ein geeignetes technisches Abstimmungstool. Bei Bedarf erfolgt für die Abstimmung ein namentlicher Aufruf.
- (6) Die Widerspruchsausschüsse können ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Wenn mindestens ein Mitglied des jeweiligen Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Widerspruchsverfahren in der jeweils nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.
- (7) Der Verwaltungsrat bestellt die Mitglieder und ihre Stellvertretenden. 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.
- (8) 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 Widerspruchsausschüsse gelten diese Regelungen entsprechend.
- (9) Für die Beratung und die Beschlussfassung gelten die Regelungen der §§ 63 bis 64a SGB IV entsprechend.
- (10) Die Entschädigung der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse richtet sich nach Anhang 2 zur Satzung (Entschädigungsregelung für die Organmitglieder der IKK).

SECHSTER ABSCHNITT

Organe

§ 27

§ 27

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.

§ 28

§ 28

Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat besteht aus je 14 Mitgliedern der Versichertenvertreter und der Arbeitgebendenvertreter.
- (2) Die Wahl der vorsitzenden Person des Verwaltungsrates erfolgt nach § 62 Abs. 1 SGB IV. Zwischen dem Vorsitz und der Stellvertretung wechselt der Vorsitz jährlich jeweils am 01.01. eines Jahres (§ 62 Abs. 3 SGB IV).
- (3) Für die Stellvertretung verhinderter Mitglieder des Verwaltungsrates gilt § 43 Abs. 2 i.V.m. § 40 SGB IV. Stellvertretende sind die als solche in der Vorschlagsliste benannten und verfügbaren Personen in der Reihenfolge ihrer Aufstellung. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
- (4) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Krankenkasse. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:
 1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die IKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,
 2. den Haushaltsplan festzustellen,
 3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
 4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,

5. den Vorstand zu überwachen und die Geschäftsbereiche der Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit dem Vorstand festzulegen,
 6. Amtsenthebung und -entbindung des Vorstandes,
 7. Amtsenthebung und -entbindung von Mitgliedern des Verwaltungsrates,
 8. Vertretung der IKK durch seine Vorsitzenden gegenüber dem Vorstand,
 9. Entscheidung über die Besetzung von Ausschüssen,
 10. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 11. zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 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 Rechnungsprüfung.
- (5) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (6) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- (7) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (8) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gem. § 41 SGB IV richtet sich nach den in Anhang 2 zu § 28 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Der Anhang 2 ist Bestandteil der Satzung.
- (9) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- (10) Sitzungen des Verwaltungsrates können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden. Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen und bei Vorstandswahlen.
- In außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrates digital (als Videokonferenz) stattfinden. Die oder der Vorsitzende des Verwaltungsrates stellt im Einvernehmen mit der oder dem alternierenden

Vorsitzenden des Verwaltungsrates den Ausnahmefall oder die Eilbedürftigkeit in diesem Sinne fest.

In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Die Beschlussfassung in hybriden und digitalen Sitzungen erfolgt nach Festlegung durch die oder den Vorsitzenden mittels Stimmabgabe per Handzeichen, mündlich oder über ein geeignetes technisches Abstimmungstool. Bei Bedarf erfolgt für die Abstimmung ein namentlicher Aufruf.

Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich IKK liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht. Der Widerspruch ist unverzüglich nach Bekanntgabe der Feststellung des Ausnahmefalls in Textform an die oder den Vorsitzenden zu richten. An öffentlich-hybriden Sitzungen kann die Öffentlichkeit durch Aufsuchen des Sitzungsortes teilnehmen. Bei öffentlichen, digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.

- (11) 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 schriftlich ohne Sitzung abstimmen, es sein denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widersprechen der schriftlichen Abstimmung. Näheres regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

§ 29

§ 29 Vorstand

- (1) Der Hauptamtliche Vorstand besteht aus drei Personen. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig.

