



Satzung

(in der Fassung des 117. Nachtrages)

Stand 07.09.2026

A Verfassung

§ 1	Name, Rechtsstellung, Sitz und Geschäftsgebiet	3
§ 2	Organe	3
§ 3	Verwaltungsrat.....	3 - 5
§ 4	Vorstand	5 - 6
§ 5	Ehrenamtliche Berater	6
§ 6	Vertretung der Kasse	6
§ 7	Widerspruchsausschuss.....	6
§ 8	Entschädigung der Organmitglieder	7
§ 9	Gliederung	7
§ 10	Änderung der Satzung	7

B Mitgliedschaft

§ 11	Mitgliederkreis	7
§ 12	Beginn der Mitgliedschaft	8
§ 13	Ende der Mitgliedschaft	8

C Beiträge

§ 14	Aufbringung der Mittel.....	8
§ 15	Beitragsbemessung	8
§ 16	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	9
§ 17	Fälligkeit und Zahlung der Beiträge.....	9

D Leistungen

§ 18	Anspruchsgrundlagen	9 - 11
§ 19	Prävention.....	11 - 12
§ 19a	Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten	12
§ 20	Vorsorge- und Rehabilitationskuren	12
§ 21	Wahltarife für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 des Fünften Buches Gesetzbuch (SGB V)	12 - 15
§ 22	Haushaltshilfe	15 - 16
§ 23	Häusliche Krankenpflege.....	16
§ 24	Zusätzliche Leistungen.....	16
§ 24a	Medizinische Vorsorge.....	16 - 18
§ 24b	Schwanger-/Mutterschaftsleistungen	18

§ 24c	Künstliche Befruchtung.....	19
§ 24d	Zahnärztliche Leistungen	19
§ 24e	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	19
§ 24f	Heilmittel.....	20 - 21
§ 24g	Hilfsmittel	21
§ 24h	Digitales Gesundheitskonto	21 - 22
§ 24i	Nicht zugelassene Leistungserbringer	23
§ 25	HEK-Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	24
§ 25a	Vorsorgebonus	24
§ 25b	Gesundheitsbonus.....	24 - 26
§ 25c	Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	26
§ 25d	Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen	26
§ 26	Prämienzahlung nach § 53 Abs. 1 (SGB V) bei Kostenbeteiligung (Selbstbehalt)	26 - 27
§ 26a	Selbstbehalt nach § 53 Abs. 1 (SGB V) bei Kostenbeteiligung HEK-Tarif Flex.....	27 - 29
§ 27	Prämienzahlung nach § 53 Abs. 2 (SGB V) bei Leistungsfreiheit.....	29
§ 27a	Prämienzahlung nach § 53 Abs. 2 (SGB V) bei Leistungsfreiheit.....	30 - 31
§ 28	Wahltarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen	31 - 32
§ 28b	Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz.....	32

E Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 29	Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung ...	32
§ 30	Rücklage	33

F Übergangsvorschriften, Bekanntmachungen, Inkrafttreten

§ 31	Bekanntmachungen	33
§ 32	Inkrafttreten	33

G Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber

§ 33	Ausgleichsverfahren.....	33
------	--------------------------	----

H Anlagen zur Satzung

Anlage zu § 8 - Entschädigungsregelung.....	34 - 36
Anlage 1 zu § 24f der HEK-Satzung (Heilmittel).....	36
Anlage 2 zu § 24g der HEK-Satzung (Hilfsmittel)	37
Anlage zu §§ 25a und b der Satzung.....	37 - 38
Anlage zu § 33 Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber	38 - 39

A Verfassung

§ 1

Name, Rechtsstellung, Sitz und Geschäftsgebiet

1 - Die im Jahre 1826 gegründete Kasse führt den Namen HEK - Hanseatische Krankenkasse. Die HEK ist Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (Ersatzkasse). Sie ist eine rechtsfähige, bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

2 - Sitz der HEK ist Hamburg.

3 - Das Geschäftsgebiet der HEK umfasst das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2

Organe

1 - Selbstverwaltungsorgan der HEK ist der Verwaltungsrat.

2 - Verwaltungsorgan ist der hauptamtliche Vorstand.

3 - Wahl, Amtsdauer, Mitgliedschaft, Vorsitz, Geschäftsordnung, Haftung, Stellvertretung, Ergänzung sowie Rechte und Pflichten richten sich nach den Vorschriften des Vierten (SGB IV) und Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

§ 3

Verwaltungsrat

1 - Der Verwaltungsrat besteht aus 15 Mitgliedern.

2 - Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der HEK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die HEK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

3 - Der Verwaltungsrat trifft alle Entscheidungen, die für die HEK von grundsätzlicher Bedeutung sind. Zu seinen Vorstellungen über die Führung und Verwaltung der Kasse kann der Verwaltungsrat für den Vorstand Leitlinien erlassen. Zur Erledigung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Ihm obliegt insbesondere:

- a) die Wahl seines/seiner Vorsitzenden und seines/seiner stellvertretenden Vorsitzenden,
- b) die Beschlussfassung über seine Geschäftsordnung und die der Ausschüsse nach § 3 Abs. 3 Buchstabe I der Satzung,
- c) die Wahl des Vorstandes und Beauftragung eines leitenden Beschäftigten der HEK mit seiner Stellvertretung,
- d) die Überwachung des Vorstandes,
- e) die Feststellung des Haushaltsplanes,

- f) die Beauftragung eines sachverständigen Prüfers gemäß § 31 SVHV, die Entgegennahme der Jahresrechnung sowie die Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung,
- g) die Beschlussfassung über die Einrichtung und Zusammensetzung des Widerspruchsausschusses nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches und des Sozialgerichtsgesetzes,
- h) die Bestimmung der Einspruchsstelle nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches und des Ordnungswidrigkeitengesetzes,
- i) die Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,
- j) die Beschlussfassung über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen,
- k) die Beschlussfassung über die Amtsentbindung oder Amtsenthebung von Mitgliedern des Verwaltungsrates und deren Stellvertreter/innen und des Vorstandes sowie über die Ergänzung des Verwaltungsrates,
- l) die Bildung von Ausschüssen zur Erfüllung seiner Aufgaben,
- m) die Bestimmung der Vertreter/innen der HEK in der Mitgliederversammlung und im Gesamtvorstand des Verbandes Ersatzkassen e.V. (vdek).

4 - Einladung, Beratung und Beschlussfassung richten sich nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches und der Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

5 - Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen bei

- a) Angleichung von Bestimmungen der Satzung an geänderte Gesetze oder höchstgerichtliche Rechtsprechung,
- b) Änderung von Bestimmungen der Satzung aufgrund von Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,
- c) Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund seines Beschlusses im schriftlichen Umlaufverfahren abschließend erledigt werden sollen,
- d) Angelegenheiten, in denen in einer seiner Sitzungen bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist.

Widerspricht mindestens ein Fünftel seiner Mitglieder einer schriftlichen Abstimmung, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

6 - Sitzungen des Verwaltungsrats können durch Zuschaltung von Mitgliedern mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung durchgeführt werden (hybride Sitzung). Der Vorsitzende entscheidet über die hybride Teilnahme des Mitglieds innerhalb angemessener Zeit nach Prüfung der technischen Möglichkeiten zur datenschutzkonformen audiovisuellen Teilnahme. Bei öffentlichen Sitzungen wird der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung in Präsenz ermöglicht.

7 - Sitzungen des Verwaltungsrats können in außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch

zeitgleiche Bild und Tonübertragung stattfinden (digitale Sitzung). Der Vorsitzende stellt den Ausnahmefall fest und entscheidet über die Durchführung einer digitalen Sitzung. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. In der Einladung zur Sitzung ist festzulegen, in welcher Frist und Form der Widerspruch zu erfolgen hat. Bei öffentlichen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche zeitgleiche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.

8.- 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.

9 - Eine ausschließlich telefonische Teilnahme an hybriden und digitalen Sitzungen ist nicht zulässig.

§ 4

Vorstand

1 - Der Vorstand besteht aus einer Person. Er wird vom Verwaltungsrat gewählt. Der Vorstand wird im Falle der Verhinderung durch einen vom Verwaltungsrat beauftragten leitenden Beschäftigten der Kasse vertreten.

2 - Der Vorstand verwaltet die HEK und vertritt diese gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Dem Vorstand obliegt insbesondere:

- a) die Aufstellung des Haushaltsplanes und Vorlage im Verwaltungsrat,
- b) die Aufstellung der Jahresrechnung nach vorheriger Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung durch einen sachverständigen Prüfer und Vorlage in den Verwaltungsrat,
- c) die Feststellung und der Einzug der Beiträge,
- d) die Entscheidung über Leistungen,
- e) die Anlegung und Verwaltung von Vermögen, soweit nicht der Verwaltungsrat nach § 3 Abs. 3 Buchstabe i) zuständig ist,
- f) die Anstellung, Einstufung und Kündigung von Angestellten sowie den Abschluss von Tarifverträgen,
- g) die Entscheidung über die Mitgliedschaft in anderen Organisationen,
- h) der Abschluss von Verträgen.

3 - Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat insbesondere über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung sowie finanzielle Situation und deren voraussichtlicher Entwicklung zu berichten.

Außerdem ist dem/der Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

§ 5

Ehrenamtliche Berater

Zur Herstellung einer möglichst engen Verbindung zwischen den Versicherten und der HEK können ehrenamtliche Berater für die Kasse tätig werden, die sich durch Vereinbarung für die Aufgabe zur Verfügung stellen.

§ 6

Vertretung der Kasse

1 - Der Verwaltungsrat vertritt die HEK gegenüber dem Vorstand. Das Vertretungsrecht wird gemeinsam durch den/die Vorsitzende(n) und den/die stellvertretende(n) Vorsitzende(n) des Verwaltungsrates ausgeübt.

