



Satzung

(in der Fassung des 97.Nachtrages)

Stand 01.01.2021

A Verfassung

§ 1 Name, Rechtsstellung, Sitz und Geschäftsgebiet3
§ 2 Organe3
§ 3 Verwaltungsrat..... 3 - 4
§ 4 Vorstand..... 4 - 5
§ 5 Ehrenamtliche Berater.....5
§ 6 Vertretung der Kasse.....5
§ 7 Widerspruchsausschuss.....5
§ 8 Entschädigung der Organmitglieder 5 - 6
§ 9 Gliederung.....6
§ 10 Änderung der Satzung.....6

B Mitgliedschaft

§ 11 Mitgliederkreis.....6
§ 12 Beginn der Mitgliedschaft.....6
§ 13 Ende der Mitgliedschaft7

C Beiträge

§ 14 Aufbringung der Mittel7
§ 15 Beitragsbemessung7
§ 16 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz7
§ 17 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge 7 - 8

D Leistungen

§ 18 Anspruchsgrundlagen 8 - 9
§ 19 Prävention9
§ 19a Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe10
§ 20 Vorsorge- und Rehabilitationskuren10
§ 21 Wahltarife für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 des Fünften Buches Gesetzbuch (SGB V)
..... 10 - 13
§ 22 Haushaltshilfe13
§ 23 Häusliche Krankenpflege.....13
§ 24 Zusätzliche Leistungen13
§ 24a Medizinische Vorsorge 13 - 15
§ 24b Schwanger-/Mutterschaftsleistungen15
§ 24c Künstliche Befruchtung15
§ 24d Zahnärztliche Behandlung 15 - 16
§ 24e Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel16
§ 24f Heilmittel 16 - 17

§ 24g	Digitales Gesundheitskonto	17 - 18
§ 24h	Nicht zugelassene Leistungserbringer	18
§ 25	HEK-Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	19
§ 25a	Bonus Vorsorge Plus	19
§ 25b	Bonus Gesund Leben Plus	19
§ 25c	Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	19 - 20
§ 25d	Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen	20
§ 26	Prämienzahlung nach § 53 Abs. 1 (SGB V) bei Kostenbeteiligung (Selbstbehalt).....	20 - 21
§ 27	Prämienzahlung nach § 53 Abs. 2 (SGB V) bei Leistungsfreiheit.....	21
§ 27a	Prämienzahlung nach § 53 Abs. 2 (SGB V) bei Leistungsfreiheit.....	21 - 22
§ 28	Wahltarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen	22 - 23
§ 28a	Persönliche elektronische Gesundheitsakte	24

E Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 29	Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung	24
§ 30	Rücklage	24

F Übergangsvorschriften, Bekanntmachungen, Inkrafttreten

§ 31	Bekanntmachungen	24 - 25
§ 32	Inkrafttreten.....	25

G Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber

§ 33	Ausgleichsverfahren	25
------	---------------------------	----

H Anlagen zur Satzung

Anlage zu § 8 - Entschädigungsregelung	26 - 27
Anlage 1-2 zu § 24g der Satzung	28
Anlage 1-3 zu § 25a der Satzung.....	29 - 32
Anlage zu § 33 Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber	33 - 34

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).

3a.- Die HEK nimmt am Modellprojekt nach § 194a Fünftes Buch Sozialgesetz (SGB V) zur Durchführung einer Online-Wahl teil. Wahlberechtigte können bei den Sozialversicherungs-Wahlen im Jahr 2023 alternativ zu der brieflichen Stimmabgabe auch eine Stimmabgabe per Online-Wahl vornehmen.

§ 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 höchstrichterliche 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.

Widersprechen mindestens 5 Mitglieder einer schriftlichen Abstimmung, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

§ 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.

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 - 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 1,3 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 Fünftes Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Fünftes 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 werden den 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 Fünftes 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 Fünftes 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.“

§ 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 primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem individuellen Ansatz verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) 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

Stressmanagement

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
- Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum

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

2 - Die 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, 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.

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

Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

Versicherte haben zur Verhütung von Krankheiten Anspruch auf Zuschüsse zu den Kosten für Schutzimpfungen, soweit eine Leistungspflicht nicht bereits nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht. Gleiches gilt für Schutzimpfungen zur Verhütung von übertragbaren Krankheiten während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlen werden und die Prophylaxe gegen Malaria. Die Kosten der Impfstoffe und Medikamente werden in voller Höhe übernommen, Kosten für die ärztliche Behandlung 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 Fünftes 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 Fünftes 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 h 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 („Check-Up“) 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, Haltungstörungen, Kropfbildung, Verdacht auf Diabetes, Sexualitäts- und Pubertätsprobleme bestehen (J2) bestehen.

