Satzungen der KKH und der Pflegekasse bei der KKH

Stand: November 2026

KKH

Kaufmännische Krankenkasse

Satzung der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH

in der Fassung vom 1. Juli 2009

zuletzt geändert durch den 100. Nachtrag vom 25. September 2026

Nachträge zur Satzung und deren aktuell gültige Fassung können eingesehen werden unter: ***kkh.de/bekanntmachungen***

Stand: November 2026

Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis der Satzung der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH

Seite

Abschnitt I – Verfassung

§ 1 – Name und Rechtsstellung 5
§ 2 – Sitz, Geschäftsgebiet 5
§ 3 – Organe 5
§ 4 – Verwaltungsrat 5–7
§ 5 – Vorstand 7–8
§ 6 – Vertretung der Kasse 8
§ 7 – Satzungs-, Haushalts- und Rechnungsprüfungsausschuss 8–9
§ 8 – Widerspruchsausschüsse 9–10
§ 9 – Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen 10
§ 10 – Gliederung 10
§ 11 – Änderungen der Satzung 10–11
§ 12 – Bekanntmachungen 11

Abschnitt II – Mitgliedschaft

§ 13 – Mitgliederkreis 11
§ 14 – Erwerb der Mitgliedschaft 11
§ 15 – Ende der freiwilligen Mitgliedschaft 11
§ 16 – Familienversicherung 12

Abschnitt III – Beiträge

§ 17 – Aufbringung der Mittel 12
§ 18 – Beiträge zur Krankenversicherung 12
§ 19 – Mahngebühr. 12
§ 20 – unbesetzt 12
§ 21 – Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung 12

Abschnitt IV – Leistungen

§ 22 – Leistungsgrundlagen und Leistungsausschluss 13
§ 23 – Kostenerstattung 13–14
§ 24 – Prävention, Gesundheitsförderung und Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten 14–16
§ 24a – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten 16–18
§ 24b – Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung 18–19
§ 25 – Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen 19
§ 25a – Hausarztzentrierte Versorgung 19–20
§ 26 – Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz 20
§ 27 – Haushaltshilfe 21
§ 28 – Krankengeld für besondere Personenkreise 21–22
§ 28a – Wahltarife Krankengeld 22
§ 28b – Wahltarif Krankengeld 1 22–23
§ 28c – Wahltarif Krankengeld 2 23

§ 28d – Tarifwahl, -beginn und -ende 23–24
§ 28e – unbesetzt 24
§ 28f – Prämienzahlung 24
§ 29 – Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern 24
§ 29a – Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen 25
§ 29b – Zweitmeinungsverfahren 25–26
§ 29c – Wahltarif Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit 26–29
§ 29d – Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme 29
§ 29e – Prämienzahlung für die Teilnahme an einer besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder an einem Modellvorhaben nach § 63 SGB V . . . 30
§ 29f – Wahltarif Selbstbehalt 30–33
§ 29g – unbesetzt 33
§ 29h – Wahltarif Selbstbehalt für stationäre Krankenhausbehandlungen 33–35
§ 29i – Begrenzung der Prämienzahlungen 35
§ 29j – Schwimmschutzotoplastik 35
§ 29k – Physiocheck 35–36
§ 29l – Stationäre Behandlung durch nicht nach § 108 SGB V zugelassene Leistungserbringer 36
§ 29m – Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern im ambulanten Bereich 36–37
§ 29n – Sportbrille bei Sehschwäche 37
§ 29o – Professionelle Zahnreinigung (PZR) 37–38
§ 29p – Retainer 38
§ 29q – Künstliche Befruchtung 38–39
§ 29r – Untersuchung auf Hautkrebs 39
§ 29s – Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft 39–41
§ 29t – Untersuchung auf Darmkrebs 41–42
§ 29u – Gesundheitsuntersuchungen 42–43
§ 29v – Fissurenversiegelung 43
§ 29w – Untersuchung auf Brustkrebs 43
§ 29x – Osteopathie 43–44
§ 29y – Digitale Versorgungsprodukte 44–45
§ 29z – Real-Time-Messgeräte (rtCGM) 45–46
§ 30 – Zusätzliche Untersuchungen für Kinder und Jugendliche 46–47
§ 30a – Knochendichtemessung 47
§ 30b – Arzneimittel für Kinder und Jugendliche 47

Abschnitt V – Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage
§ 31 – Jahresrechnung 48
§ 32 – Rücklage 48

Abschnitt VI – Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen
§ 33 – Anwendbare Vorschriften, Organe, Zusammensetzunge 49
§ 34 – Beteiligte am U1-Verfahren 49

§ 35 – Beteiligte am U2-Verfahren 50
§ 36 – Teilnahme von Ausbildungsbetrieben 50
§ 37 – Erstattung bei U1-Verfahren 50–51
§ 38 – Erstattung bei U2-Verfahren 51
§ 39 – Aufbringung der Mittel 51
§ 40 – Umlagesätze 51
§ 41 – Fälligkeit der Umlagen 51
§ 42 – Betriebsmittel 52
§ 43 – Haushaltsplan und Rechnungsabschluss 52

Anlage 1 zur Satzung der KKH (§ 9 Abs. 2 der Satzung)
Regelung der Entschädigungen an Mitglieder des Verwaltungsrates 53–55

Anlage 2 zur Satzung der KKH – Maßnahmenkatalog (§ 24a Absatz 4 der Satzung) 56–57

Anlage 3 zur Satzung der KKH – Katalog der Zuschussleistungen (§ 24a Absatz 4, 7 der Satzung) 58–59

Anlage 4 zur Satzung der KKH (§ 29b Absatz 2 Buchstabe a der Satzung) 60

Anlage 5 zur Satzung der KKH unbesetzt 60

Anlage 6 zur Satzung der KKH (§ 29b Absatz 2 Buchstabe c der Satzung) 60

Anlage 7 zur Satzung der KKH (§ 29b Absatz 2 Buchstabe d der Satzung) 61

Anlage 8 zur Satzung der KKH (§ 29k Abs. 2 Satz 1 der Satzung) 62–64

Anlage 9 zur Satzung der KKH – Digitale Versorgungsprodukte (§ 29y Absatz 2 Buchstabe a der Satzung) 65

Ein **Abkürzungsverzeichnis** finden Sie im Anschluss an die Satzung der Pflegekasse.

Satzung der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH

in der Fassung vom 1. Juli 2009

Abschnitt I
Verfassung

§ 1 – Name und Rechtsstellung

(1) Die am 1. Juli 2009 aus der Vereinigung der KKH-Allianz (Ersatzkasse) und der METRO AG Kaufhof BKK hervorgegangene Kasse führt den Namen „Kaufmännische Krankenkasse – KKH“ sowie die Kurzbezeichnung „KKH“.

(2) Die Kaufmännische Krankenkasse – KKH – im Folgenden auch mit der Kurzform „KKH“ bezeichnet oder „Kasse“ genannt – ist eine Ersatzkasse und Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Sie ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und erfüllt ihre Aufgaben im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts in eigener Verantwortung.

§ 2 – Sitz, Geschäftsgebiet

(1) Sitz der KKH ist Hannover.

(2) Das Geschäftsgebiet der Kasse umfasst die Bundesrepublik Deutschland.

§ 3 – Organe

Organe der Kasse sind der Verwaltungsrat (Selbstverwaltungsorgan) sowie der Vorstand.

§ 4 – Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat besteht aus 30 Mitgliedern. Ein Mitglied, das verhindert ist, wird durch einen Stellvertreter vertreten.