2 - Der Vorstand vertritt die HEK gerichtlich und außergerichtlich soweit Gesetz oder sonstiges für die HEK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Im Verhinderungsfall tritt an die Stelle des Vorstandes der vom Verwaltungsrat mit der Stellvertretung des Vorstandes beauftragte leitende Beschäftigte der Kasse.

§ 7

Widerspruchsausschuss

1 - Der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Ausgenommen hiervon sind Widerspruchsbescheide aufgrund von Widersprüchen gemäß § 275c Absatz 3 und 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGBV).

(SGBV)2 - Der Widerspruchsausschuss besteht aus vier Mitgliedern. Der Verwaltungsrat bestellt für die Mitglieder des Widerspruchsausschusses in ausreichender Zahl stellvertretende Mitglieder. Bedienstete der HEK können unter den Voraussetzungen des § 36 a Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) zu Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern des Widerspruchsausschusses bestellt werden. Die Bestellung der Mitglieder, ihrer Stellvertreter sowie die Wahl des/der Vorsitzenden und des/der stellvertretenden Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses sowie die Beschlussfassung über die Geschäftsordnung erfolgt durch den Verwaltungsrat.

3 - Für Amtsdauer und Amtsentbindung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses sind die §§ 58 und 59 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) entsprechend anzuwenden.

4 - Der Widerspruchsausschuss kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Widerspricht mindestens ein Mitglied der schriftlichen Abstimmung, ist über die betroffenen Widerspruchsverfahren in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

5 - Sitz des Widerspruchsausschusses ist Hamburg.

§ 8

Entschädigung der Organmitglieder

1 - Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine Entschädigung nach Maßgabe des § 41 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV).

2 - Der Verwaltungsrat beschließt die festen Sätze für die Erstattung barer Auslagen und die Pauschbeträge für Zeitaufwand nach § 41 Absatz 1 und 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV).

3 - Die Entschädigung legt der Verwaltungsrat in einer Entschädigungsregelung fest, die als Anlage Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 9

Gliederung

Die HEK ist bundesweit organisiert. Sie gliedert sich unterhalb des Vorstandes in Abteilungen am Sitz der Kasse sowie Kundenzentren und Servicestellen.

§ 10

Änderung der Satzung

1 - Änderungen der Satzung - ausgenommen Teil A - werden vom Verwaltungsrat mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen beschlossen.

2 - Änderungen, die den Teil A - Verfassung - betreffen, bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder des Verwaltungsrates.

3 - Änderungen der Satzung haben Wirkung auch für bestehende Versicherungsverhältnisse. Das gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle, soweit damit keine Leistungsminderung verbunden ist.

B Mitgliedschaft

§ 11

Mitgliederkreis

1 - Mitglied der HEK können Pflichtversicherte (§ 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V), Beitrittsberechtigte und freiwillige Mitglieder (§ 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V) der gesetzlichen Krankenversicherung werden, die ihr Wahlrecht nach §§ 173 ff des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gegenüber der HEK ausüben.

2 - Mitglieder der HEK sind sonstige Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte nach Maßgabe der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

3 - Beitrittsberechtigte schwerbehinderte Menschen (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V) können ihr Beitrittsrecht zur HEK nur bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres ausüben.

§ 12

Beginn der Mitgliedschaft

1 - Der Beginn der Mitgliedschaft richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften (§§ 186 – 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V).

2 - Im Falle eines Kassenwechsels freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung beginnt die Mitgliedschaft bei der HEK mit der Rechtswirksamkeit der Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse.

3 - Die HEK erhebt und erfasst die zur Durchführung der Versicherung erforderlichen Daten entsprechend den gesetzlichen Vorschriften (§ 28 o des Vierten Buches Sozialgesetzbuches - SGB IV, § 206 des Fünften Buches Sozialgesetzbuches - SGB V).

§ 13

Ende der Mitgliedschaft

1 - Das Ende der Mitgliedschaft richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften (§§ 190 – 191 des Fünften Buches Sozialgesetzbuches - SGB V).

2 - Erklärt ein freiwilliges Mitglied seinen Austritt, weil die Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind, wird auf die Einhaltung der gesetzlichen Kündigungsfrist (§ 175 Abs. 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V) verzichtet. Bei einem rückwirkenden Anspruch auf Familienversicherung ist die Beendigung der freiwilligen Versicherung erst zum Ablauf des Monats möglich, in dem der HEK die Kündigung vorliegt.

C Beiträge

§ 14

Aufbringung der Mittel

Die Mittel zur Erfüllung der Aufgaben der HEK werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht (§ 220 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V -).

§ 15

Beitragsbemessung

Für die Beitragsbemessung gelten die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von den Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

§ 16

Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die HEK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 2,89 v. H. monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes.

§ 17

Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

1 - Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder das Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt. Ein verbleibender Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig. Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen; für den verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

2 - Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V - werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von den Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.

3 - Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V -).

D Leistungen

§ 18

Anspruchsgrundlagen

1 - Die Versicherten haben nach den gesetzlichen Vorschriften sowie den Bestimmungen dieser Satzung Anspruch auf Leistungen.

2 – Auf Leistungen besteht nach § 52a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Zwecks Prüfung des eventuell wirksam werdenden Leistungsausschlusses kann die HEK eine Untersuchung des Versicherten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung verlangen.

3 - Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die HEK vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Die Wahl kann durch den Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden. Nicht im Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der HEK in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Wahl der Kostenerstattung gilt ab dem Zeitpunkt der Kenntnisnahme der HEK für mindestens drei Kalendermonate. Erstattet wird höchstens die Vergütung, die die HEK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Der Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 vom Hundert, höchstens 25 Euro sowie um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und gesetzlich festgelegte sowie vertraglich vereinbarte Rabatte von Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen gekürzt. Die Erstattung erfolgt regelhaft nach einem vereinfachenden Verfahren in Höhe von 25 vom Hundert der ausgewiesenen privatärztlichen Rechnungslegung; auf Wunsch des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages. Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen und Verordnungen einzureichen.

4 – Versicherte können anstelle der Sach- und Dienstleistung auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Krankenhausleistungen nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) können nur nach vorheriger Zustimmung der Kasse 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 Kasse im Inland erlangt werden kann. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn Behandlungen für den Personenkreis im anderen Staat auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten sind oder aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung unterliegen. Der Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 vom Hundert, höchstens 25 Euro sowie um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und gesetzlich festgelegte sowie vertraglich vereinbarte Rabatte von Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen gekürzt. Absatz 3 Satz 7 und 10 gilt entsprechend.

5 - Wählt ein Versicherter abweichend vom Abgabevorrang für Arzneimittel, für die die HEK eine Rabattvereinbarung nach § 130a Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat, ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel, das mit dem verordneten Arzneimittel in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, hat er die entstehenden Mehrkosten zu tragen. Die Mehrkosten werden bei der Erstattung pauschaliert berücksichtigt. Neben der gesetzlichen Zuzahlung werden vom Erstattungsbetrag 20 vom Hundert als Abschlag für entgangene Vertragsrabatte sowie 15 vom Hundert als Abschlag für höhere Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabattarzneimittels abgezogen. Der so ermittelte Erstattungsbetrag wird

zusätzlich um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v.H., höchstens 25 Euro gekürzt.

§ 19

Prävention

1 - Insbesondere als Beitrag sozial bedingter sowie geschlechterbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die HEK auf Basis des Leitfadens Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung - Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Verhinderung und Vermeidung von Krankheitsrisiken mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung

- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stress- und Ressourcenmanagement

- multimodales Stress- und Ressourcenmanagement
- Förderung von Entspannung & Erholung

Suchtmittelkonsum

- Förderung des Nichtrauchens
- risikoarmer Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums.

2 - Die HEK gewährt Leistungen nach Absatz 1 (verhaltensbezogene Prävention) durch Zuschüsse. Die Zuschüsse werden für höchstens zwei Maßnahmen innerhalb eines Kalenderjahres gewährt. Diese betragen bei einer Kursgebühr bis 150 Euro, höchstens 75 Euro. Bei einer Kursgebühr über 150 Euro, höchstens 100 Euro und bei einer Kursgebühr ab 300 Euro, pauschal 250 Euro. Für die Teilnahme an publizierten Online-Angeboten nach Absatz 1 auf der HEK-Homepage sowie für die Teilnahme an Maßnahmen auf der Grundlage von Verträgen, die die HEK individuell mit Anbietern von Maßnahmen nach Absatz 1 trifft, erfolgt hiervon abweichend eine vollständige Kostenerstattung.

3 - Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres haben für individuelle Maßnahmen zur primären Prävention einen Eigenanteil von 20 Prozent zu tragen. Der Eigenanteil entfällt für publizierte Online-Angebote nach Absatz 1 sowie für Maßnahmen auf der Grundlage von HEK-Verträgen.

4 - Für Leistungen nach Abs. 1, die wegen besonderer beruflicher oder familiärer Belastung wohnortfern im Rahmen von Kompaktangeboten erbracht werden, zahlt die HEK zusätzlich einen täglichen Zuschuss von 16 Euro.

§ 19a

Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

Versicherte haben zur Verhütung von Krankheiten Anspruch auf Zuschüsse zu den Kosten für alle Schutzimpfungen mit in Deutschland zugelassenen Impfstoffen, soweit eine Leistungspflicht nicht bereits nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht. Gleiches gilt für die Prophylaxe gegen Malaria. Die Kosten der Impfstoffe und Medikamente werden abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung für Arzneimittel gemäß § 31 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in voller Höhe übernommen, Kosten für die Impfleistung bis zu der Höhe, die die HEK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.