3 – Die HEK beteiligt sich an den Kosten für folgende Leistungen bei Schwangerschaft in Höhe von 70 vom Hundert, insgesamt maximal 50 Euro jährlich:

- a) - Nackenfaltenmessung (bei Ablehnung einer Fruchtwasseruntersuchung),
- Toxoplasmosetest (bei Kontakt der Schwangeren mit Tieren, insbesondere Katzen)
- Triple-Test (bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung),
- Ultraschalluntersuchungen (bei festgestellten Auffälligkeiten),
- Antikörperbestimmung auf Ringelröteln und Windpocken sowie Streptokokken-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 Leistungserbringer mit entsprechendem Qualifikationsnachweis durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des 4. Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) teilnimmt oder der nach § 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigt ist. Bietet eine gynäkologische Praxis einen feindiagnostischen Organultraschall bzw. eine fetale Missbildungsdiagnostik oder Fehlbildungsdiagnostik an, muss die DEGUM II-Qualifikation nachgewiesen werden. Für das Ersttrimester Screening ist die Zertifizierung nach dem Zertifizierungsprozess FMF-Deutschland erforderlich. Zur Kostenerstattung sind der HEK spezifizierte Rechnungen vorzulegen,

- b) nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jod und Folsäure. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigten 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.

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 - Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die HEK nach Vorlage spezifizierter Rechnungen die Kosten für von Hebammen durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse für den Vater, sofern HEK-versichert, in Höhe von 70 vom Hundert, insgesamt maximal 100 Euro jährlich.

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. berechtigt 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) berechtigten Leistungserbringer durchgeführt wird. Zur Kostenerstattung ist eine spezifizierte Rechnung 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 Behandlung

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.

§ 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 einem Verband der Osteopathen berechtigt wäre. Die Kosten werden für bis zu 3 Sitzungen jährlich in Höhe von 80 vom Hundert, maximal 30 Euro je Sitzung nach Vorlage spezifizierter Rechnungen und Verordnungen erstattet.

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 einem 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 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. Berechtig 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 spezifizierete Rechnungen und Verordnungen einzureichen.

§ 24g

Digitales Gesundheitskonto

- (1) Versicherte haben Anspruch auf Kostenerstattung für digitale Versorgungsprodukte
 - a) für Leistungen im Sinne des § 32 SGB V (Heilmittel)
 - und
 - b) für Leistungen im Sinne des § 33 SGB V (Hilfsmittel)
- (2) Die HEK erstattet für die Leistungen nach Abs. 1 a und b insgesamt 90 % der Kosten maximal 250,00 Euro jährlich. Eine Übertragung von nicht in Anspruch genommenen Beträgen 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 g Bestandteil dieser Satzung sind.
 - b) Ein zugelassener Arzt oder ein nach § 13 Abs. 4 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 spezifizierete Rechnung inklusive Quittierungsvermerk oder separatem Zahlungsnachweis vorgelegt. Maßgeblich für die Zuordnung zum Anspruchszeitraum ist der tatsächliche Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme, 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 g genannte digitale Versorgungsprodukt nach dieser Satzungsvorschrift aus.

§ 24h

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. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. 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 - Wählen Versicherte eine stationäre Behandlung in einem nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus, werden die Kosten für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit bis zur Höhe vergleichbarer Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung nach § 39 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erstattet. Voraussetzung ist, dass eine ärztlich bescheinigte Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit vorliegt, der Leistungserbringer eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus gewährleistet, die Behandlungsmethode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist und die Kasse nach Vorlage eines Kostenvoranschlages der Behandlung zuvor zugestimmt hat. Bestandteil der Zustimmung ist eine Information über die Voraussetzung der Leistung, deren Umfang und Dauer sowie der Höhe des voraussichtlichen Eigenanteils.

§ 25

HEK-Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Versicherte können am HEK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnehmer erhalten unter den Voraussetzungen des § 65a Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie der §§ 25a - 25b der HEK-Satzung einen Bonus.

§ 25a

Bonus Vorsorge Plus

1 - Der Bonus Vorsorge Plus sowie die Teilnahmebedingungen sind in den Anlagen 1 bis 3 zu § 25a der HEK-Satzung geregelt.