- (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 erlässt Richtlinien über die Verwaltung der IKK gesund plus. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstands seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende. 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,
 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.

§ 30

§ 30 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.

SIEBENTER ABSCHNITT

Verwaltung der Mittel

§ 31

§ 31 Rücklage

Die Rücklage nach § 261 SGB V beträgt 20 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.

ACHTER ABSCHNITT

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

§ 32

§ 32 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

§ 33

§ 33 Bekanntmachungen gemäß §§ 34 Absatz 2 SGB IV, 305b SGB V

- (1) Die Bekanntmachungen von Satzungen und sonstigem autonomen Recht erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.ikk-gesundplus.de.
- (2) Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.
- (3) Die Bekanntmachung der Jahresrechnungsergebnisse erfolgt im Bundesanzeiger sowie auf der Internetseite und durch Aushang in den Geschäftsstellen.

**§ 34
Inkrafttreten**

Die Satzung tritt am 01.10.2026 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. Organe und Vorsitz

- a) 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.
- b) Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts Abweichendes beschließen, jeweils diejenige Person aus der Vertretung der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitz oder zur Stellvertretung des Vorsitzes des Verwaltungsrates gewählt worden ist.
- c) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat wählen jeweils aus ihrer Mitte eine stellvertretende Person für den Vorsitz.

2. Widerspruchsstelle, Einspruchsstelle

- a) 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).
- b) Die Bestimmungen der Satzung über die Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle in Angelegenheiten der Krankenversicherung gelten mit der in Ziffer 1 a) dieses Anhangs genannten Einschränkungen.

3. Haushaltsplan, Jahresrechnung

- a) 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 Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat.

- b) Mit der Prüfung der Jahresrechnung wird ein externer Prüfer beauftragt.
- c) Der Vorstand hat die Jahresrechnung aufzustellen und den Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat vorzulegen. Diese haben die Jahresrechnung zu prüfen.
- d) Die Vertreterinnen und 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

- a) 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.
- b) 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

- a) Der Umlagesatz für das U1-Verfahren beträgt nach § 7 Abs. 2 Satz 1 AAG
 - aa) für die allgemeine Umlage: 2,19 vom Hundert
 - bb) für die erhöhte Umlage: 2,93 vom Hundert
 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber können auf Antrag zwischen den Umlagesätzen nach Satz 1 wählen.
- b) Die IKK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern bei Wahl des Umlagesatzes nach Buchst. aa) 50 vom Hundert und nach Buchst. bb) 70 vom Hundert des für den in § 3 Abs. 1 und Abs. 2 EFZG und den in § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sowie Auszubildende fortgezählten Arbeitsentgelts. Damit sind auch die Beträge abgegolten, die Arbeitgeber für die von ihnen zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und der Arbeitgeberanteile an den Beiträgen zur gesetzlichen Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung und der

Beiträge nach § 172a 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.

- c) Der Antrag nach Abschnitt a) 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 den Antrag sind Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden. Machen Arbeitgeber bei erneuter Antragsmöglichkeit von ihrem Wahlrecht innerhalb der in Satz 1 genannten Frist keinen Gebrauch, gilt der zuletzt beantragte, bei erstmaliger Antragsmöglichkeit der erhöhte Umlagesatz nach Abschnitt a) Buchst. bb). Wird ein Umlagesatz oder werden mehrere Umlagesätze nach Abschnitt a) oder ein oder mehrere Erstattungssätze nach Abschnitt b) 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.
- d) Der Umlagesatz für das U2-Verfahren beträgt 0,42 vom Hundert
- e) Die IKK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern auf Antrag 100 vom Hundert des von den Arbeitgebern nach § 20 Abs. 1 MuSchG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld und des von den Arbeitgebern nach § 18 MuSchG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts (Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft) sowie einen Zuschlag in Höhe von pauschal 21,5 vom Hundert des von den Arbeitgebern nach § 18 MuSchG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts, maximal bis zu der für den Erstattungszeitraum jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung nach § 159 SGB VI in Verbindung mit der Anlage 2 zum SGB VI, zur Abgeltung der von den Arbeitgebern ggf. zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und zur gesetzlichen Kranken- und Renten- und Pflegeversicherung und der Beiträge nach § 172a SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI.
- f) Den Arbeitgebern 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.