§ 20

Vorsorge- und Rehabilitationskuren

Erbringt die HEK aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, werden die Kosten dieser Leistungen übernommen. Die HEK zahlt zu den übrigen Kosten dieser Vorsorgeleistung einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 100 Euro, sofern die Maßnahme mindestens 14 Tage umfasst. Erfüllt die Maßnahme die Voraussetzungen einer „Kompaktkur“, beträgt der Zuschuss 16 Euro täglich. Der Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt 25 Euro täglich.

§ 21

Wahltarife für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Es gelten die maßgeblichen Vorschriften der Sozialgesetzbücher (SGB), soweit nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

I. Grundanspruch und Beginn des Krankengeldes

1 – Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige sowie Beschäftigte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts haben (u. a. sog. unständig Beschäftigte), können einen Tarif mit Anspruch auf Krankengeld wählen. Der Anspruch auf Krankengeld beginnt ab dem 22. Tag nach vertragsärztlicher Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ist begrenzt bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Tarif kann nur zusätzlich zum gesetzlichen Krankengeld nach § 21 gewählt werden.

2 – Mitglieder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) können einen Tarif mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 15. Tag nach vertragsärztlicher Feststellung der Arbeitsunfähigkeit wählen. Der Krankengeldanspruch nach den Regelungen dieses Tarifs ist begrenzt bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

3 - Mitgliedern, die einen Tarif wählen, wird ein Krankengeld nur für Erkrankungen gezahlt, die nach dreimonatiger Versicherung in dem Tarif eintreten.

4 – Der Anspruch auf Krankengeld aus diesem Wahltarif ist wählbar bis zur Erreichung der Altersgrenze für die Regelaltersrente.

5 - Der Anspruch auf Krankengeld ruht, sofern das Mitglied mit einem Betrag in Höhe von zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch mit Wirkung für die Zukunft erst bei vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten verbleibt es beim Ruhen.

6 – Die Feststellung und der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich gegenüber der Krankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen unter den Voraussetzungen des über- bzw. zwischenstaatlichen oder innerstaatlichen Rechts.

7 – Ein Anspruch auf Krankengeld im Rahmen dieses Wahltarifs besteht auch bei einer stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung (§ 49 Absatz 2 und § 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V -) oder Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Absatz 4 und § Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - 24 SGB V -), deren Kosten durch die HEK getragen werden.

II. Bemessungsgrundlage der Prämie

1 - Für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige werden zur Prämienberechnung die der Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugrunde gelegten Einnahmen herangezogen; mindestens jedoch der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV).

2 – Für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) wird zur Prämienberechnung das der Beitragsbemessung durch die Künstlersozialkasse zugrunde gelegte Arbeitseinkommen herangezogen.

3 – Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts haben (z. B. unständig Beschäftigte), wird zur Prämienberechnung die monatliche Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugrunde gelegt. Sofern niedrigere Einnahmen nach § 226 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) nachgewiesen werden, sind auf Antrag überzahlte Prämien für das vergangene Jahr zu erstatten.

III. Tarife und Prämienhöhe

Die Mitglieder werden folgenden Tarifen zugeordnet:

HEK *plus* K 22:

Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige sowie Beschäftigte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts haben, nach Rdz.

I., Absatz 1. Die Prämie beträgt 1 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach Rdz. II. Absatz 1 Satz 1.

HEK plus K 15:

Künstler und Publizisten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) – Rdz. I. Absatz 2. Die Prämie beträgt 1,2 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach Rdz. II. Absatz 2.

IV. Fälligkeit und Zahlung der Prämie

1 - Die Prämie ist vom Mitglied monatlich zu zahlen. Sie ist spätestens am 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den die Prämie gilt.

2 - Zahlungspflichtige, die ihre Prämie nicht bis zum Fälligkeitstag entrichtet haben, sind im Verzug und werden gemahnt. Für Prämien, die der Zahlungspflichtige nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, sind für jeden angefangenen Monat des Zahlungsverzuges Verzugszinsen in Höhe von 1 vom Hundert des rückständigen Betrages zu zahlen. Für Prämien, mit denen sie länger als einen Monat in Verzug sind, haben Zahlungspflichtige für jeden weiteren angefangenen Monat des Zahlungsverzuges Verzugszinsen in Höhe von 5 vom Hundert des rückständigen Betrages zu zahlen.

3 – Die Prämie ist für jeden Tag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit die Satzung nichts Abweichendes bestimmt. Für die Berechnung ist die Woche zu 7, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen.

4 - Während des Bezuges von Krankengeld ist die Prämie nicht zu entrichten.

V. Berechnung und Höhe des Krankengeldes

1 – Das Krankengeld für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige beträgt 70 vom Hundert des durch Arbeitsunfähigkeit entgangenen, maximal des der Beitragsbemessung zugrundeliegenden, Arbeitseinkommens. Zur Berechnung des Krankengeldes ist das monatliche Arbeitseinkommen durch 30 zu teilen.

2 – Für Beschäftigte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts (u. a. sog. unständig Beschäftigte) oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, berechnet sich das Krankengeld nach den Regelungen des § 47 Absatz 1 und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

3 – Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) versicherten Mitglieder berechnet sich das Krankengeld nach den Regelungen des § 47 Absatz 4 Satz 3 und 4 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

4 – Das Krankengeld beträgt max. 70 vom Hundert der jeweils geltenden kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze gemäß § 223 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

5 – Erhöht sich aufgrund nachgewiesener Einkommensänderung das der Prämieinstufung zugrundeliegende Arbeitseinkommen/-entgelt, wird ein über den bisherigen Anspruch hinausgehendes Krankengeld nur für Erkrankungen gezahlt, die nach dreimonatiger Versicherung nach der neuen Prämieinstufung eintreten.

VI. Ende des Krankengeldes

1 – Das Krankengeld endet mit dem Bezug einer in § 50 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Leistung.

2 – Der Anspruch auf Krankengeld für hauptberuflich selbstständige Erwerbstätige endet mit Ablauf des Monats, in dem die selbstständige Tätigkeit aufgegeben wird. Die Einstellung der selbstständigen Tätigkeit ist durch das Mitglied nachzuweisen.

3 – Für hauptberuflich selbstständig erwerbstätige Mitglieder, die keinen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung haben und bei denen nach ärztlicher Feststellung die Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung vorliegen, entfällt der Krankengeldanspruch mit Ablauf des Monats, in dem die ärztliche Feststellung getroffen wird.

VII. Mindestbindung

1 – Die Mindestbindung an einen Tarif beträgt drei Jahre.

2 – Sie beginnt mit dem Tag des Eingangs der schriftlichen Wahlerklärung und verlängert sich nach Ablauf der Frist um weitere drei Jahre, wenn keine Kündigung erfolgt. Die Verlängerung des Wahltarifs nach Ablauf von drei Jahren gilt als Neuwahl im Sinne des § 53 Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

3 – Die dreijährige Mindestbindungsfrist kann vom Mitglied bei Eintritt eines besonderen Härtefalls zum Ende des laufenden Monats gekündigt werden.

4 – Bei wesentlichen Änderungen der Tarifbedingungen steht dem Versicherten das Recht zur Kündigung der Teilnahme zu. Die Kündigung kann zum Ende des laufenden Monats erfolgen, nachdem der Versicherte schriftlich über die beabsichtigten Änderungen der Teilnahmebedingungen in Kenntnis gesetzt wurde. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

§ 22

Haushaltshilfe

1 – Versicherte erhalten Haushaltshilfe nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

2 – Haushaltshilfe nach § 38 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird auch geleistet, wenn ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das vierzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

3 – Haushaltshilfe nach § 38 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird über den gesetzlichen Anspruch hinaus für maximal zwei weitere Wochen je Kalenderjahr geleistet.

4 – Der Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verlängert sich bei Vorliegen einer schweren Krankheit im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt um maximal 2 Wochen je Kalenderjahr, wenn ein

Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das vierzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

§ 23

Häusliche Krankenpflege

1 – Versicherte erhalten neben der Behandlungspflege (§ 37 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch -SGB V-) auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, soweit und solange diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung notwendig sind und eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und/oder versorgen kann.

2 – Der Anspruch nach Absatz 1 entfällt ab dem Zeitpunkt, ab dem Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) eintritt.

§ 24

Zusätzliche Leistungen

Die HEK stellt auf der Grundlage des § 11 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die in den §§ 24 a - 24 i genannten folgenden zusätzlichen Leistungen zur Verfügung.

§ 24a

Medizinische Vorsorge

1 – Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die HEK im Einzelfall die Kosten unter der Voraussetzung, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweist. Für folgende, von Ärzten durchgeführte oder veranlasste Vorsorgeleistungen erfolgt die Erstattung in Höhe von jeweils 70 vom Hundert, maximal 100 Euro jährlich; hierzu sind spezifizierte Rechnungen einzureichen:

- Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung (Mammografie, Ultraschalluntersuchung – Sono-Check“) bei vorliegenden Risikofaktoren (positive Familienanamnese),
- Gesundheitsuntersuchung bei Risikofaktoren (Übergewicht, Bewegungsmangel),
- Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs (immunologischer Stuhltest, Darmspiegelung) bei Risikofaktoren (familiär oder erblich erhöhtes Erkrankungsrisiko).

2 – Für die Kinderuntersuchungen „U10“ und „U11“ sowie die Jugendgesundheitsuntersuchung „J2“ erfolgt nach Vorlage spezifizierter Rechnungen eine Erstattung in Höhe der Vertragssätze, sofern

- Entwicklungs-/Verhaltensstörungen, Störungen der motorischen Entwicklung, Verdacht auf Diabetes (U10),
- schulische Probleme, Sozialisations-/ Verhaltensstörungen, gesundheitsschädigendes Medienverhalten, Verdacht auf Diabetes, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien (U11),

- Sozialisations-/ Verhaltensstörungen, Haltungsstörungen, Kropfbildung, Verdacht auf Diabetes, Sexualitäts- und Pubertätsprobleme bestehen (J2) bestehen.