(2) Dem Verwaltungsrat gehören 20 Versicherten- und 10 Arbeitgebervertreter mit je einer Stimme an.

(2a) Wahlberechtigte der Gruppe der Versicherten können bei den Sozialversicherungswahlen alternativ zur brieflichen Stimmabgabe auch durch elektronische Stimmabgabe (Online-Wahl) wählen.

(3) Der Verwaltungsrat vertritt die Kasse gegenüber dem Vorstand. Das Vertretungsrecht wird gemeinsam durch den Vorsitzenden/die Vorsitzende und den stellvertretenden Vorsitzenden/die stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates ausgeübt.

(4) Der Verwaltungsrat nimmt seine Aufgaben im Rahmen seiner Zuständigkeit wahr. Er überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die Kasse von grundsätzlicher Bedeutung sind. Zu seinen Aufgaben gehört insbesondere:

1. Wahl eines Vorsitzenden und eines stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus seiner Mitte,
2. Festlegung der Unternehmenspolitik,
3. Beschluss der Satzung und sonstigen autonomen Rechts der Kasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen,
4. Wahl der Mitglieder des Vorstandes einschließlich der Festlegung ihrer Amtszeit sowie Wahl des Vorstandsvorsitzenden und seines Stellvertreters aus der Mitte des Vorstandes,
5. organisatorische Grundentscheidung über die Abgrenzung der Geschäftsbereiche der Vorstandsmitglieder,
6. Beschluss der festen Sätze und Pauschbeträge nach § 41 Abs. 1 und 3 SGB IV,
7. Beschluss einer Geschäftsordnung des Verwaltungsrates,
8. Wahl der Mitglieder und der stellvertretenden Mitglieder der Ausschüsse des Verwaltungsrates,
9. Feststellung des Haushaltsplanes,
10. Abnahme der Jahresrechnung und Beschluss über die Entlastung des Vorstandes,
11. Beschluss über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,
12. Wahl der ehrenamtlichen Vertreter der Kasse in die Gremien des vdek und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen,
13. Beschluss über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen.

(5) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Ist der Verwaltungsrat nicht beschlussfähig, kann der Vorsitzende anordnen, dass in der nächsten Sitzung über den Gegenstand der Abstimmung auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 bestimmte Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Einladung zur nächsten Sitzung hinzuweisen. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(6) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

(7) Sitzungen des Verwaltungsrats können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen und bei Wahlen gemäß Absatz 4 Nr. 4. Bei öffentlichen,

hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes möglich. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrats vollständig digital (digitale Sitzung) stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrats stellt den Ausnahmefall nach Satz 5 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der KKH liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. Bei öffentlichen, digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Ein Anspruch auf Ausstattung mit der für eine Teilnahme per zeitgleicher Bild- und Tonübertragung erforderlichen Hardware gegenüber der KKH besteht nicht.

(8) In hybriden und vollständig digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates entscheidet, wie die Stimmabgabe (z. B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der KKH liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

(9) Für die Beratungs- und Erledigungsausschüsse gilt § 8 Absatz 7 und 8 entsprechend.

§ 5 – Vorstand

(1) Der Vorstand der Kasse besteht aus zwei Personen. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig.

(2) Der Vorstand verwaltet die KKH hauptamtlich und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

(3) Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Mitgestaltung der Unternehmenspolitik im Zusammenwirken mit dem Verwaltungsrat,
2. Unternehmensführung einschließlich Führung der laufenden Verwaltungsgeschäfte,
3. Aufstellung des Haushaltsplanes,

4. Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über
   a) die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung,
   b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
5. Bericht gegenüber dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen,
6. Erarbeitung von Vorlagen für Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung und Vorbereitung von Beschlüssen des Verwaltungsrates,
7. Verfügung über die Betriebsmittel und Anlage und Bewirtschaftung der Betriebsmittel und der Rücklage der Kasse,
8. Abschluss von Tarifverträgen,
9. Einstellung, Kündigung und Gestaltung der Vertragsverhältnisse der Mitarbeiter, bei nicht unter den geltenden Tarifvertrag fallenden Mitarbeitern im Benehmen mit dem Verwaltungsrat,
10. Abschluss von Verträgen über die Leistungserbringung an die Versicherten,
11. Aufstellung einer Kassenordnung,
12. Prüfung der Kassen- und Vermögensbestände sowie der Buchhaltung.

(4) Der Vorstand stellt auf der Grundlage der Abgrenzung der Geschäftsbereiche Richtlinien auf. Innerhalb dieser Richtlinien verwaltet jedes Vorstandsmitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorsitzende des Vorstandes.

§ 6 – Vertretung der Kasse

(1) Der Verwaltungsrat vertritt nach Maßgabe des § 4 Absatz 3 die Kasse gegenüber dem Vorstand.

(2) Der Vorstand vertritt die Kasse gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Der Vorstand kann bestimmen, dass die Kasse durch einzelne Mitglieder des Vorstandes vertreten wird.

(3) Bei Rechtshandlungen im Zusammenhang mit dem Erwerb, der Veräußerung oder der Belastung von Grundstücken wird die Kasse durch den Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam mit dem Vorsitzenden des Vorstandes – im Verhinderungsfall jeweils durch deren Stellvertreter – vertreten.

(4) Bedarf der Vorstand eines Ausweises, genügt eine vom Vorsitzenden und vom stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam unterzeichnete Bescheinigung über die Zusammensetzung und den Umfang der Vertretungsbefugnis des Vorstandes.

§ 7 – Satzungs-, Haushalts- und Rechnungsprüfungsausschuss

(1) Der Verwaltungsrat bildet einen Satzungs-, Haushalts- und Rechnungsprüfungsausschuss. Das Nähere über die Zahl der Mitglieder und die Wahl regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

(2) Dem Ausschuss wird die Befugnis, die Bücher und Akten der KKH einzusehen und die Vermögensbestände zu prüfen (§ 197 Abs. 2 SGB V), als Erledigungsausschuss übertragen. Er kann einzelne Mitglieder des Ausschusses hiermit beauftragen.

§ 8 – Widerspruchsausschüsse

(1) Der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird besonderen Ausschüssen (Widerspruchsausschüsse) übertragen. Ausgenommen hiervon sind Widerspruchsbescheide aufgrund von Widersprüchen nach § 275c Absatz 3 und 5 SGB V. Die erforderliche Zahl der Widerspruchsausschüsse bestimmt der Verwaltungsrat. Sitz der Widerspruchsstelle ist Hannover.

(2) Jeder Widerspruchsausschuss besteht aus drei ehrenamtlichen Mitgliedern (zwei Versicherten- und ein Arbeitgebervertreter) und einem Bediensteten der Kasse. Jedes Mitglied hat zwei Stellvertreter, die das Mitglied bei Verhinderung in der Reihenfolge ihrer Benennung vertreten. Jeder Widerspruchsausschuss wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden. Die Widerspruchsausschüsse sind beschlussfähig, wenn sämtliche Ausschussmitglieder ordnungsgemäß geladen und mindestens drei Ausschussmitglieder oder im Verhinderungsfall ihre Stellvertreterinnen/Stellvertreter anwesend und stimmberechtigt sind. Das gilt in Angelegenheiten, die den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) betreffen, unter Beachtung des § 33 Absatz 6 Satz 2 entsprechend.

(3) Die ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat für die Dauer der Amtsperiode des Verwaltungsrates gewählt. § 52 SGB IV gilt entsprechend. Wählbar sind Mitglieder und stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates. Die Bediensteten der Kasse werden vom Vorstand benannt.