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.

ANHANG 2

ZUR SATZUNG DER IKK gesund plus

Entschädigungsordnung für die Erstattung von Kosten für die Organmitglieder der IKK gesund plus

Die Organmitglieder des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung von Aufgaben im Rahmen ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit bei der IKK folgende Entschädigungen:

A. Ersatz von baren Auslagen

1. Fahrkosten

Für Wegstrecken werden die tatsächlichen Beförderungskosten erstattet. Die Organmitglieder haben eigenverantwortlich zu prüfen, welches Beförderungsmittel am zweckmäßigsten ist. Für Bahnfahrten gilt die 1. Klasse. Flugkosten werden in Höhe der Economic- oder Touristenklasse ersetzt. Bei Benutzung des Kraftwagens wird eine Pauschale nach § 5 Abs. 2 Bundesreisekostengesetz gezahlt. Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten wie Parkgebühren werden in voller Höhe erstattet. Für die regelmäßige Nutzung eines Fahrrads wird Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 3 BRKG i. V. m. Ziff. 5.3. BRKGVwV geleistet.

2. Tagegeld

Als Ersatz von Mehraufwendungen für Verpflegung wird in analoger Anwendung von § 6 Bundesreisekostengesetz ein Tagegeld gezahlt. Dessen Höhe richtet sich nach § 9 Abs. 4 a Satz 3 i.V.m. § 9 Abs. 4 a Satz 8 Einkommenssteuergesetz mit den in der jeweils aktuellen Fassung festgesetzten Beträgen.

3. Übernachtungsgeld/-kosten

Für Übernachtungskosten gilt ein Betrag in Höhe der Pauschale nach § 7 Bundesreisekostengesetz, sofern keine höheren tatsächlichen Kosten nachgewiesen werden. Ist im Übernachtungspreis das Frühstück enthalten, erfolgt eine Kürzung um 20 vom Hundert der aktuellen Verpflegungspauschale.

B. Pauschbeträge

1. für Zeitaufwand

- a. Der Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Abs. 3 S. 1 SGB IV) beträgt 90 Euro je Sitzungstag.
- b. Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertretung erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand nach § 41 Abs. 3 SGB IV.
- c. Als Pauschbeträge für den Zeitaufwand, der für die Tätigkeit außerhalb der Sitzung erforderlich ist, erhalten Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates, die ihre Aufgaben gemeinsam wahrnehmen, monatlich jeweils das 7-fache des Betrages nach Buchstabe a.)

2. für Auslagen außerhalb von Sitzungen

Zur Abgeltung von baren Auslagen, die durch die Tätigkeit außerhalb der Sitzungen entstehen, werden dem Vorsitz und dem stellvertretenden Vorsitz des Verwaltungsrates, die ihre Aufgaben gemeinsam wahrnehmen, als Pauschbetrag je 81 Euro monatlich gezahlt.

3. Verdienstausschlag

- a. Den Mitgliedern des Verwaltungsrates wird der durch die Wahrnehmung des Amtes tatsächlich entgangene Bruttoverdienst und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI erstattet. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens $\frac{1}{75}$ der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV).
- b. Wird durch schriftliche Erklärung der Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit $\frac{1}{3}$ des in Absatz 1 Satz 2 genannten Höchstbetrages zu ersetzen.
- c. Der Verdienstausschlag wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt. Die letzte angefangene Stunde ist dabei voll zu rechnen.

4. Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane mit Familien- oder Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gem. § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleG) erstattet werden. Die Voraussetzungen für die Erstattung und die Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils gültigen Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen nach § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 BGleG.