3 – Die HEK beteiligt sich an den Kosten für folgende Leistungen bei Schwangerschaft:

- a) - Toxoplasmosetest (bei Kontakt der Schwangeren mit Tieren, insbesondere Katzen),
 - Antikörperbestimmung auf Ringelröteln
 - Antikörperbestimmung auf Windpocken
 - Streptokokken-Test,
 - Zytomegalie-Test,

sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien. Der Anspruch besteht bei schwangeren Frauen mit möglichen Risikofaktoren oder einer möglichen Gefährdung des ungeborenen Kindes im Einzelfall zur Vermeidung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten oder um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken oder eine Schwächung der Gesundheit der Schwangeren, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen. Es setzt voraus, dass die Vorsorgeleistung von einem Arzt durchgeführt wird. Zur Kostenerstattung sind der HEK spezifizierte Rechnungen vorzulegen. Der Erstattungsbetrag beträgt maximal 20 Euro je Leistung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten und wird einmalig je Schwangerschaft gezahlt.

- b) nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Folsäure, Jod, Eisen und Magnesium. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel durch einen Arzt auf Privatrezept verordnet wurde und die Einnahme aufgrund der Schwangerschaft medizinisch notwendig ist. Das Arzneimittel mit einer in der Bundesrepublik Deutschland gültigen Zulassung muss von einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels (Versandapotheke) bezogen worden sein. Zur Erstattung sind die ärztliche Verordnung und die Quittung der Apotheke einzureichen. Erstattet werden je Schwangerschaft insgesamt maximal 20 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

4 - Die HEK beteiligt sich im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung an den Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztliche bescheinigte 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. Derartige Risikofaktoren sind:

- erhöhtes Körpergewicht
- erhöhter Blutdruck
- kardiovaskuläre Vorerkrankungen
- Atemwegserkrankungen
- Skelettvorerkrankungen
- Diabetes
- Rauchen
- Alkoholmissbrauch.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigten Leistungserbringern mit der Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ erbracht wird. Entsprechend qualifizierte Ärzte können über die Arztsuche der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung gefunden werden. Die HEK erstattet die Kosten in Höhe von 70 vom Hundert, maximal 60 Euro pro Behandlung nach Satz 1 beziehungsweise maximal 120 Euro pro Behandlung nach Sätzen 1 und 2 zusammen, aber nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.

§ 24b

Schwanger-/Mutterschaftsleistungen

1 - Schwangere Versicherte haben über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus Anspruch auf Erstattung der Kosten die für eine Begleitperson anlässlich eines gemeinsamen Geburtsvorbereitungskurses durch eine(n) gemäß § 134a Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassene(n) oder gemäß § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) berechnigte(n) Hebamme / Entbindungspfleger(in) entstehen. Die Erstattung erfolgt nach Vorlage einer spezifizierten Rechnung in Höhe von 70 vom Hundert, maximal 100 Euro.

2 - Darüber hinaus erstattet die HEK nach Vorlage spezifizierter Rechnungen die Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme, die ab der 37. Woche der Schwangerschaft entstehen und die Hebamme gemäß §§ 134a Absatz 2 oder 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechnigt ist. Die Erstattung erfolgt maximal in Höhe von 100 Euro. Voraussetzung ist, dass die Frau bei der HEK versichert ist.

3 - Versicherte haben zusätzlich zu den Leistungen nach § 28 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) während einer Schwangerschaft einmalig einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine professionelle Zahnreinigung, die von einem zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechnigten Leistungserbringer durchgeführt wird. Zur Kostenerstattung ist eine spezifizierte Rechnung vorzulegen.

4 - Die HEK übernimmt für ihre schwangeren Versicherten die Mehrkosten im Umfang von einer zusätzlichen, über die Regelversorgung hinausgehenden, Beschaffung mit einer Schwangerschaftsleibbinde. Voraussetzung ist, dass das Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst wird und die Verordnung durch einen Arzt erfolgt. Zur Kostenerstattung ist eine spezifizierte Rechnung sowie die Verordnung vorzulegen.

§ 24c

Künstliche Befruchtung

Über die in § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) definierte Kostenbeteiligung hinaus besteht für das Ehepaar bei Durchführung einer

- In-vitro-Fertilisation (IVF) oder einer
- intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI)

Anspruch auf einen weitergehenden Zuschuss von 200 Euro je Versuch, maximal für 3 Versuche.

§ 24d

Zahnärztliche Leistungen

1 - Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die HEK nach Vorlage spezifizierter Rechnungen die Kosten für folgende zahnärztliche und bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene kieferorthopädische Leistungen in Höhe von jeweils 70 vom Hundert, maximal 100 Euro jährlich:

- Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung,
- Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren (Zähne 15, 14, 24, 25, 34, 35, 44, 45) im bleibenden Gebiss,
- Einsatz einer festsitzenden Retentionsspanne (sog. „festsitzender Retainer“) nach Abschluss einer vertragskieferorthopädischen Behandlung.

2 - Versicherte ab 16 Jahre haben zusätzlich zu den Leistungen nach § 28 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Anspruch auf einen Zuschuss für eine professionelle Zahnreinigung in Höhe von 10 Euro je Kalenderjahr, die von einem zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigten Leistungserbringer durchgeführt wird. Voraussetzung ist, dass für die professionelle Zahnreinigung nicht bereits ein Bonus nach § 25a Absatz 2 Satz 5 Satzungen gezahlt wurde. Zur Kostenerstattung ist eine spezifizierte Rechnung vorzulegen.

§ 24e

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Über die in §§ 31 und 34 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Ansprüche zur Arzneimittelversorgung hinaus erstattet die HEK nach Vorlage spezifizierter Rechnungen und Verordnungen die Kosten für apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie in Höhe von 70 vom Hundert, maximal 100 Euro für jede dieser Arzneimittelgruppen jährlich, wenn diese durch einen Arzt verordnet wurden. Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der Versorgung ausgeschlossen wurden, werden nicht erfasst.

§ 24f

Heilmittel

1. Osteopathie

Versicherte können ärztlich verordnete osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen zur qualitätsgesicherten osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Vertragsarzt oder auf ärztliche Verordnung durch zugelassene Physiotherapeuten oder durch nach § 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigten Arzt oder Physiotherapeuten erbracht wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen parietale und viszerale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre. Die Kosten werden für bis zu 3 Sitzungen jährlich übernommen. Nach Vorlage spezifizierter Rechnungen und Verordnungen werden 30 Euro je Sitzung erstattet, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

2. Anthroposophische Heilmittel

Für ärztlich verordnete anthroposophische Heilmittel (Heileurythmie, Kunsttherapie, Rhythmische Massage) werden die Kosten in Höhe von 70 vom Hundert, maximal 100 Euro jährlich, erstattet, sofern der Leistungserbringer Mitglied eines Berufsverbandes der anthroposophischen Therapierichtungen ist oder eine entsprechende Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der anthroposophischen Therapierichtungen berechtigt. Voraussetzung ist ferner, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen und Verordnungen einzureichen.

3. Weitere Heilmittel im Rahmen von Naturheilverfahren

Für ärztlich verordnete weitere Heilmittel im Rahmen von Naturheilverfahren werden die Kosten in Höhe von jeweils 70 vom Hundert, maximal 100 Euro jährlich, erstattet. Weitere Heilmittel im Rahmen von Naturheilverfahren sind:

- Ayurveda (Teilkörpermassagen und Thermotherapien)
- Feldenkrais
- Shiatsu
- Traditionelle chinesische Medizin (Tuina und Krankengymnastik nach Qigong).

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen zur qualitätsgesicherten Leistungserbringung in den Naturheilverfahren Ayurveda, Feldenkrais, Shiatsu oder traditionelle chinesische Medizin berechtigten Vertragsarzt oder auf ärztlicher Verordnung durch einen Physiotherapeuten, der die Zulassungsvoraussetzungen im Sinne des § 124 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erfüllt, oder im Sinne des 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigten Arzt oder Physiotherapeuten erbracht wird. Berechtigt ist, wer eine erfolgreich abgeschlossene Fort- oder Ausbildung der genannten Therapieformen absolviert hat oder ordentliches Mitglied eines Berufsverbandes dieser Naturheilverfahren ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum

Beitritt in einem Verband dieser Naturheilverfahren berechtigt wäre. Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen und Verordnungen einzureichen.

§ 24g

Hilfsmittel

1 - Die HEK beteiligt sich bei Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres an den Kosten für medizinisch notwendige Sehhilfen, die dafür geeignet sind, bei sportlichen Aktivitäten getragen zu werden (Sportbrille).

2 - Voraussetzung für den Anspruch ist, dass

a) die Versicherten nach ICD 10-GM 2017 auf Grund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 oder einen verordneten Fernkorrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus aufweisen und

b) die Sportbrille in einem Optikerfachgeschäft oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels für Sehhilfen bezogen wurde.