2 - Versicherte, die bereits im Jahr 2018 ihre Teilnahme am Bonusprogramm in der bis zum 31.12.2018 geltenden Fassung des § 25a Ziffer 1 erklärt haben, können diesen Bonus - soweit die satzungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme erfüllt sind - mit einer Auslauffrist bis zum 31.12.2019 letztmalig erhalten oder sich wahlweise für das Jahr 2019 für einen Bonus nach § 25 der HEK-Satzung entscheiden. Dieser Absatz 2 zu § 25a der Satzung entfällt mit Wirkung zum 31.12.2019.

§ 25b

Bonus Gesund Leben Plus

1 - Versicherte erhalten einen Bonus Gesund Leben Plus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende Gesundheitsmaßnahmen durch Vorlage entsprechender Unterlagen vollständig nachweisen:

1. Gesundheits-Check-Up nach § 25 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ab dem Alter von 35 Jahren,
2. regelmäßige Wahrnehmung von Bewegungsangeboten durch aktive Mitgliedschaft im Sportverein, im qualitätsgesicherten Fitnessstudio, im Betriebssport außerhalb der Arbeitszeit oder im Hochschulsport,
3. zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen nach §§ 22, 22a oder 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V),
4. aktueller Impfstatus oder Gripeschutzimpfung in den letzten zwölf Monaten.

2 - Der Bonus beträgt bei Erfüllung der Voraussetzungen der Nr. 1 bis Nr. 3 40 Euro. Alternativ wird der Bonus für Versicherte ab 16 Jahren alle 2 Jahre gegen Vorlage einer Rechnung als Zuschuss in Höhe von maximal 50 Euro für eine in der Zahnarztpraxis durchgeführte professionelle Zahnreinigung gezahlt soweit nicht bereits ein Anspruch gemäß § 24b Absatz 3 der HEK-Satzung besteht. Bei Erfüllung der Voraussetzungen der Nr. 1 bis Nr. 4 beträgt der Bonus 100 Euro.

3 - Neben einem Bonus Gesund Leben Plus besteht kein Anspruch auf einen Bonus Vorsorge Plus gemäß der Anlage 1 zu § 25a Nr. 4a der HEK-Satzung.

§ 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 Fünftes 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 Kasse kann den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln. 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.

§ 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. 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 § 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 der Prämie aus dem Wahltarif nach § 26 der Kassensatzung und 900,00 Euro. Eine Prämienzahlung, die 900,00 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 Tarifzugehörigkeit 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.

tigt. 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

1 - Versicherte, die an einer besonderen Versorgung nach § 140 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) teilnehmen und bei der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Fünften Buch So-

zialgesetzbuch (SGB V) Zuzahlungen zu entrichten haben, werden diese ermäßigt, soweit dies vorgesehen ist und die Zahlung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Leistung nach § 140 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) steht.

2 - Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist vom Versicherten schriftlich 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.

3 - Für Versicherte, die an der besonderen Versorgung teilnehmen, kann eine nach § 53 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgesehene Zuzahlungsermäßigung in Höhe von max. 150 Euro erfolgen. Voraussetzung ist, dass die jeweiligen Teilnahmebedingungen dies vorsehen und die vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme an dem Versorgungsvertrag erfüllt sind. Eine Erstattung ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bleiben davon unberührt.

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 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.

3 - § 28 I Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.

III. Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme

Die HEK bietet ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137 f des Fünftes 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 a

Persönliche elektronische Gesundheitsakte

1 - Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die HEK ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

2 - Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Vertrages mit der HEK für die Versicherten tätig wird.

3 - Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Abs. 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die HEK.

4 - Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

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, ihre Änderung und sonstiges autonomes Recht werden im Bundesanzeiger öffentlich bekanntgemacht.

2 - Die wesentlichen Ergebnisse der Jahresrechnung sind im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der HEK-eigenen Internetpräsenz spätestens zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres in einer für die Versicherten verständlichen Weise zu veröffentlichen (§ 305b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V -). Zudem liegt die Veröffentlichung in der HEK-Zentrale sowie in den HEK-Kundenzentren für die Mitglieder zur Einsicht aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der

Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

§ 32

Inkrafttreten

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

G Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber

§ 33

Ausgleichsverfahren

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz - AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage dieser 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-, Telegramm- oder Fernsprechgebühren, Park- und Garagengebühren.

2. Pauschale Auslagererstattung 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 Fernsprechgebühren, auch von und nach Hamburg, örtliche Fahr- gelder 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 75,00 Euro gezahlt. Finden an einem Tag mehrere Sitzungen statt, wird der Pauschbetrag nur einmal gezahlt.

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.