(4) Das nähere Verfahren regelt die vom Verwaltungsrat zu beschließende Geschäftsordnung für die Widerspruchsausschüsse.

(5) Die Widerspruchsausschüsse sind bei einem Einspruch gegen einen Bußgeldbescheid die nach § 112 Abs. 2 SGB IV zuständige Stelle. Die Widerspruchsausschüsse erlassen auch die Widerspruchsbescheide in Angelegenheiten, die den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG betreffen, wobei die Regelung des § 33 Absatz 6 zu beachten ist, und entscheiden über Widersprüche nach § 9 Abs. 4 des Informationsfreiheitsgesetzes sowie über Widersprüche im Rahmen des Gesetzes zur Weiterverwendung von Informationen öffentlicher Stellen.

(6) Die Widerspruchsausschüsse können ohne Sitzung schriftlich abstimmen es sei denn, mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung für die Widerspruchsausschüsse.

(7) Sitzungen der Widerspruchsausschüsse können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzung). Mitglieder,

die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Die oder der Bedienstete der Kasse ist in Präsenz am Sitzungsort anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen der Widerspruchsausschüsse. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen der Widerspruchsausschüsse digital stattfinden (digitale Sitzung). Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses stellt den Ausnahmefall nach Satz 5 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der KKH liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht. Ein Anspruch auf Ausstattung mit der für eine Teilnahme per zeitgleicher Bild- und Tonübertragung erforderlichen Hardware gegenüber der KKH besteht nicht.

(8) In hybriden und vollständig digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses entscheidet, wie die Stimmabgabe (z. B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der KKH liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

§ 9 – Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen

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

(2) Der Verwaltungsrat beschließt die festen Sätze und die Pauschbeträge nach § 41 Abs. 1 und 3 SGB IV. Art und Höhe ergeben sich aus der Anlage 1 zur Satzung, die Bestandteil der Satzung ist.

§ 10 – Gliederung

(1) Die Kasse gliedert sich in die Hauptverwaltung und weitere Verwaltungs- und Servicestellen. Die Hauptverwaltung hat ihren Sitz in Hannover.

(2) Bezeichnung, Aufgaben, Zuständigkeitsbereich und Befugnisse dieser Stellen einschließlich der Hauptverwaltung legt der Vorstand fest.

§ 11 – Änderungen der Satzung

(1) Beschlüsse zur Änderung der Satzung werden mit Ausnahme der in Absatz 2 genannten Fälle mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.

(2) Beschlüsse zur Änderung des § 4 Absatz 1, § 5 Absatz 1, § 10 und § 11 Absatz 1 und 2 bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen. Ein Beschluss nach § 4 Absatz 4 Satz 3 Nummer 13 bedarf einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates.
(3) Änderungen der Satzung haben für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse Wirkung. Das gilt auch für bereits eingetretene, jedoch noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle, soweit damit keine Leistungsminderung verbunden ist.
(4) Ausfertigungen von Satzungsänderungen werden vom Vorsitzenden des Vorstandes, im Verhinderungsfall von seinem Stellvertreter, unterzeichnet.

§ 12 – Bekanntmachungen
Bekanntmachungen der Kasse erfolgen im Internet unter: ***kkh.de***

Abschnitt II
Mitgliedschaft

§ 13 – Mitgliederkreis
(1) Zum Mitgliederkreis der KKH gehören
1. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. Studentinnen und Studenten sowie Berufspraktikantinnen und Berufspraktikanten,
3. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

Maßgeblich sind die gesetzlichen Regelungen.
(2) Schwerbehinderte Menschen können der Kasse nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 SGB V als freiwilliges Mitglied nur beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 14 – Erwerb der Mitgliedschaft
Wer Mitglied werden will, hat seinen Beitritt unter Angabe der erforderlichen Daten innerhalb der gesetzlich festgelegten Fristen zu erklären, es sei denn, die Mitgliedschaft kommt gemäß § 175 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB V zustande.

§ 15 – Ende der freiwilligen Mitgliedschaft
Die Kasse gibt dem Austritt freiwillig versicherter Mitglieder abweichend von § 191 Nr. 3 SGB V zu dem Zeitpunkt statt, ab dem ohne die freiwillige Mitgliedschaft Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V bestünde.

§ 16 – Familienversicherung
Der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder eines Mitgliedes sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind nach Maßgabe des § 10 SGB V bei der Kasse versichert. Lebenspartnerschaften im Sinne dieser Satzung sind Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.

Abschnitt III
Beiträge

§ 17 – Aufbringung der Mittel
Die Mittel der Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 18 – Beiträge zur Krankenversicherung
Die Kasse erhebt entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und der auf ihrer Grundlage erlassenen Bestimmungen Beiträge zur Krankenversicherung, die an den Gesundheitsfonds weitergeleitet werden. Maßgeblich sind die in den genannten Regelungen getroffenen Festlegungen insbesondere zu den Beitragssätzen, den beitragspflichtigen Einnahmen und der Fälligkeit der Beiträge.

§ 19 – Mahngebühr
Die Erhebung einer Mahngebühr richtet sich nach § 19 Absatz 2 Verwaltungs-Vollstreckungsgesetz.

§ 20 – unbesetzt

§ 21 – Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung
Die Kasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 3,78 Prozent monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

Abschnitt IV
Leistungen

§ 22 – Leistungsgrundlagen und Leistungsausschluss

(1) Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen und den nachfolgenden Vorschriften dieser Satzung.

(2) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen (§ 52a SGB V).

(3) Die Kasse kann soweit möglich Informationen und Belege sowie eine Bestätigung der Versicherten darüber einfordern, dass der Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V nicht allein dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Bei den Prüfungen nach dem vorstehenden Satz sind die Versicherten zur Mitwirkung verpflichtet. Kann mangels ausreichender Mitwirkung des Versicherten nicht geklärt werden, ob der Leistungsausschluss wirksam wird, sind die beanspruchten Leistungen zu versagen (§§ 60 ff. SGB I). Die nach diesem Absatz erhobenen Daten und dabei insbesondere die Angaben zum Gesundheitszustand werden ausschließlich nach den Vorgaben des Zweiten Kapitels des SGB X verarbeitet und genutzt.

(4) Wurden Leistungen bereits erbracht und stellt sich nachträglich heraus, dass es sich um eine missbräuchliche Leistungsinanspruchnahme im Sinne von § 52a SGB V gehandelt hat, können die von der Kasse getragenen Kosten der Leistung unter Beachtung der einschlägigen Verfahrensvorschriften des SGB X vom Versicherten zurückgefordert werden.

§ 23 – Kostenerstattung

(1) Versicherte können nach Maßgabe des § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung wählen. Die Wahl muss schriftlich gegenüber der Kasse erfolgen. Der Versicherte muss dabei bestimmen, für welchen der in § 13 Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Bereiche, nämlich den Bereich der ärztlichen Versorgung, den Bereich der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder den Bereich der veranlassten Leistungen, er die Kostenerstattung wählt oder ob die Kostenerstattung ohne Beschränkung gelten soll. Die Wahl der Kostenerstattung ist vor Inanspruchnahme der Leistung, für die eine Kostenerstattung geltend gemacht werden soll, zu erklären. Ab Beginn der unbeschränkten Kostenerstattung darf die Krankenversichertenkarte nicht mehr benutzt werden, im Fall der Beschränkung der Wahl gemäß Satz 3 nicht mehr für den Bereich, für den die Kostenerstattung gilt. Bei unbeschränkter Wahl der Kostenerstattung kann die Kasse die Aushändigung der Krankenversichertenkarte verlangen.