3 - Zur Kostenerstattung ist eine spezifizierte Rechnung des Optikers vorzulegen sowie eine augenärztliche Verordnung bzw. die Augenglasbestimmung des Optikers. Der Zuschuss beträgt einmalig 20 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

§ 24h

Digitales Gesundheitskonto

(1) Versicherte haben Anspruch auf Kostenerstattung für digitale Versorgungsprodukte

a) für Leistungen im Sinne des § 32 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)
- Heilmittel -

und

b) für Leistungen im Sinne des § 33 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)
- Hilfsmittel

und

c) für Leistungen im Sinne des § 33a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

- (2) Die HEK erstattet für die Leistungen nach Abs. 1 a) und b) insgesamt 90 % der Kosten maximal 250 Euro jährlich. Eine Übertragung von nicht in Anspruch genommenen Beiträgen auf das folgende Kalenderjahr ist nicht möglich.
- (3) Die Anspruchsvoraussetzungen sind:
- a) Die digitalen Versorgungsprodukte sind im Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Versorgungsprodukte der HEK aufgenommen, welches als Anlage 1 für Heilmittel und Anlage 2 für Hilfsmittel zu § 24 h Bestandteil dieser Satzung sind.
 - b) Ein zugelassener Arzt oder ein nach § 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigter Arzt hat das digitale Versorgungsprodukt, welches im Verzeichnis der HEK gelistet ist, entsprechend verordnet.
 - c) Es wurde vor der Inanspruchnahme der Leistung ein Antrag auf Kostenübernahme unter Vorlage der ärztlichen Verordnung (nicht älter als 3 Monate) mit entsprechender ICD-Diagnose gegenüber der HEK gestellt und von der HEK genehmigt. Diese Genehmigung gilt für die Dauer von 6 Monaten. Zur Abrechnung der Anwendung wird eine spezifizierte Rechnung inklusive Quittierungsvermerk oder separatem Zahlungsnachweis vorgelegt. Maßgeblich für die Zuordnung zum Anspruchszeitraum ist der tatsächliche Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme, hier gilt das Abgabedatum des digitalen Produktes an den Versicherten. Evtl. Kosten für eine ärztliche Bescheinigung sind mit der jeweiligen Erstattungssumme abgegolten. Die HEK kann auf die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung verzichten, sofern die maßgebliche Erkrankung aus sonstigen Informationen erkennbar ist und der HEK vorliegen.
- (4) In das Verzeichnis nach Absatz 3a) werden ausschließlich digitale Versorgungsprodukte aufgenommen, die die datenschutzrechtlichen Anforderungen des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes sowie der EU-Datenschutzgrundverordnung erfüllen.
- (5) Das Verzeichnis enthält Angaben darüber, für welche Erkrankungen eine Kostenübernahme erfolgt. Dabei werden die Erkrankungen mit speziellen international anerkannten ICD-Codes näher definiert.
- (6) Sobald die Versorgung für ein im Verzeichnis aufgeführtes digitales Versorgungsprodukt im Rahmen der Regelversorgung oder besonderen Versorgung erfolgen kann, schließt dies einen Anspruch für das in den Anlagen 1 und 2 zu § 24 h genannte digitale Versorgungsprodukt nach dieser Satzungsvorschrift aus.

§ 24i

Nicht zugelassene Leistungserbringer

1 - Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von einem nicht zugelassenen Chefarzt/ Leitender Arzt wählen. Voraussetzung ist, dass die ambulante Behandlung im Nachgang einer stationären Behandlung durch denselben Chefarzt/Leitenden Arzt erfolgt.

§ 18 Absatz 3 Satz 7 bis 10 gilt.

2 - Versicherte können darüber hinaus ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die HEK mit dem Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Absatz 3 geschlossen hat, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet.

3 - Die HEK schließt Vereinbarungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen, wobei sie sich am Bedarf ihrer Versicherten orientiert und das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu beachten hat. Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, können nicht Gegenstand der Vereinbarung sein. Weitere Voraussetzung für den Abschluss einer Vereinbarung ist, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

4 - Die Kasse führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Absatz 3 geschlossen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistung und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch können Inhalte des Verzeichnisses den Versicherten in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.

5 - Die Höhe der Kostenerstattung richtet sich nach den vertraglichen Vereinbarungen.

6 - Für veranlasste Leistungen gilt § 18 Absatz 3 Satz 7, 8 und 10.

7 - Die HEK übernimmt die Kosten für operative Eingriffe im Rahmen vollstationärer Krankenhausbehandlung in einem nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die medizinische Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung vorliegt und vertragsärztlich bescheinigt wird, das Krankenhaus über eine Konzession nach § 30 Gewerbeordnung verfügt und eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus gewährleistet, die Behandlungsmethode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist und die HEK nach Vorlage eines Kostenvoranschlages der Behandlung zuvor zugestimmt hat. Bestandteil der Zustimmung ist eine Information über die Voraussetzung der Leistung, deren Umfang und Dauer, der Höhe des voraussichtlichen Eigenanteils sowie die Art und der Umfang der vorzulegenden Rechnungsbelege.

§ 25

HEK-Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Versicherte können am HEK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnehmer erhalten unter den Voraussetzungen des § 65a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie der §§ 25a - 25c der HEK-Satzung einen Bonus.

§ 25a

Vorsorgebonus

1 - Versicherte erhalten einen Vorsorgebonus nach § 65a Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), wenn sie eine Leistung zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 24a Absatz 2 und Absatz 4 der Satzung, Leistungen zur Zahnvorsorge nach den §§ 22 und 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), Leistungen nach den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, eine Leistung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Absatz 1 und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 19a Satzung in Anspruch nehmen oder eine selbst finanzierte professionelle Zahnreinigung durchführen. Die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U5 werden insgesamt nur einmalig bonifiziert. Selbiges gilt für Leistungen der Mutterschaftsvorsorge vor und nach der Entbindung. Kombinationsschutzimpfungen gelten als eine Maßnahme.

2 - Der Bonus beträgt jährlich je Maßnahme 5 Euro. Der jeweilige Bonus verdoppelt sich, wenn er als Zuschuss zu den Kosten für in Anspruch genommene Leistungen gemäß Katalog der Anlage zu § 25a der Satzung gezahlt wird. Sofern nicht durch Satz 1 und 2 ein höherer Bonus erreicht wird, beträgt dieser bei Durchführung aller altersentsprechenden Vorsorgemaßnahmen für Versicherte ab 18 Jahre 36 Euro; wenn er als Zuschuss zu den Kosten für in Anspruch genommene Leistungen gemäß Katalog der Anlage zu § 25a der Satzung gezahlt wird, beträgt er für Versicherte bis 17 Jahre 25 Euro, ab 18 Jahre 72 Euro. Abweichend von Satz 3 beträgt der Bonus für Versicherte ab 18 Jahre, der ab 01.01.2023 erstmalig beantragt wird, 100 Euro; als Zuschuss zu den Kosten für in Anspruch genommene Leistungen gemäß Katalog der Anlage zu § 25a der Satzung beträgt er 228 Euro. Für die Durchführung einer selbst finanzierten professionellen Zahnreinigung (ab 16 Jahre) beträgt der Bonus 10 Euro.

3 - Die durchgeführten Maßnahmen sind in der von der HEK jeweils vorgegebenen Form zu belegen. Der Nachweis erfolgt durch Bestätigung des Arztes, Zahnarztes, anderer Leistungserbringer oder sonstiger zur Nachweisbestätigung bestimmten Stelle bzw. der Vorlage der Rechnung für die professionelle Zahnreinigung. Entstehende Kosten für die Nachweise werden von der HEK nicht übernommen.

§ 25b

Gesundheitsbonus

1 - Versicherte erhalten einen Gesundheitsbonus nach § 65a Absatz 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), wenn sie folgende Maßnahmen nachweisen:

Aktivmaßnahmen

- aktive Mitgliedschaft im Sportverein,

- aktive Mitgliedschaft im qualitätsgesicherten Fitnessstudio,
- regelmäßige Teilnahme am Betriebssport außerhalb der Arbeitszeit oder Hochschulsport,
- Teilnahme an einer Sportveranstaltung oder vergleichbaren Veranstaltung unter qualifizierter Leitung,
- Durchführung eines Präventionskurses,
- Erwerb eines Sport- oder Schwimmbadzeichens,
- Teilnahme an einem Schwimmkurs,

Passivmaßnahmen

- altersentsprechender BMI (ab 6 Jahre) oder Blutdruck-, Cholesterin- oder Blutzuckerwert im Normbereich (ab 6 Jahre) oder Nichtraucher seit mindestens sechs Monaten (ab 18 Jahre).

2 - Der Bonus beträgt für Versicherte ab 18 Jahre bei Feststellung einer Passivmaßnahme und Durchführung von

- einer Aktivmaßnahme 36 Euro. Wenn er als Zuschuss zu den Kosten für in Anspruch genommene Leistungen gemäß Katalog der Anlage zu § 25b der Satzung gezahlt wird beträgt er 72 Euro.
- vier Aktivmaßnahmen 125 Euro; als eine Aktivmaßnahme ist hier die Durchführung eines Präventionskurses Voraussetzung. Wenn er als Zuschuss zu den Kosten für in Anspruch genommene Leistungen gemäß Katalog der Anlage zu § 25b der Satzung gezahlt wird beträgt er 250 Euro.

Für Versicherte bis 17 Jahre beträgt der Bonus bei Feststellung einer Passivmaßnahme und Durchführung von

- einer Aktivmaßnahme 15 EUR. Wenn er als Zuschuss zu den Kosten für in Anspruch genommene Leistungen gemäß Katalog der Anlage zu § 25b der Satzung gezahlt wird beträgt er 25 EUR,
- vier Aktivmaßnahmen 100 EUR; als eine Maßnahme ist hier die Durchführung eines Präventionskurses Voraussetzung. Wenn er als Zuschuss zu den Kosten für in Anspruch genommene Leistungen gemäß Katalog der Anlage zu § 25b der Satzung gezahlt wird beträgt er 250 EUR.

Für Versicherte unter 6 Jahren entfällt die Voraussetzung der Feststellung einer Passivmaßnahme.

3 - Der Nachweis erfolgt durch Bestätigung des Arztes, Zahnarztes, anderer Leistungserbringer oder sonstiger zur Nachweisbestätigung bestimmten Stelle. Entstehende Kosten für die Nachweise werden von der HEK nicht übernommen.