**) Empfehlungsvereinbarung der im Arbeitskreis „Selbstverwaltung“ vertretenen Gewerkschaften Deutscher Gewerkschaftsbund und Deutsche Angestellten-Gewerkschaft sowie der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände in der jeweils geltenden Fassung.*

Anlage 1 zu § 24g der HEK-Satzung (Heilmittel)

Aphasie App
Digitale Sprachtherapie Diagnose R47.0

Inhalte

- Digitale Sprachtherapie nach Verlust des Sprachvermögens nach einer Hirnschädigung (Aphasie)
- Ergänzung zur logopädischen Therapie
- Übungsinhalte werden individuell an den Schweregrad der Sprachstörung und an die persönlichen Interessen angepasst
- Aufgabentypen: Verstehen, Sprechen, Lesen und Schreiben
- CE-zertifiziertes Medizinprodukt
- datenschutzrechtliche Anforderungen des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes sowie EU-Datenschutzgrundverordnung werden erfüllt

Anlage 2 zu § 24g der HEK-Satzung (Hilfsmittel)

Nicht belegt.

Anlage 1 zu § 25a der HEK-Satzung

Teilnahmebedingungen

HEK-Bonus Vorsorge Plus

1. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Teilnahmeberechtigt sind alle HEK-Versicherten.

2. Erklärung und Dauer der Teilnahme

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 Ende der Versicherung bei der HEK endet auch die Teilnahme am Bonusprogramm und etwaige Ansprüche auf den Bonus Vorsorge Plus; bereits erworbene Bonus-Ansprüche bleiben unberührt.

3. Voraussetzungen

Die Teilnehmer erhalten einen Bonus, wenn sie die in Anlage 2 zu § 25a der Satzung aufgezählten Maßnahmen - soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind - durch Vorlage entsprechender Unterlagen vollständig nachweisen.

4. Bonusmodelle

Die Teilnehmer können zwischen einem Bonus in Form

- a) einer Barabgeltung mittels Überweisung oder
- b) eines Zuschusses zu den Kosten für selbst in Anspruch genommene Leistungen wählen.

Eine Kombination der Bonusmodelle ist nicht möglich.

5. Bonushöhe

Die Anzahl der durchgeführten Maßnahmen bestimmt die Höhe des Bonus. Hierbei wird in Pflicht-, Wahl- und Ergänzungsmaßnahmen unterschieden.

Bonusmodell nach Nr. 4a):

Altersgruppe bis 17 Jahre

Stufe 1: alle Pflichtmaßnahmen + 1 Wahlmaßnahme = 30 Euro

Stufe 2: alle Pflichtmaßnahmen + 1 Wahlmaßnahme + 1 Ergänzungsmaßnahme = 40 Euro

Stufe 3: alle Pflichtmaßnahmen + 1 Wahlmaßnahme + 2 Ergänzungsmaßnahmen = 100 Euro

Altersgruppe ab 18 Jahre

Stufe 1: alle Pflichtmaßnahmen + 1 Wahlmaßnahme = 30 Euro

Stufe 2: alle Pflichtmaßnahmen + 1 Wahlmaßnahme + Nichtraucherstatus = 40 Euro

Stufe 3: alle Pflichtmaßnahmen + 1 Wahlmaßnahme + Nichtraucherstatus +
2 Ergänzungsmaßnahmen = 100 Euro

Bonusmodell nach Nr. 4b):

Altersgruppe bis 17 Jahre

Stufe 1: alle Pflichtmaßnahmen + 1 Wahlmaßnahme = 50 Euro

Stufe 2: alle Pflichtmaßnahmen + 1 Wahlmaßnahme + 1 Ergänzungsmaßnahme = 100 Euro

Stufe 3: alle Pflichtmaßnahmen + 1 Wahlmaßnahme + 2 Ergänzungsmaßnahmen = 250 Euro

Altersgruppe ab 18 Jahre

Stufe 1: alle Pflichtmaßnahmen + 1 Wahlmaßnahme = 120 Euro

Stufe 2: alle Pflichtmaßnahmen + 1 Wahlmaßnahme + Nichtraucherstatus = 144 Euro

Stufe 3: alle Pflichtmaßnahmen + 1 Wahlmaßnahme + Nichtraucherstatus +
2 Ergänzungsmaßnahmen = 250 Euro

Der Bonus wird als Zuschuss zu den Kosten für in Anspruch genommene Leistungen gemäß Katalog der Anlage 3 zu § 25a der Satzung gezahlt. Liegen die Kosten unterhalb der Bonushöhe, erfolgt die Erstattung maximal in Höhe der nachgewiesenen Kosten.