Die Wahl der Kostenerstattung gilt für ein Kalendervierteljahr. Wird sie nicht gekündigt, verlängert sie sich anschließend jeweils für ein weiteres Kalendervierteljahr. Die Kostenerstattung kann schriftlich unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen zum Ablauf eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

(2) Zur Erstattung sind der Kasse die Rechnungen der Leistungserbringer und die Verordnungen vorzulegen. Die Rechnungen müssen nach Art und Zeit der Leistungen aufgegliedert sein. Arzt- und Zahnarztrechnungen müssen die Diagnose oder den Befund enthalten. Auf Verlangen der Kasse hat der Versicherte die Bezahlung der Rechnung nachzuweisen. Erstattet werden die Rechnungsbeträge höchstens in Höhe der Vergütung, die die Kasse bei Erbringung der Sach- oder Dienstleistung im Inland zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Die Kasse kann die Ermittlung der Erstattungsbeträge vereinfachen. Der Erstattungsbetrag wird regelhaft in Höhe von 30 vom Hundert, im Falle der Arzneimittelversorgung in Höhe von 70 vom Hundert der ausgewiesenen Rechnungslegung ermittelt und anschließend um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt. Dies gilt nicht für den Bereich der stationären und zahnärztlichen Versorgung. Auf Antrag des Versicherten und für den Bereich der stationären und zahnärztlichen Versorgung erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrags. Der individuell ermittelte Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 vom Hundert sowie um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt.

(3) Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V (Wahlarzneimittel) gilt Absatz 1 nicht. Die der Kasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 SGB V sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB V werden durch einen pauschalierten Abschlag in Höhe von 30 vom Hundert, wenn ein Festbetrag nach § 35 oder § 35a SGB V festgesetzt ist, vom Festbetrag, ansonsten vom Apothekenabgabepreis berücksichtigt. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Absatz 2 Satz 1 und 5 gilt entsprechend.

(4) Im Fall der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 und 5 SGB V gilt Absatz 2 Satz 1 bis 6 entsprechend mit den Maßgaben, dass der Versicherte Art und Umfang der erhaltenen Leistungen auch in anderer geeigneter Form belegen kann, wenn vom Leistungserbringer keine entsprechend spezifizierte Rechnung zu erhalten ist. Der ermittelte Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 vom Hundert sowie um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt. § 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V bleibt unberührt.

§ 24 – Prävention, Gesundheitsförderung und Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

(1) Die Kasse klärt durch Print- und andere Medien, insbesondere durch Veröffentlichungen in periodisch oder sporadisch erscheinenden Schriften, in der Presse, durch Teilnahme an Messen, Ausstellungen, Gesundheitswochen,

sonstigen Informationsveranstaltungen o. Ä. über Gesundheitsgefährdungen auf und berät die Versicherten, wie Gesundheitsgefährdungen und Krankheiten begegnet werden kann oder diese verhütet werden können. Die Kasse kann sich darüber hinaus an Maßnahmen und Aktionen Dritter zur Förderung einer gesunden Lebensweise beteiligen.

(2) Die Kasse gewährt qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention und der Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 1 SGB V). Die Leistungen zur primären Prävention und der Gesundheitsförderung sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

(3) Für die Leistungen nach Absatz 2 gelten die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V (Leitfaden Prävention) in der jeweils gültigen Fassung. Leistungen der primären Prävention werden in den folgenden Handlungsfeldern gewährt:

a) Bewegungsgewohnheiten:
   – Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität,
   – Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme,
b) Ernährung:
   – Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung,
   – Vermeidung und Reduktion von Übergewicht,
c) Stress- und Ressourcenmanagement:
   – Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement,
   – Förderung von Entspannung und Erholung,
d) Suchtmittelkonsum:
   – Förderung des Nichtrauchens,
   – Risikoarmer Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums.

Leistungen der primären Prävention können von der KKH selbst oder von Fremdanbietern, sofern diese den im Leitfaden Prävention aufgeführten Qualitätskriterien genügen, erbracht werden.

(4) Die Kasse gewährt pro Kalenderjahr zwei Maßnahmen nach Absatz 3 als Sachleistung bzw. beteiligt sich an den Kosten von Leistungen durch Fremdanbieter mit einem Zuschuss in Höhe von jeweils 100 vom Hundert. Die Höhe des Zuschusses ist für alle Versicherten auf höchstens 150 Euro pro Maßnahme begrenzt.

(5) Die Kasse führt im Rahmen der §§ 20a und b SGB V Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (z. B. in Kindertagesstätten und Schulen) und zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch bzw. fördert sie.

(6) Die Versicherten erhalten über die Leistungspflicht nach § 20i Absatz 1 SGB V hinaus Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, soweit nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist, nach der folgenden Regelung:

a) Die Kasse übernimmt Schutzimpfungen gegen Influenza für Versicherte, die nicht von den Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V erfasst werden.
b) Die Kasse übernimmt zu 100 % die Kosten für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut sowie dem Auswärtigen Amt für das Reiseland empfohlen werden, sowie die medikamentöse Malaria-prophylaxe entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Globale Gesundheit e. V. (DTG) zur Malariaprophylaxe. Für die Gewährung des Zuschusses sind die Rechnungen in Papierform oder elektronisch einzureichen.
c) Die Kasse übernimmt die Kosten für zugelassene Schutzimpfungen gegen Humane Papillomviren (HPV) für Versicherte, die nicht von den Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V erfasst werden. Für die Erstattung der Kosten sind die Rechnungen in Papierform oder elektronisch einzureichen.
d) Die Kasse übernimmt die Kosten für zugelassene Schutzimpfungen gegen Meningokokken der Serogruppe B (MenB) sowie der Serogruppen A, C, W und Y (MenACWY) für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Für die Erstattung der Kosten sind die Rechnungen in Papierform oder elektronisch einzureichen.
e) Die Kasse übernimmt die Kosten für zugelassene Schutzimpfungen gegen Masern für vor 1971 geborene Versicherte. Für die Erstattung der Kosten sind die Rechnungen in Papierform oder elektronisch einzureichen.
f) Die Kasse übernimmt die Kosten für zugelassene Schutzimpfungen gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) für Schwangere zwischen der 24. und 36. Schwangerschaftswoche. Für die Erstattung der Kosten sind die Rechnungen in Papierform oder elektronisch einzureichen.
g) Die Kasse übernimmt die Kosten für zugelassene Schutzimpfungen gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) für Versicherte, die nicht von den Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V erfasst werden. Für die Erstattung der Kosten sind die Rechnungen in Papierform oder elektronisch einzureichen.

§ 24a – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Versicherte der KKH können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Teilnahmeberechtigt sind alle KKH-Versicherten. Abweichend davon ist für Anwartschaftsversicherte und Personen, die Leistungen nach § 264 SGB V erhalten, die Teilnahme nicht möglich. Dies gilt auch, solange der Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist.

(2) Die Teilnahme ist formlos zu erklären. Für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres erfolgt die Erklärung durch den gesetzlichen Vertreter. Die Teilnahme kann jederzeit erklärt werden. Sie beginnt am Ersten des Kalenderjahres, in dem die Erklärung bei der KKH eingeht, aber nicht vor Beginn der Versicherung bei der KKH.