4 - Die Teilnahme am Bonusprogramm ist vom Versicherten zu erklären. Sie beginnt am Ersten des Folgemonats, in dem die Erklärung bei der HEK eingeht und dauert 12 Monate (Bonuszeitraum). Eine weitere Teilnahme ist erneut zu erklären. Die Übertragung eines nicht ausgeschöpften Bonus in das Folgejahr ist nicht möglich. Mit dem

Einreichen der Nachweise erklärt der Teilnehmer seine Aktivitäten im jeweiligen Bonuszeitraum für beendet; weitere Maßnahmen werden nicht berücksichtigt.

§ 25 c

Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

1 - Arbeitgeber, die ein mit der HEK vereinbartes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen, erhalten einen Bonus, wenn sie qualitätsgesicherte Umsetzung der Maßnahmen anhand geeigneter Unterlagen nachweisen. Die Ausgestaltung der Programme orientiert sich an den Handlungsfeldern und Kriterien gemäß des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des § 20 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Bonushöhe, Voraussetzungen der Bonusgewährung sowie deren Nachweismodalitäten und Zahlung regelt ein auf Antrag des Arbeitgebers geschlossener Vertrag mit der HEK. Der Arbeitgeber erhält einen Zusatzbonus in Höhe von 50 Euro je Beschäftigten für die erfolgreiche Teilnahme an einer mit der HEK vereinbarten Maßnahme. Ein Bonus kann dem Arbeitgeber nicht für solche Maßnahmengewährt werden, die bereits Gegenstand seiner gesetzlichen Verpflichtungen, wie dem Arbeitsschutzgesetz, sind.

2 - Versicherte der HEK, deren Arbeitgeber eine Vereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung geschlossen haben, erhalten bei erfolgreicher Teilnahme an zertifizierten Maßnahmen ebenfalls einen Bonus. Dieser beträgt auf Antrag für die Dauer der jeweiligen Vertragslaufzeit einmalig 100 Euro für die erfolgreiche Teilnahme an einer individuellen verhaltensbezogenen Maßnahme. Eine Teilnahme ist erfolgreich, wenn mindestens 80 Prozent der jeweiligen Maßnahme durch den Teilnehmer absolviert wurde. Maßnahmen nach § 25c können nicht nach § 25 a oder § 25b bonifiziert werden.

§ 25 d

Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen

Die HEK vermittelt den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen. Gegenstand dieser Verträge können insbesondere die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, der Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsrankenversicherung sein.

§ 26

Prämienzahlung nach § 53 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bei Kostenbeteiligung (Selbstbehalt)

1 - Mitglieder, die an der Aufbringung der Beiträge beteiligt sind, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie einen Anteil der von der HEK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Der Selbstbehalt gilt für die Leistungsaufwendungen des Mitglieds.

2 - Die im dritten und vierten Abschnitt des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Leistungen mit Ausnahme der nach §§ 23 Absatz 2 sowie 24 bis 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), bleiben unberücksichtigt. Dies gilt auch für die in § 55 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (Zahnprophylaxe), in deren Rahmen keine weiteren zahnärztlichen Leistungen erbracht werden. Auch die Inanspruchnahme von vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Verordnungsfolgen bleibt unberücksichtigt.

3 - Die erbrachten Leistungen werden in tatsächlicher Höhe auf den Selbstbehalt angerechnet. Die Prämienabrechnung erfolgt im Folgejahr; § 53 Absatz 8 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt. Soweit der Beginn oder das Ende der Tarifzugehörigkeit im laufenden Jahr liegt, ist die Leistungsanspruchnahme für diesen Zeitraum zu bewerten und die Prämie anteilig zu kürzen.

4 - Die Prämienzahlung nach Absatz 1 kann bei Erfüllen der sonstigen Voraussetzungen nur in Anspruch genommen werden, wenn sich das Mitglied in den Tarif eingeschrieben hat. Die Einschreibung ist auch unterjährig zum 1. des Folgemonats möglich. Die dreijährige Mindestbindungsfrist an den Tarif beginnt mit diesem Tag. Eine zusätzliche Einschreibung in den Tarif nach §§ 26a oder 27a der Kassensatzung ist nicht möglich. Die dreijährige Mindestbindungsfrist kann vom Mitglied bei Eintritt eines besonderen Härtefalles zum Ende des laufenden Monats gekündigt werden.

5 - Die Einschreibung ist in einen der nachstehenden Selbstbehalt-Tarife möglich:

- Individualtarif „HEK *plus* 75“

Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen bis 10.000,- Euro: Jährlicher Selbstbehalt von 125,- Euro; Prämie von 75,- Euro jährlich.

- Individualtarif „HEK *plus* 125“

Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen bis 21.500,- Euro: Jährlicher Selbstbehalt von 200,- Euro; Prämie von 125,- Euro jährlich. Die Wahl eines Tarifs unterhalb der vorgenannten Einkommensgrenze ist möglich.

- Individualtarif „HEK *plus* 250“

Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen bis 42.500,- Euro: Jährlicher Selbstbehalt von 400,- Euro; Prämie von 250,- Euro jährlich. Die Wahl eines Tarifs unterhalb der vorgenannten Einkommensgrenze ist möglich.

- Individualtarif „HEK *plus* 600“

Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen ab 42.500,- Euro: Jährlicher Selbstbehalt von 950,- Euro; Prämie von 600,- Euro jährlich. Die Wahl eines Tarifs unterhalb der vorgenannten Einkommensgrenze ist möglich.

§ 26a

Selbstbehalt nach § 53 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGBV) bei Kostenbeteiligung HEK-Tarif flex

1 - Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie einen Anteil der von der HEK zutragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Der Selbstbehalt gilt nur für bestimmte Leistungen bzw. Leistungsbereiche.

2 - Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

- Beitragsfreiheit vorliegt (§§ 224 und 225 SGB V),
- der Leistungsanspruch gesetzlich ruht oder ausgeschlossen ist,
- ein Beitragsrückstand besteht.

Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach den §§ 26, 27 sowie 27a der Satzung ist ebenfalls ausgeschlossen.

3 - Die Teilnahme ist vom Mitglied zu erklären. Sie beginnt mit dem Ersten des auf den Eingang der Teilnahmeerklärung folgenden Kalendermonats und endet mit dem Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren.

Unabhängig von der Mindestbindungsfrist, endet die Teilnahme bei rückständigem Beitrag mit dem Tag vor Beginn des Zeitraums, für den der Beitragsrückstand besteht.

Die Mitgliedschaft bei der HEK kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). Die dreijährige Mindestbindungsfrist kann vom Mitglied bei Eintritt eines besonderen Härtefalles zum Ende des laufenden Monats gekündigt werden.

4 - Die Höhe der Prämie hängt davon ab, für wie viele der folgenden fünf Leistungen bzw. Leistungsbereiche das Mitglied den Selbstbehalt wählt:

- ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 und 4 SGB V, § 20 HEK-Satzung) sowie Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 SGB V)
- Fahrkosten (§ 60 SGB V mit Ausnahme § 60 Abs. 2 Nr. 2 SGB V)
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V, § 22 HEK-Satzung)
- Leistungen nach dem Homöopathievertrag zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V)
- zusätzliche Leistungen der Osteopathie (§ 11 Abs. 6 SGB V, § 24 f Nr. 1 HEK Satzung).

Für jede dieser Leistungen bzw. Leistungsbereiche beträgt die kalenderjährliche Prämie 18 Euro. Insgesamt beträgt die Prämie maximal 90 Euro pro Kalenderjahr. Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am HEK-Tarif flex teilgenommen, erfolgt eine entsprechend anteilige Berechnung. Für die Prämienhöhe gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V).

5 - Die Höhe des Selbstbehalts richtet sich nach der Anzahl der gewählten Leistungen bzw. Leistungsbereiche nach Abs. 4. Der maximale kalenderjährliche Selbstbehalt beträgt

- 30 Euro bei einer gewählten Leistung/einem gewählten Leistungsbereich
- 60 Euro bei zwei gewählten Leistungen/Leistungsbereichen
- 90 Euro bei drei gewählten Leistungen/Leistungsbereichen
- 120 Euro der vier gewählten Leistungen/Leistungsbereichen
- 150 Euro bei fünf gewählten Leistungen/Leistungsbereichen.

Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am HEK-Tarif flex teilgenommen, erfolgt eine entsprechend anteilige Berechnung. Muss die Prämie nach Abs. 4 Satz 5 gemindert werden, verringert sich der Selbstbehalt so weit, dass die ursprüngliche Differenz von Prämie und Selbstbehalt erhalten bleibt.

6 - Das Mitglied erhält die Prämie erstmalig mit Beginn der Teilnahme für die Zeit bis zum Ende des Kalenderjahres im Voraus. In den Folgejahren wird die Prämie ebenfalls im Voraus bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres ausgezahlt.

Die Abrechnung erfolgt bis zum Ende des Kalenderjahres, welches auf das Kalenderjahr folgt, für das die Prämie gezahlt wurde. Hat das Mitglied auf den Selbstbehalt anzurechnende Leistungen in Anspruch genommen, stellt die HEK dem Mitglied die Kosten in tatsächlicher Höhe in Rechnung, bis zum geltenden Gesamt-Selbstbehalt nach Abs. 5. Eine eventuelle Forderung der HEK gleicht das Mitglied innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der entsprechenden schriftlichen Mitteilung aus.

§ 27

Prämienzahlung nach § 53 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bei Leistungsfreiheit

1 – Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren und an der Aufbringung der Beiträge beteiligt sind, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen der HEK nicht in Anspruch genommen haben.

Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie die im dritten und vierten Abschnitt des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Leistungen mit Ausnahme der nach §§ 23 Absatz 2 sowie 24 bis 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), bleiben unberücksichtigt. Dies gilt auch für die in § 55 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (Zahnprophylaxe), in deren Rahmen keine weiteren zahnärztlichen Leistungen erbracht werden.

2 – Die Einschreibung ist auch unterjährig zum 1. eines Quartals möglich. Die einjährige Mindestbindungsfrist an den Tarif beginnt mit diesem Tag. Der Tarif endet nach Ablauf der Mindestbindungsfrist von 12 Monaten, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Eine zusätzliche Einschreibung in einen Tarif nach § 27a der Kassensatzung ist nicht möglich. Sofern zeitgleich eine Einschreibung in den Wahltarif nach § 26 der Kassensatzung erfolgt, beträgt die Prämie nach § 27 der Kassensatzung maximal die Höhe der Differenz zwischen 900 Euro und der Prämie aus dem Wahltarif nach § 26 der Kassensatzung. Eine Prämienzahlung, die 900 Euro übersteigt, ist somit durch die Kombination der Wahltarife nicht möglich.

3 – Die Prämie beträgt ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr für das Mitglied gezahlten Beiträge, maximal 600 Euro. Die Prämie umfasst auch den nicht vom Mitglied getragenen Beitragsanteil (§§ 257 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch -SGB V- und § 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch -SGB VI-) und wird im Folgejahr ausgezahlt. Soweit der Beginn oder das Ende der Tarifizugehörigkeit im laufenden Kalenderjahr liegt, ist die Leistungsanspruchnahme für diesen Zeitraum zu bewerten und die Prämie anteilig zu kürzen. § 53 Absatz 8 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt.

4 – Die einjährige Mindestbindungsfrist kann vom Mitglied bei Eintritt eines besonderen Härtefalles zum Ende des laufenden Monats gekündigt werden.

§ 27a

Prämienzahlung nach § 53 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bei Leistungsfreiheit

1 – Mitglieder, die an der Aufbringung der Beiträge beteiligt sind, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen der HEK nicht in Anspruch genommen haben (§ 53 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch -SGB V-). § 27 Absatz 3 Satz 1 der Satzung der HEK gilt. Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie die im dritten und vierten Abschnitt des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Leistungen mit Ausnahme der nach §§ 23 Absatz 2 sowie 24 bis 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), bleiben unberücksichtigt. Dies gilt auch für die in § 55 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (Zahnprophylaxe), in deren Rahmen keine weiteren zahnärztlichen Leistungen erbracht werden.

2 – Die Prämienzahlung nach Absatz 1 kann bei Erfüllen der sonstigen Voraussetzungen nur in Anspruch genommen werden, wenn sich das Mitglied in einen der nachstehenden Prämienauszahlungstarife eingeschrieben hat:

- Prämienauszahlungstarif „HEK*prämie60*“
Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen bis 10.000,- Euro
Prämienhöhe = maximal 60,- Euro jährlich.
- Prämienauszahlungstarif „HEK*prämie90*“
Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen bis 21.500,- Euro,
Prämienhöhe = maximal 90,- Euro jährlich.
Die Wahl eines Tarifs unterhalb der vorgenannten Einkommensgrenze ist möglich.
- Prämienauszahlungstarif „HEK*prämie120*“
Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen bis 42.500,- Euro,
Prämienhöhe = maximal 120,- Euro jährlich.
Die Wahl eines Tarifs unterhalb der vorgenannten Einkommensgrenze ist möglich.
- Prämienauszahlungstarif „HEK*prämie150*“
Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen ab 42.500,- Euro,
Prämienhöhe = maximal 150,- Euro jährlich.
Die Wahl eines Tarifs unterhalb der vorgenannten Einkommensgrenze ist möglich.

3 – Die Einschreibung ist auch unterjährig zum 1. des Folgemonats möglich. Die einjährige Mindestbindungsfrist an den Tarif beginnt mit diesem Tag. Wird die Entscheidung für den Tarif nicht mit einer Frist von einem Monat vor dem Ende der Bindungsfrist schriftlich gekündigt, verlängert sich die Tarifteilnahme um ein weiteres Jahr. Eine zusätzliche Einschreibung in einen Tarif nach §§ 26, 26a oder 27 der Kassensatzung ist nicht möglich.

4 – Die Prämie umfasst auch den nicht vom Mitglied getragenen Beitragsanteil (§§ 257 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch -SGB V- sowie 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch -SGB VI-) und wird im Folgejahr ausgezahlt. Die Berechnung der Prämie erfolgt wie unter § 27 Absatz 3 Satz 1 der Kassensatzung beschrieben. Soweit der Beginn oder das

Ende der Tarifzugehörigkeit im laufenden Kalenderjahr liegt, ist die Leistungsanspruchnahme für diesen Zeitraum zu bewerten und die Prämie anteilig zu kürzen. § 53 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 8 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gelten.

5 – Die einjährige Mindestbindungsfrist kann vom Mitglied bei Eintritt eines besonderen Härtefalles zum Ende des laufenden Monats gekündigt werden.

§ 28

Wahltarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen

Versicherte haben die Möglichkeit, einen Tarif zur Inanspruchnahme von Leistungen der besonderen Versorgungsformen nach den §§ 73b, 137f und 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu nutzen. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

I. Wahltarif Besondere Versorgung

Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist vom Versicherten schriftlich oder elektronisch zu erklären. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region geschlossenen Verträgen. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
- die Freiwilligkeit der Teilnahme,
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung und
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme,
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

II. Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

1 - Die HEK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

2 - Inhalt und Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region geschlossenen Verträgen. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
- die Freiwilligkeit der Teilnahme,
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,

- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung und
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme,
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

III. Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme

Die HEK bietet ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

nach § 137 f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) an. Die Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen ist für die Versicherten freiwillig. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung richten sich nach den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

§ 28 b

Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

(1) Die HEK fördert die Kompetenz der Versicherten für den selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatz digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren. Die Förderung erfolgt nach den Vorgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20k des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGBV) in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Die HEK gewährt Leistungen für Maßnahmen nach Absatz 1 als Sachleistung in Form von Schulungsmaßnahmen. Die HEK kann Maßnahmen nach Absatz 1 durch Dritte durchführen lassen. Bei der Durchführung durch Dritte schließt die HEK einen Kooperationsvertrag mit dem Anbieter der Maßnahme.

E Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 29

Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung

1 - Die Betriebs- und Rechnungsführung wird jährlich durch einen vom Verwaltungsrat in Abstimmung mit dem Vorstand bestellten sachverständigen Prüfer geprüft.

2 - Der Vorstand legt den schriftlichen Prüfbericht und eine Stellungnahme zu den Feststellungen des Prüfberichtes zusammen mit der geprüften Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Beschlussfassung über die Entlastung vor.

§ 30

Rücklage

Die Rücklage der HEK beträgt 20 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

F Übergangsvorschriften, Bekanntmachungen, Inkrafttreten

§ 31

Bekanntmachungen

1 - Die Satzung und sonstiges autonomes Recht werden auf der Internetseite www.hek.de öffentlich bekannt gemacht. 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.

2 - Die wesentlichen Ergebnisse der Rechnungslegung werden den Versicherten zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres im elektronischen Bundesanzeiger, auf der Internetseite www.hek.de und durch Einsichtnahme in den Kundenzentren zugänglich gemacht.

3 - Die öffentliche Bekanntmachung nach dem Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Bekanntmachung einer Benachrichtigung am Sitz der HEK. Die Bekanntmachungsfrist beträgt zwei Wochen.

§ 32

Inkrafttreten

1 - Die Satzung tritt am 1. Januar 1989 in Kraft.

G Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber

§ 33

Ausgleichsverfahren

Der Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz - AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage dieser Satzung.

H Anlagen zur Satzung

Anlage zu § 8 der Satzung

Regelung der Entschädigung nach § 41 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) für die ehrenamtlich tätigen Mitglieder des Verwaltungsrates der HEK - Hanseatische Krankenkasse

Vorbemerkung

Soweit die Entschädigungsregelung keine abweichenden Regelungen enthält, richten sich die Ansprüche auf den Ersatz barer Auslagen bei Reisen im Ehrenamt nach dem Bundesreisekostengesetz.

Die enthaltenen personen-/funktionsbezogenen Begriffe sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Die Mitglieder des Verwaltungsrates haben bei Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit folgende Ansprüche:

1. Erstattung barer Auslagen § 41 Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV)

1.1. Tagegeld

Das Tagegeld bemisst sich nach § 4 Absatz 5 Satz 1 Nr. 5 Satz 2 in Verbindung mit § 9 Absatz 4a des Einkommenssteuergesetzes und beträgt

- a) bei einer Abwesenheit von weniger als 24, aber mehr als 8 Stunden = 14 Euro
- b) bei einer Abwesenheit von 24 Stunden = 28 Euro.

Das Tagegeld wird auch gezahlt, wenn die Sitzung am Wohnort des Organmitgliedes stattfindet. Bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse können den Gremienmitgliedern auf Kosten des Sozialversicherungsträgers generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 v.H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a des EStG nicht übersteigen.

1.2. Übernachtungsgeld

1 - Übernachtungsgeld für eine notwendige Übernachtung ohne belegmäßigen Nachweis beträgt 20,00 Euro. Es wird nur gezahlt, wenn außerhalb des Wohnortes übernachtet wird.

2 - Sind die nachgewiesenen Übernachtungskosten höher, so wird der Mehrbetrag bis zu 50 vom Hundert des Übernachtungsgeldes erstattet. Darüber hinaus gehende Mehrkosten werden erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind vorab um 4,80 Euro zu kürzen.

3 - Übernachtungsgeld wird nicht gezahlt, wenn die Hinreise nach 03.00 Uhr angetreten wird oder wenn die Rückreise vor 02.00 Uhr beendet wird.