6. Nachweis der Gesundheitsmaßnahmen

Die Gesundheitsmaßnahmen sind im jeweiligen Bonuszeitraum durchzuführen und vom Teilnehmer in der von der HEK jeweils vorgegebenen Form zu belegen. Der Nachweis erfolgt durch Bestätigung des Arztes, Zahnarztes oder anderen Leistungserbringern. Dem Teilnehmer entstehende Kosten für die Nachweise werden von der HEK nicht übernommen.

Mit dem vollständigen Einreichen der Nachweise erklärt der Teilnehmer seine Aktivitäten im jeweiligen Bonuszeitraum für beendet; weitere Gesundheitsmaßnahmen werden nicht berücksichtigt. Werden die Gesundheitsmaßnahmen nicht bis spätestens 6 Wochen nach Ablauf des jeweiligen Bonuszeitraums oder Beendigung der Teilnahme nachgewiesen, besteht kein Anspruch auf den Bonus Vorsorge Plus.

Hat der Teilnehmer den Bonus Vorsorge Plus in voller oder anteiliger Höhe aufgrund unrichtiger Angaben, Erklärungen, Bescheinigungen oder Unterlagen erhalten, ist der entsprechende Betrag an die HEK zurück zu zahlen. Darüber hinaus kann die Teilnahme am Bonusprogramm durch die HEK mit sofortiger Wirkung beendet werden.

Anlage 2 zu § 25a der HEK - Satzung

Katalog der Gesundheitsmaßnahmen

Pflichtmaßnahmen

1 - Folgende Pflichtmaßnahmen sind vom Versicherten nachzuweisen, soweit er zur Inanspruchnahme berechtigt ist:

- Früherkennungsuntersuchungen für Kinder U1 bis U9,
- Untersuchung zur Jugendgesundheit J1,
- zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach § 22, § 22a oder 55 SGB V oder eine professionelle Zahnreinigung,
- aktueller Impfstatus - § 20i SGB V, § 19a der Satzung,
- Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung - § 25 Absatz 2 SGB V (alternativ Hautkrebscreening ab 35 Jahren),
- Gesundheits-Check-Up ab dem Alter von 35 Jahren - § 25 Absatz 1 SGB V,
- vollständige Vorsorgeuntersuchungen nach den Mutterschaftsrichtlinien.

Wahlmaßnahmen

2 - Zusätzlich ist mindestens eine der nachfolgenden durchzuführenden Maßnahmen (bzw. Status) Voraussetzung:

- regelmäßige Wahrnehmung von Bewegungsangeboten durch aktive Mitgliedschaft im Sportverein, qualitätsgesicherten Fitnessstudio, im Betriebssport (außerhalb der Arbeitszeit) oder im Hochschulsport,
- Schwimmkurs,
- Sport-/Schwimmabzeichen (nur Altersgruppe bis 17 Jahre),
- altersgerechten Body-Mass-Index (ab 6 Jahre).

Ergänzungsmaßnahmen

3 - Ergänzend zu den in Absatz 1 und Absatz 2 genannten Voraussetzungen erhöht sich der Bonus, wenn

- die Durchführung eines Präventionskurses gemäß § 19 der Satzung (ab 6 Jahre),
- die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder U10 bzw. U11,
- die Untersuchung zur Jugendgesundheit J2 (nur Altersgruppe bis 17 Jahre),
- ein Sport-/Schwimmabzeichen (Altersgruppe ab 18 Jahre),
- ein Nichtraucherstatus

nachgewiesen werden.

Anlage 3 zu § 25a der HEK-Satzung

Katalog der im Rahmen des Bonus Vorsorge Plus 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,
- 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 Vorsorgeuntersuchungen zur Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten,
- i) zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft, soweit nicht bereits Anspruch gemäß §§ 24a oder 24b der Satzung besteht.

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 Abs. 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 § 14 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (MuschG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 11 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

- im Basis-Tarif: mit einem Erstattungssatz von 50 v.H.: 1,4 v.H.;
- beim allgemeinen Erstattungssatz von 70 v.H.: 2,3 v.H. und
- beim erhöhten Erstattungssatz von 80 v.H.: 3,2 v.H.

(2) Der Umlagesatz U2 beträgt 0,70 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.

Der 97. Nachtrag zur Satzung der HEK gilt ab dem 01.01.2021:

Genehmigung

Der vorstehende, vom Verwaltungsrat am 17. Dezember 2020 beschlossene 97. Nachtrag zur Satzung der Hanseatischen Krankenkasse wird gem. § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Viertes Buch (SGB IV) genehmigt.

Bonn, den 22. Dezember 2020
213 - 59014.0 - 1943/1989

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag
Beckschäfer