(3) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus bei Nachweis der Inanspruchnahme einer jeden Leistung aus den nachfolgend genannten Bereichen:

a) Leistungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V, sportmedizinische Untersuchung,
b) Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V oder § 20i Absatz 2 SGB V i. V. m. § 24 der Satzung,
c) zahnärztliche Untersuchungen nach den §§ 22, 55 SGB V,
d) Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 22a SGB V,
e) die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses („Mutterschafts-Richtlinien“) wahrnehmbare Leistung der Mutterschaftsvorsorge während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, wobei jedoch je Mutterschaftsfall nur insgesamt einmal ein Bonus gewährt wird, eine gesonderte Bonifizierung einzelner Teilleistungen der Mutterschaftsvorsorge ist nicht möglich.

Pro Kalenderjahr gilt: Für die erste und zweite nachgewiesene Leistung wird ein Bonus von je 10 Euro und für jede weitere nachgewiesene Leistung wird ein Bonus von je 5 Euro gewährt. Anstelle eines Einzelnachweises über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 1 darf die KKH hierfür die nach § 284 Absatz 1 SGB V von ihr rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung der betroffenen Versicherten im erforderlichen Umfang verarbeiten.

(4) Für die regelmäßige Inanspruchnahme von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V und die Teilnahme an vergleichbaren qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens gilt pro Kalenderjahr, dass Versicherte, die an einer Basismaßnahme teilnehmen, einen Bonus von 15 Euro erhalten. Dieser erhöht sich pro Kalenderjahr einmalig um 15 Euro bei einer nachgewiesenen weiteren Basis- oder bei einer nachgewiesenen Zusatzmaßnahme. Pro Kalenderjahr sind maximal zwei Maßnahmen bonifizierbar. Die Basis- und Zusatzmaßnahmen nach Absatz 4 sind getrennt nach volljährigen Versicherten (Erwachsene) und minderjährigen Versicherten (Kinder und Jugendliche) abschließend in der Anlage 2 zur Satzung aufgelistet. In dem Kalenderjahr, in dem die Volljährigkeit eintritt, darf sich der oder die Versicherte entweder für die Maßnahmenvariante für Volljährige oder für die Maßnahmenvariante für Minderjährige entscheiden.

(5) Der zu gewährende Bonus verdoppelt sich bei Wahl eines zweckgebundenen Zuschusses zu einer im Kalenderjahr durchgeführten Gesundheitsleistung. Die zuschussfähigen Gesundheitsleistungen sind abschließend in der Anlage 3 zur Satzung aufgelistet. Ist der zweckgebundene Zuschuss höher als die Kos-

ten der bezuschussten Leistung, kann der verbliebene Betrag als zweckgebundener Zuschuss für eine oder mehrere weitere der in Anlage 3 aufgeführten Gesundheitsleistungen verwendet werden, soweit sie bis zum Ablauf des Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Nicht ausgeschöpfte zweckgebundene Zuschüsse verfallen zu diesem Zeitpunkt.

(6) Die Gewährung des Bonus erfolgt auf Antrag. Hierzu ist es erforderlich, Nachweise über die im Kalenderjahr in Anspruch genommenen Leistungen sowie für die im Kalenderjahr gegebenenfalls in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres (Nachreichfrist) bei der KKH einzureichen. Dabei ist anzugeben, ob der Bonus als zweckgebundener Zuschuss zu einer im Kalenderjahr durchgeführten Gesundheitsleistung nach Anlage 3 gewährt werden soll. Die Inanspruchnahme bonifizierbarer Leistungen ist durch Bestätigung vom Arzt, von anderen Leistungserbringern oder vom Veranstalter nachzuweisen; Absatz 3 Satz 4 bleibt unberührt. Kosten für Nachweise werden von der KKH nicht übernommen. Eine Übertragung von im Kalenderjahr in Anspruch genommenen Leistungen auf das Folgejahr ist nicht möglich.

(7) Um Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, einen stärkeren Anreiz zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu geben, erhöhen sich bei erstmaliger Teilnahme an einem Bonusprogramm der KKH die Geldleistungen einmalig auf insgesamt 200 Euro, sofern die oder der Versicherte im Kalenderjahr mindestens drei bonusbegründende Leistungen nach Absatz 3 oder 4 in Anspruch genommen hat; als Zuschuss zu dem Jahresbeitrag von im Katalog der Anlage 3 Ziffer 14 der Satzung gelisteten privaten Versicherungen beträgt er einmalig bis zu 300 EUR, jedoch nicht mehr, als die tatsächlich entstandenen Kosten. Für die auf das erste Kalenderjahr mit durchgehender Teilnahme ab Beginn des Jahres folgenden Jahre ist die Gewährung des erhöhten Bonus nicht mehr möglich. Der zweckgebundene Zuschuss nach Absatz 5 bleibt davon unberührt.

(8) Beitragsrückstände und andere bestehende Außenstände der oder des Versicherten bei der KKH können mit dem auszuzahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt im Sinne des § 51 SGB I aufgerechnet werden.

(9) Die Teilnahme am Bonusprogramm endet mit dem Ende der Versicherung bei der KKH. Werden in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren bis zum Ende der Nachreichfrist jeweils keine Nachweise für in Anspruch genommene Leistungen nach Absatz 3 und/oder 4 eingereicht, endet die Teilnahme rückwirkend zum 31.12. des zweiten Kalenderjahres. Für eine erneute Teilnahme ist eine Erklärung nach Absatz 2 erforderlich. Sämtliche Bonusansprüche verfallen mit dem Ende der Versicherung bei der KKH.

§ 24b – Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn er die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen

Fassung nachweist und diese Maßnahme nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) ist.

(2) Die KKH schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

(3) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 5 SGB V zertifizierten nachfolgend aufgeführten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers mindestens zu 80 vom Hundert teilnehmen:
- Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte,
- Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag,
- Verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb oder
- Stressbewältigung und Ressourcenstärkung.

Die KKH schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach Absatz 2 ab.

(4) Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 100 Euro pro Kalenderjahr auf Antrag ausgezahlt, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über eine Teilnahme von mindestens 80 vom Hundert an einer Maßnahme nach Absatz 3 nachgewiesen wurden.

(5) Der Bonusanspruch für Arbeitgeber und Arbeitnehmer entsteht frühestens mit Abschluss des mit der KKH nach Absatz 2 geschlossenen Bonusvertrages.

§ 25 – Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen

(1) Die Kasse kann unter den in § 23 SGB V genannten Voraussetzungen
– ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sowie
– stationäre Vorsorgeleistungen in Vorsorgeeinrichtungen (stationäre Vorsorge),
erbringen.

(2) Bei der Durchführung ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten beteiligt sich die Kasse an den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und den Fahrkosten mit einem Zuschuss. Dieser wird gewährt:
- für versicherte chronisch kranke Kleinkinder in Höhe von 25 Euro täglich,
- im Übrigen pauschal in Höhe von einmalig 100 Euro.

Außer für versicherte chronisch kranke Kleinkinder setzt die Gewährung des Zuschusses voraus, dass die Vorsorgemaßnahme mindestens 21 Kalendertage dauert.