Hinweis:

Zahlungen an die Betreuungsperson sollen aus steuerrechtlichen Gründen grundsätzlich unbar erfolgen. Beantragte Erstattungsleistungen sind grundsätzlich steuerpflichtig (§ 3 Nr. 34a lit. b und § 32 Abs. 1 EStG).

ANHANG 3
ZUR SATZUNG DER IKK gesund plus

Regionale Zuständigkeit der IKK gesund plus

Der Anhang 3 zur Satzung steht als gesondertes Dokument zur Verfügung.

ANHANG 4
ZUR SATZUNG DER IKK gesund plus

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 8

**I. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 8 Abs. 2 der Satzung -
Inanspruchnahme von Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen
Risiken und Früherkennung von Krankheiten**

Im Folgenden werden die Kriterien, die Art und die Höhe der Bonusgewährung für die in § 8 Abs. 2 der Satzung geregelte Inanspruchnahme von Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten aufgeführt.

1. Das Bonusprogramm für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 22, 55 Absatz 1 Satz 4, 25, 25a und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V der IKK ist in zwei Altersgruppen eingeteilt:

Junior:	0 – 17 Jahre
Erwachsene:	ab 18 Jahre

Die bonusrelevanten Maßnahmen sind altersgerecht zugeordnet und der Ziffer 3 zu entnehmen.

2. Die Höhe der Boni wird nach einem Punktesystem ermittelt. Ein Punktwert entspricht einem Euro.
3. Es gelten folgende bonifizierbare Maßnahmen und Bonuspunkte:

Altersgruppe 0 bis 17 Jahre:

- Halbjährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V i. V. m. § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V (je 10 Bonuspunkte)
- Schutzimpfungen nach § 20 i SGB V (10 Bonuspunkte je Schutzimpfung)
- Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U4 – U11, J1 und J2) nach § 26 Abs. 1 SGB V (je 10 Bonuspunkte)

Altersgruppe ab 18 Jahre:

- Jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V i. V. m. § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V (10 Bonuspunkte)
- Schutzimpfungen nach § 20i SGB V (10 Bonuspunkte je Schutzimpfung)
- Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V (10 Bonuspunkte)
- Organisierte Früherkennungsprogramme nach § 25a SGB V (je 10 Bonuspunkte)

II. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 8 Abs. 3 der Satzung - Inanspruchnahme von Leistungen der Schwangerschafts- und Neugeborenenversorgung

Für die Schwangerschaftsvorsorge gemäß § 24d SGB V i.V.m. den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und Neugeborenenversorgung wird ein gesonderter Bonus gewährt. Folgende Maßnahmen können einen Bonus begründen:

- Für die Mutter:
Vollständige Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (140 Bonuspunkte)
- Für das Neugeborene:
Vollständige Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U 1 bis U3 (60 Bonuspunkte)

III. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 8 Abs. 4 der Satzung - regelmäßige Inanspruchnahme von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention

Für die regelmäßige Inanspruchnahme von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention erhalten Versicherte der IKK nach den im Folgenden genannten Kriterien einen Bonus.

1. Das Bonusprogramm der IKK ist in zwei Altersgruppen eingeteilt:
Junior: 0 – 17 Jahre
Erwachsene: ab 18 Jahre

Die bonusrelevanten Maßnahmen sind altersgerecht zugeordnet und der Ziffer 3 zu entnehmen.