1.3. Fahrkosten

Es werden erstattet

- a) bei Benutzung der Eisenbahn oder eines Schiffes der Fahrpreis der I. Klasse einschließlich der Zuschläge und der Auslagen für eine Platzkarte, gegebenenfalls der Schlafwagenkarte,
- b) bei Benutzung des Flugzeuges die Kosten für die Benutzung der Economy- (Touristen-)klasse. Flugkosten sind in der Regel nur erstattungsfähig, wenn die Umstände des Falles die Benutzung des Flugzeuges notwendig machen oder die Gesamterstattung einschließlich Tage- und Übernachtungsgeld bei Benutzung eines anderen Beförderungsmittels höher wäre,
- c) die Fahrkosten für den Zu- und Abgang vom Bahnhof oder Flugplatz bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, einer Taxe oder eines Zubringers gegen Nachweis,
- d) bei Benutzung privater Kraftwagen die Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 2 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes.
- e) Nebenkosten im Zusammenhang mit der Reise gegen Nachweis, z.B. Gepäckbeförderung und -aufbewahrung, Post-, Telekommunikationskosten, Park- und Garagengebühren.

1.4. 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. Satz 4 Nr. 2 BGleG.

2. Pauschale Auslagenerstattung für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates § 41 Absatz 1 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV)

Die dem Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden entstehenden notwendigen baren Auslagen (Post-, Telegramm- oder Fernspreckgebühren, auch von und nach Hamburg, örtliche Fahrgelder am Sitz der Kasse und an anderen Orten im Rahmen der Tätigkeit, Arbeitszimmer in der eigenen Wohnung), werden durch einen Pauschbetrag abgegolten

- a) für den Vorsitzenden des Verwaltungsrates monatlich 68 Euro,

- b) für den stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates monatlich 43 Euro,

3. Pauschbeträge für Zeitaufwand § 41 Abs. 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV)

1 - Für jeden Kalendertag, an dem Sitzungen stattfinden, wird ein Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 90,00 Euro gezahlt. Finden an einem Tag mehrere Sitzungen statt, wird der Pauschbetrag nur einmal gezahlt. Digitale oder hybride Sitzungen (gemäß § 64 a SGB IV) sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu werten.

2 - Daneben erhalten für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen monatlich

a) der Vorsitzende des Verwaltungsrates das 8-fache,

b) der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates das 6-fache.

des in Absatz 1 Satz 1 genannten Betrages.

3 - Bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme kann anderen Organmitgliedern ein Pauschbetrag für Zeitaufwand für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen nach Maßgabe der Empfehlungsvereinbarung *) (Abschnitt B II 2) in Höhe von 62 Euro gewährt werden.

*) *Gemeinsame Empfehlung des Deutschen Gewerkschaftsbundes und der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände in der jeweils geltenden Fassung.*

Anlage 1 zu § 24h der HEK-Satzung (Digitales Gesundheitskonto - Heilmittel)

Produktart	ICD Code	Kurzbeschreibung zum Produkt
Digitale Sprachtherapie (Aphasie)	R47.0	■ Digitale Sprachtherapie nach Verlust des Sprachvermögens nach einer Hirnschädigung ■ Ergänzung zur logopädischen Therapie ■ Übungsinhalte werden individuell an den Schweregrad der Sprachstörung und an die persönlichen Interessen angepasst

Anlage 2 zu § 24h der HEK-Satzung (Digitales Gesundheitskonto - Hilfsmittel)

Produktart	ICD Code	Kurzbeschreibung zum Produkt
Diabetes-App	E11.0, E10.0	■ Begleitende App für an Diabetes Erkrankte mit digitaler Tagebuchfunktion, automatischer Datenübertragung der Blutzuckermesswerte ■ Spielerisch Therapieinhalte entdecken und Gesundheitsziele erreichen ■ Basalrate für Pumpennutzer

Anlage zu § 25a und b der HEK-Satzung Katalog der bezuschussungsfähigen Leistungen

Versicherungen

Im Bereich der privaten Versicherungen sind Zuschüsse zu Beiträgen folgender Versicherungsarten möglich:

- a) betriebliche Altersvorsorge (Finanzierungsanteil des Arbeitnehmers),
- b) private Altersvorsorge,
- c) Berufsunfähigkeitsversicherung,
- d) Krankenzusatzversicherung ambulant und stationär,
- e) Pflegezusatzversicherung,
- f) Unfallversicherung,
- g) Zahnzusatzversicherung.

Bei den Versicherungen muss es sich um neu abgeschlossene Verträge handeln. Bei Kombinationsversicherungen oder Versicherungspaketen ist es ausreichend, dass einer der oben genannten Bausteine enthalten ist. Eine Gewichtung der einzelnen Bestandteile ist hierbei nicht zu prüfen; es wird das komplette Paket bis zur anspruchsberechtigten Bonushöhe bezuschusst.

Leistungen

Zuschüsse sind zu den Kosten der nachfolgend aufgeführten Leistungen möglich. Dies gilt nur, sofern die HEK nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist:

- a) Chelattherapie,
- b) erweiterte zahnmedizinische Leistungen (z.B. Glattflächenversiegelung im Rahmen

- der Kfo-Behandlung),
- c) Familienleistungen (z.B. Baby-/Kleinkindschwimmen/-turnen, Eltern-Baby-Kurse [z.B. PEKIP]),
- d) Leistungen nach dem Hufelandverzeichnis der besonderen Therapierichtungen (soweit nicht gesundheitsschädlich),
- e) osteopathische Behandlungen nach Ausschöpfung des Anspruchs nach § 24f Nr. 1 der Satzung entsprechend der dortigen Regelungen,
- f) Sehhilfen: Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke,
- g) Gesundheitskurse und Patientenschulungen; auch online,
- h) umfassende präventivmedizinische Vorsorgeleistungen zur Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten,
- i) zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft, soweit nicht bereits Anspruch gemäß §§ 24a oder 24b der Satzung besteht,
- j) Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus (oder Körpermessgeräte zur kontinuierlichen Dokumentation von Distanzen und Gesundheitswerten),
- k) Sport- und Fitnessausrüstung,
- l) Mitgliedschaft im Sportverein / Fitnessstudio.

Anlage zu § 33 Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber

1 - Anwendbare Vorschriften

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

2 - Erstattungsansprüche aus dem Umlageverfahren U1

(1) Die HEK erstattet den nach § 1 Absatz 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 70 vom Hundert des für den in § 3 Absatz 1 und 2 und den in § 9 Absatz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt. Einmalzahlungen (u.a. Urlaubsgeld) sind nicht erstattungsfähig.

(2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Absatz 1 auf 80 vom Hundert erhöht (erhöhter Erstattungssatz), oder auf 50 vom Hundert ermäßigt (ermäßigter Erstattungssatz). Regelungen nach Nr. 2 Absatz 1 Satz 2 und 3 gelten. Mit den in Nr. 2 Absatz 1 und 2 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die erstattungsfähigen Aufwendungen entfallenden Beitragsanteile des Arbeitgebers zur gesetzlichen Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung sowie die Beitragszuschüsse nach § 257 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und § 61 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) abgegolten.

(3) Die Wahl eines abweichenden Erstattungssatzes nach Absatz 2 ist der HEK bis zum 31. Januar des Kalenderjahres bekannt zu geben. Der gewählte Erstattungssatz gilt ab Beginn dieses Kalenderjahres. Der Arbeitgeber ist mindestens für ein Kalenderjahr an die Wahl gebunden.

(4) Bei der erstmaligen Teilnahme am Ausgleichsverfahren ist der HEK die Wahl eines abweichenden Erstattungssatzes nach Absatz 2 spätestens im Folgemonat bekannt zu geben. Der gewählte Erstattungssatz gilt ab Beginn der Teilnahme am Ausgleichsverfahren mindestens für das Kalenderjahr.

(5) Bei Änderung der Erstattungs- oder Umlagesätze haben die Arbeitgeber die Möglichkeit, ihren Erstattungssatz neu zu wählen. Das Wahlrecht ist innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Änderung auszuüben und gilt rückwirkend vom Beginn dieses Monats mindestens für das Kalenderjahr.

3 - Erstattungsansprüche aus dem Umlageverfahren U2

Die HEK erstattet den nach § 1 Absatz 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 20 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (MuschG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 18 des MuschG bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt. Die vom Arbeitgeber getragenen Sozialversicherungsbeiträge nach § 1 Absatz 2 Nr. 3 AAG werden pauschal in Höhe von 20 vom Hundert erstattet.

4 - Aufbringung der Mittel

Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.

Die HEK verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Absatz 3 AAG).

5 – Umlagesätze

(1) Die Umlagesätze U1 betragen

- | | | |
|--|----------|--------------|
| • beim ermäßigten Erstattungssatz von | 50 v.H.: | 1,65 v.H.; |
| • beim allgemeinen Erstattungssatz von | 70 v.H.: | 2,7 v.H. und |
| • beim erhöhten Erstattungssatz von | 80 v.H.: | 4,2 v.H. |

(2) Der Umlagesatz U2 beträgt 0,59 v.H.

6 -Haushaltsplan und Rechnungsabschluss

Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf, die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt dem Verwaltungsrat. Er nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung.

7 - Widerspruchsausschuss

Der Widerspruchsausschuss der HEK nimmt in Angelegenheiten der Umlageverfahren die Aufgaben des Widerspruchsausschusses als Widerspruchsstelle nach § 85 Sozialgerichtsgesetz wahr. Sitz des Widerspruchsausschusses ist Hamburg.

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 30. Juni 2026 beschlossene 117. Nachtrag zur Satzung der HEK – Hanseatische Krankenkasse wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 1. September 2026
213-10204#00044#0127