§ 25a – Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die KKH bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b 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 hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztliche Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

(3) Der Versicherte hat seine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung schriftlich oder elektronisch zu erklären. Vor der Abgabe der Teilnahmeerklärung informiert die Kasse die an einer Teilnahme interessierten Versicherten schriftlich über den Inhalt und die Ziele des jeweiligen Versorgungsvertrags, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung, die Möglichkeit sowie die Form und die Frist eines Widerrufs der Teilnahmeerklärung, die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme und die etwaig im Rahmen des Versorgungsvertrags vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 26 – Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

(1) Die KKH gewährt ihren Versicherten Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Die Leistungen müssen den vom GKV-Spitzenverband gemeinsam und einheitlich beschlossenen Vorgaben und Kriterien zur Umsetzung des § 20k Absatz 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.

(2) Die Angebote und Leistungen sind zielgruppengerecht zu gestalten und sollen in Abhängigkeit der Vorkenntnisse der Nutzer in verschiedenen (Medien-)Formaten angeboten werden. Für Angehörige von Zielgruppen mit geringer digitaler Gesundheitskompetenz soll berücksichtigt werden, dass nicht nur digitale Formate und Medien eingesetzt werden. Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne Bezug zu Gesundheitsthemen vermitteln, können nicht angeboten werden.

(3) Die KKH übernimmt die Kosten für die von ihr selbst oder in ihrem Auftrag durch Dritte entwickelte bzw. bereitgestellte Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz in voller Höhe. An den Kosten für Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz von Fremdanbietern, die den Anforderungen der Absätze 1 und 2 entsprechen, beteiligt sich die KKH mit einem Zuschuss in Höhe von 90 vom Hundert; die Höhe des Zuschusses ist auf höchstens 80 Euro begrenzt. Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zahlen keinen Eigenanteil. Die Kostentragung der Kasse ist auf eine Leistung zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz pro Kalenderjahr beschränkt.

§ 27 – Haushaltshilfe

(1) Als zusätzliche Leistung erhalten Versicherte zur Aufrechterhaltung des Haushalts Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen einer akuten Erkrankung oder einer akuten Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Hierfür ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

(2) Der Anspruch besteht nur beim Einsatz einer selbst beschafften Haushaltshilfe und nur für maximal zehn Leistungstage pro Kalenderjahr bis zu vier Stunden am Tag. Die Kasse bezuschusst die Vergütung für die selbst beschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe.

(3) Wenn eine selbst beschaffte Haushaltshilfe nicht verfügbar ist und der Ehe- oder Lebenspartner unbezahlten Urlaub nehmen muss, um den Haushalt weiterzuführen, erstattet die Kasse den nachgewiesenen Nettoverdienstausfall für maximal zehn Leistungstage pro Kalenderjahr bis zur Höhe des Höchstkrankengeldes nach § 47 SGB V je Kalendertag.

(4) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsinanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrag an die Kasse.

§ 28 – Krankengeld für besondere Personenkreise

(1) Freiwillig versicherte hauptberuflich selbständig Erwerbstätige (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V), Beschäftigte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes haben (unständig Beschäftigte) und nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherte Mitglieder können sich für die Zeit ihrer Mitgliedschaft, wenn sie die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 SGB V abgegeben haben, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll, für den Geltungszeitraum dieser Erklärung zusätzlich zu dem gesetzlichen Krankengeldanspruch für einen Wahltarif Krankengeld (§§ 28a bis 28f) entscheiden.

(2) Bei abhängig Beschäftigten, deren Entgelt nach Monaten bemessen ist, wird bei schwankendem Entgelt bei der Berechnung des Krankengeldes das durchschnittliche Entgelt der letzten drei Monate herangezogen. Zusätzliche Vergütungen zum Monatslohn werden bei abhängig Beschäftigten bei der Berechnung des Krankengeldes nur berücksichtigt, wenn die jeweils gleiche zusätzliche Vergütung in den letzten drei abgerechneten Monaten regelmäßig vergütet wurde. Ist dies der Fall, wird der Durchschnitt der letzten drei abgerechneten Monate herangezogen. Mehrarbeitsvergütungen werden bei abhängig Beschäftigten bei der Berechnung des Krankengeldes nur berücksichtigt, wenn in den letzten drei abgerechneten Monaten bzw. in den letzten 13 abgerechneten Wochen regelmäßig Mehrarbeit geleistet wurde. Gegebenenfalls werden die durchschnittlichen Mehrarbeitsvergütungen der letzten

drei abgerechneten Monate bzw. der letzten 13 abgerechneten Wochen zugrunde gelegt.

(3) Bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird die Berechnung und Zahlung des Krankengeldes so vorgenommen, dass das Krankengeld seine Entgeltersatzfunktion erfüllt. Ein Ausfall von Arbeitsentgelt während einer arbeitsfreien Periode, der durch eine während der Arbeitsperiode eingetretene Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldbezug bedingt ist, wird durch eine entsprechende – ggf. rückwirkende – Bemessung des Krankengeldes ausgeglichen.

§ 28a – Wahltarife Krankengeld

(1) Auf den Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 28a bis 28f (Wahltarifkrankengeld) werden die gesetzlichen Vorschriften für den Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 bis 51 SGB V (gesetzliches Krankengeld) entsprechend angewendet, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

(2) Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht zusammen mit dem gesetzlichen Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren. § 48 SGB V bleibt unberührt.

(3) Für Zeiten, für die Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht, besteht Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung nach § 224 SGB V. Während der Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V besteht keine Pflicht zur Zahlung von Prämien nach den §§ 28a bis 28f für das Wahltarifkrankengeld. Im Falle der Versicherungspflicht in anderen Zweigen der Sozialversicherung sowie nach dem SGB III behält die Kasse den vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteil vom Krankengeld ein und entrichtet diesen an die für den Beitragseinzug zuständige Stelle. Bei dem Wahltarif nach § 28c (Krankengeld 2) wird ein Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen in Höhe des Krankengeldes als versichert und als dem Krankengeld (bzw. seiner Bemessung) zugrunde liegend angesehen.

§ 28b – Wahltarif Krankengeld 1

(1) Freiwillig versicherte hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, denen wegen Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt entgeht, können einen Anspruch auf Wahltarifkrankengeld ab dem 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen, wenn sie die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V für das gesetzliche Krankengeld abgegeben haben.

(2) Die nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V Versicherungspflichtigen, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts aufgrund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zah-

lung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, können einen Anspruch auf Wahltarifkrankengeld ab dem 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen, wenn sie die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V für das gesetzliche Krankengeld abgegeben haben.

(3) Ist bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit der gesetzliche Krankengeldanspruch wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer ausgeschöpft, entsteht aufgrund dieser Krankheit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld mehr.

(4) Die vom Mitglied zu zahlende monatliche Prämie beträgt 1 vom Hundert des für die Beitragsbemessung zur Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungswertes (im Falle des Absatzes 1 nach § 240 SGB V, im Falle des Absatzes 2 nach § 232 SGB V bzw. bei nicht unständig Beschäftigten nach §§ 226 ff. SGB V).

§ 28c – Wahltarif Krankengeld 2

(1) Die nach dem KSVG versicherten Mitglieder können einen Anspruch auf Wahltarifkrankengeld ab dem 15. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen. Das kalendertägliche Wahltarifkrankengeld beträgt 20 Euro. Überschreitet dieser Betrag das tatsächlich entgehende kalendertägliche Arbeitseinkommen und Arbeitsentgelt, reduziert sich das kalendertägliche Wahltarifkrankengeld auf das tatsächlich entgehende kalendertägliche Arbeitseinkommen und Arbeitsentgelt. Ist bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit der gesetzliche Krankengeldanspruch wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer ausgeschöpft, entsteht aufgrund dieser Krankheit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld mehr.

(2) Die vom Mitglied zu zahlende monatliche Prämie beträgt 5,85 Euro.