2. Die Höhe der Boni wird nach einem Punktesystem ermittelt. Ein Punktwert entspricht einem Euro.
3. Es gelten folgende bonifizierbare Maßnahmen und Bonuspunkte:

Altersgruppe 0 bis 17 Jahre:

- Aktive Mitgliedschaft im Sportverein (20 Bonuspunkte)
- Aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Sport-, Gesundheits- und/oder Fitnessstudio (50 Bonuspunkte)
- Präventionskurse nach § 20 Abs. 5 SGB V bzw. Präventionskurs Gewalt (20 Bonuspunkte)
- Schwimmbadabzeichen/ Sportabzeichen/ Teilnahme an einer Sportveranstaltung unter qualifizierter Leitung (20 Bonuspunkte)
- Eltern-Kind-Kurse oder Baby-/Kinderkurse nach §20 SGB V (20 Bonuspunkte)

Altersgruppe ab 18 Jahre:

- Aktive Mitgliedschaft im Sportverein/Schwimmbadabzeichen/ Sportabzeichen/ Teilnahme an einer Sportveranstaltung unter qualifizierter Leitung (20 Bonuspunkte)
- Aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Sport-, Gesundheits- und/oder Fitnessstudio (50 Bonuspunkte)
- Qualitätsgesicherte Angebote der IKK entsprechend des GKV Leitfadens zur verhaltensbezogenen Prävention im Handlungsfeld Bewegung (20 Bonuspunkte)
- Qualitätsgesicherte Angebote der IKK entsprechend des GKV Leitfadens zur verhaltensbezogenen Prävention im Handlungsfeld Stressbewältigung/Entspannung (20 Bonuspunkte)
- Qualitätsgesicherte Angebote der IKK entsprechend des GKV Leitfadens zur verhaltensbezogenen Prävention im Handlungsfeld Ernährung (20 Bonuspunkte)
- Qualitätsgesicherte Angebote der IKK entsprechend des GKV Leitfadens zur verhaltensbezogenen Prävention im Handlungsfeld Suchtmittelkonsum (20 Bonuspunkte)

- Rückbildungsgymnastik (20 Bonuspunkte)

ANHANG 5

ZUR SATZUNG DER IKK gesund plus

Besonderheiten zu Selektivverträgen zu § 12b

1. Die Kombination der Teilnahme an mehreren Versorgungsformen aus dem Bereich der Selektivverträge ist nur dann möglich, wenn sie in der Aufstellung nicht ausgeschlossen ist. Durch den einhergehenden Ausschluss von Kombinationen soll vermieden werden, dass Versicherte Versorgungselemente in Anspruch nehmen, deren Inhalte sich widersprechen. In der Tabelle sind ausschließlich Selektivverträge aufgeführt die ausgeschlossen werden könnten. Die Teilnahme an weiteren hier nicht aufgeführten Selektivverträgen können somit kombiniert werden.

Sollten Versicherte unzulässig in eine ausgeschlossene Kombination aufgenommen werden, wird im Rahmen eines Beratungsgesprächs der Inhalt der ausgewählten Versorgungsformen erörtert und im Sinne der Versicherten eine Teilnahme storniert bzw. zusammen mit den Versicherten eine Kombination ausgewählt, die im Sinne der Aufstellung zulässig ist.

	Hausarzt- vertrag Berlin	Care Plus Berlin	Berliner Pflegeprojekt	Homöo- pathie- vertrag	IKKids
Hausarzt- vertrag Berlin		X	X	X	X
Care Plus Berlin	X		X	X	X
Berliner Pflegeprojekt	X	X		X	X
Homöopathie- vertrag	X	X	X		X
IKKids	X			X	

2. Kombination von Satzungsleistung und Selektivvertrag

Die Teilnahme am Selektivvertrag Esysta mit der Firma Emperra ist ausgeschlossen, solange Versicherte mit einem Flash Glukose Messsystem (FreeStyle Libre) versorgt sind.

3. Kombination von Regelleistung und Selektivvertrag

Die Teilnahme am Selektivvertrag Esysta mit der Firma Emperra ist ausgeschlossen, solange Versicherte mit einem Hilfsmittel zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) versorgt sind.

ANHANG 6
ZUR SATZUNG DER IKK gesund plus

Operationen, Eingriffe und onkologische Behandlungsmethoden zu § 15

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 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