§ 28d – Tarifwahl, -beginn und -ende

(1) Die Tarifwahl muss schriftlich erfolgen. Die Erklärung ist gegenüber der KKH abzugeben und wird mit ihrem Zugang wirksam.

(2) Die Tarifteilnahme beginnt am Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Tarifwahl erklärt wird, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft und nicht vor Beginn des Zeitraums, für den die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 SGB V gilt. Das rückwirkende Wahlrecht nach § 319 Absatz 3 SGB V und nach Artikel II bleibt unberührt.

Die Teilnahme an dem Tarif nach § 28b Absatz 1 kann mit Wirkung ab Aufnahme der hauptberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit, frühestens ab Beginn der Mitgliedschaft, gewählt werden, wenn die Tarifwahl innerhalb von zwei Wochen nach Aufnahme der hauptberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit bzw. nach Beginn der Mitgliedschaft erfolgt.

Bestand nicht in dem Zeitraum von einem Monat vor dem gewählten Beginn der Teilnahme an dem Tarif nach § 28b eine Versicherung mit gleichwertigem Krankengeldanspruch, sondern keine Versicherung, eine Versicherung mit kürzerem oder späterem Anspruch auf Krankengeld und führt die Tarifwahl im Vergleich dazu zu einer Versicherung mit weitergehendem Krankengeldanspruch,

beginnt die Tarifteilnahme erst am Ersten des vierten Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Tarifwahl erklärt wird.

(3) Die Tarifteilnahme und ein darauf beruhender Wahltarifkrankengeldanspruch enden
   a) mit dem Tod des Tarifteilnehmers,
   b) zu dem Zeitpunkt, zu dem die Mitgliedschaft bei der KKH endet,
   c) zu dem Zeitpunkt, zu dem die Tarifteilnahme wirksam nach Absatz 5 gekündigt wird,
   d) zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarifteilnehmer Rente wegen voller Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeit oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhält,
   e) zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarifteilnehmer Leistungen wegen Alters oder voller Erwerbsminderung von einer berufsständischen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung erhält,
   f) zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarifteilnehmer wegen Alters, Invalidität oder Erwerbsunfähigkeit Leistungen bezieht, die einer gesetzlichen Rente wegen Alters oder voller Erwerbsminderung vergleichbar sind,
   g) ab dem Zeitpunkt, zu dem die Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis endet.

(4) Die Tarifteilnahme kann mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf eines vollen Jahres der Tarifteilnahme gekündigt werden. Eine Kündigung ist frühestens zum Ablauf des dritten Jahres nach Tarifbeginn möglich. In begründeten Härtefällen kann auf die Einhaltung der in Satz 1 genannten Frist verzichtet werden. Die Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

(5) Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

§ 28e – unbesetzt

§ 28f – Prämienzahlung

(1) Die jeweiligen Prämien sind im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten. Sie werden am fünften Tag des Monats fällig, für den sie zu entrichten sind.

(2) Ist der Tarifteilnehmer trotz Hinweises auf die Folgen mit Prämien nach Absatz 1 in Höhe von mindestens zwei Monatsprämien im Rückstand, ruht mit Ablauf des nächsten Zahltages der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld bis zur vollständigen Erfüllung aller Prämienforderungen der Kasse einschließlich etwaiger Verzugsaufschläge und Vollstreckungskosten.

§ 29 – Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Die Kasse unterstützt die Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden und nicht nach § 116 SGB X auf die Kasse übergegangen sind.

§ 29a – Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen

Die Kasse vermittelt den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen (Bestimmung nach § 194 Absatz 1a SGB V). Gegenstand dieser Verträge können insbesondere die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, der Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung sein.

§ 29b – Zweitmeinungsverfahren

(1) Versicherte können auf der Grundlage von § 27b SGB V und der folgenden Absätze eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur Erforderlichkeit geplanter Operationen bzw. Eingriffe (im Folgenden: Eingriffe) einholen.

(2) Der Anspruch setzt voraus, dass

a) dem Versicherten zur Durchführung eines geplanten und in der Anlage 4 zur Satzung der KKH (§ 29b Absatz 2 Buchstabe a der Satzung) aufgeführten kardiologischen oder kardiochirurgischen Eingriffs eine Krankenhauseinweisung, ein Überweisungsschein mit Operationsempfehlung oder – sofern der behandelnde Arzt den Eingriff selbst vornimmt – eine ärztliche Bestätigung des geplanten Eingriffs vorliegt und – im Fall eines stationären Eingriffs – eine Krankenhausaufnahme zur Durchführung des Eingriffs noch nicht erfolgt ist oder

b) dem Versicherten zur Durchführung eines geplanten und in der Anlage 6 zur Satzung der KKH (§ 29b Absatz 2 Buchstabe c der Satzung) aufgeführten Eingriffs aus dem Bereich des Fachgebietes der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde eine Krankenhauseinweisung, ein Überweisungsschein mit Operationsempfehlung oder – sofern der behandelnde Arzt den Eingriff selbst vornimmt – eine ärztliche Bestätigung des geplanten Eingriffs vorliegt und – im Falle eines stationären Eingriffs – eine Krankenhausaufnahme zur Durchführung des Eingriffs noch nicht erfolgt ist oder

c) dem Versicherten zur Durchführung eines geplanten und in der Anlage 7 zur Satzung der KKH (§ 29b Absatz 2 Buchstabe d der Satzung) aufgeführten urologischen Eingriffs eine Krankenhauseinweisung, ein Überweisungsschein mit Operationsempfehlung oder – sofern der behandelnde Arzt den Eingriff selbst vornimmt – eine ärztliche Bestätigung des geplanten Eingriffs vorliegt und – im Falle eines stationären Eingriffs – eine Krankenhausaufnahme zur Durchführung des Eingriffs noch nicht erfolgt ist.

(3) Die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung wird durch Leistungserbringer, mit denen die KKH darüber eine Vereinbarung geschlossen hat, organisiert und vermittelt. Das Zweitmeinungsverfahren beinhaltet die Auswertung der vorhandenen Befunddaten und die Bewertung des durch den behandelnden Arzt angeratenen Eingriffs durch nicht zugelassene Fachärzte. Hierzu erhält der Versicherte eine ärztliche Empfehlung (Zweitmeinung). Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden im

Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens nicht berücksichtigt. Die hinzugezogenen nicht zugelassenen Fachärzte müssen über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff,
3. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
4. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
5. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.

(4) Im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 3 verpflichtet die Kasse ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

(5) Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt. Unabhängig vom Ergebnis der unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.

(6) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Kasse in voller Höhe.

(7) Die Regelungen nach diesem Paragrafen gelten lediglich solange, bis der Gemeinsame Bundesausschuss die Anforderungen nach § 27b Absatz 2 Satz 2 SGB V festgelegt hat. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der Bekanntmachung im Bundesanzeiger gemäß § 94 Absatz 2 SGB V.

§ 29c – Wahltarif Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit

(1) Mitglieder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können den Wahltarif Prämienzahlung für den Fall der Leistungsfreiheit wählen. An die Wahl dieses Tarifs sind sie für mindestens ein Jahr gebunden. Wer den Wahltarif Prämienzahlung wählt, erhält eine Prämienzahlung, wenn er und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen im Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der KKH in Anspruch genommen haben. Gemäß § 53 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird die Prämienzahlung nur vorgesehen für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren.

(2) Nicht berücksichtigt werden bei der Prüfung der Frage der Leistungsfreiheit die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen (Leistungen zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten)

mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2, §§ 24 bis 24b SGB V sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Die KKH ermittelt, ob Leistungen in Anspruch genommen wurden, aus den ihr vorliegenden Abrechnungsdaten, soweit Kostenerstattung gewählt wurde, aus den Kostenerstattungsanträgen und zugehörigen Unterlagen. Berücksichtigt werden grundsätzlich nur Leistungen, die in dem betreffenden Kalenderjahr vom Mitglied oder seinen nach § 10 SGB V mitversicherten volljährigen Angehörigen tatsächlich beim Leistungserbringer bezogen wurden, wobei beim Krankengeld die Zeit der Arbeitsunfähigkeit maßgeblich ist, für die Krankengeld gewährt wurde. Auf den Zeitpunkt der Abrechnung kommt es nicht an. Das gilt auch im Fall der Kostenerstattung. Die KKH kann als Voraussetzung für die Auszahlung der Prämienzahlung verlangen, dass das Mitglied schriftlich oder elektronisch bestätigt, dass es selbst und seine volljährigen nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen im Kalenderjahr keine Leistungen außer den nach Absatz 2 nicht zu berücksichtigenden Leistungen in Anspruch genommen haben. Wenn nach der Auszahlung der Prämienzahlung ein Kostenerstattungsantrag des Mitglieds oder eines nach § 10 SGB V mitversicherten volljährigen Angehörigen eingeht, ist die geleistete Prämienzahlung zurückzuzahlen. Bei einem Kostenerstattungsanspruch des Mitglieds darf die Kostenerstattung bis zur Höhe der gewährten Prämienzahlung gekürzt werden. Hatte das Mitglied schriftlich oder elektronisch bestätigt, dass keine Leistungen in Anspruch genommen worden waren, erhöht sich die nach Satz 6 zu leistende Erstattung um eine Gebühr für den Verwaltungsaufwand in Höhe von 10 vom Hundert der Prämienzahlung.

(4) Das Mitglied erhält für ein leistungsfreies Kalenderjahr der Tarifteilnahme eine Zahlung in Höhe von einem Vierundzwanzigstel der in diesem Jahr gezahlten Beiträge, maximal 300 Euro. Bei Leistungsfreiheit in zwei unmittelbar aufeinander folgenden Kalenderjahren der Tarifteilnahme erhält das Mitglied für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr der Tarifteilnahme eine Zahlung in Höhe von einem Achtzehntel der im zweiten Jahr der Tarifteilnahme gezahlten Beiträge, maximal 450 Euro. Bei Leistungsfreiheit in drei oder mehreren unmittelbar aufeinander folgenden Kalenderjahren der Tarifteilnahme erhält das Mitglied für das dritte und jedes weitere sich unmittelbar anschließende leistungsfreie Kalenderjahr der Tarifteilnahme eine Zahlung in Höhe von einem Zwölftel der im dritten bzw. jedem weiteren sich unmittelbar anschließenden Jahr der Tarifteilnahme gezahlten Beiträge; maximal 600 Euro.

Leistungsfreies Kalenderjahr	Rückzahlungssatz	Maximaler Rückzahlungsbetrag
Jahr 1	1/24	300 Euro
Jahr 2	1/18	450 Euro
Jahr 3 und weitere sich unmittelbar anschließende Jahre	1/12	600 Euro

Liegen die Voraussetzungen der Leistungsfreiheit im Sinne dieses Paragraphen in einem Kalenderjahr nicht vor, beginnt die Staffelung der Prämienzahlung im nächsten leistungsfreien Kalenderjahr von vorn. Endet die Tarifteilnahme nach einem oder mehreren Jahren – unabhängig aus welchem Grund – und wählt das Mitglied zu einem späteren Zeitpunkt erneut diesen Tarif, bleiben vorherige leistungsfreie Jahre der Tarifteilnahme unberücksichtigt, sodass das Mitglied bei Leistungsfreiheit auch hier wieder der Grundstufe (ein Vierundzwanzigstel der in diesem Jahr gezahlten Beiträge, maximal 300 Euro) zugeordnet wird. Der Wechsel in eine höhere Stufe erfordert also auch, dass das Mitglied den Tarif der Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit nach dem Ende der Tarifbindung für das sich jeweils unmittelbar anschließende nächste Jahr neu wählt.

(4a) Zeiten innerhalb eines Kalenderjahres, während denen eine Mitgliedschaft bei der KKH nicht bestand oder die Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit nicht gewählt war, werden für die Feststellung der Leistungsfreiheit nicht berücksichtigt und die Prämienzahlung wird entsprechend nur anteilig gewährt. Grundlage für die anteilige Prämienzahlung sind die während des jeweiligen Jahres der Tarifteilnahme für das Mitglied durchschnittlich pro Monat an die KKH gezahlten Beiträge. Der durchschnittliche Monatsbeitrag wird mit der Anzahl der Monate multipliziert, für die eine Mitgliedschaft mit Tarifbindung bestand. Das Produkt wird dann durch 12 dividiert. Diese Regelung gilt auch im Falle einer unterjährigen Tarifbeendigung.

(5) Die Auszahlung der Prämienzahlung erfolgt nach abschließender Übermittlung der nach Absatz 3 für die Prüfung der Leistungsfreiheit benötigten Abrechnungsdaten, spätestens aber zum Ende des Kalenderjahres, das dem leistungsfreien Kalenderjahr folgt.

(6) Die Wahl des Wahltarifs Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit muss schriftlich oder elektronisch vor Beginn des Zeitraums erfolgen, für den sie gelten soll. An die Wahl ist das Mitglied ein Jahr gebunden (Mindestbindung gemäß § 53 Absatz 8 Satz 1 SGB V). Mit Ablauf des Jahres der Tarifteilnahme endet die Tarifbindung, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Der Tarif kann von dem Mitglied neu gewählt werden. Einer ausdrücklichen Neuwahl des Tarifs nach Ablauf des ersten und eines sich anschließenden zweiten Jahres der Tarifteilnahme bedarf es nicht, sofern das Mitglied den Wahltarif Prämienzahlung für den Fall der Leistungsfrei-

heit bereits vor dem 01.01.2011 gewählt hat. Mitglieder, die den Wahltarif Prämienzahlung für den Fall der Leistungsfreiheit bereits vor dem 01.01.2011 gewählt haben, können die Tarifteilnahme unter Beachtung der Mindestbindungsfrist des § 53 Absatz 8 Satz 1 SGB V gegenüber der KKH schriftlich oder elektronisch unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende kündigen. Nach § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Kasse frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V gilt.

(7) Eine unterjährige Wahl des Wahltarifs Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit ist nur jeweils mit Wirkung ab Beginn eines Kalendervierteljahres möglich. Die Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit verringert sich entsprechend Absatz 4a. Die Erhöhungen nach Absatz 4 Satz 2 und 3 verschieben sich jeweils auf den Beginn des entsprechenden Quartals im Folgejahr, sodass das Mitglied in den beiden folgenden Kalenderjahren bei Leistungsfreiheit Zahlungen unter zeitanteiliger Berücksichtigung von zwei Stufen des Absatz 4 Satz 1 bis 3 erhält.

(8) Endet die Mitgliedschaft bei der Kasse während des laufenden Kalenderjahres, endet die Wahl des Wahltarifs Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit rückwirkend mit Ende des vorangegangenen Quartals. Entsprechendes gilt, wenn die Mitgliedschaft endet, aber die Krankenversicherung bei der KKH im Rahmen einer Versicherung nach § 10 SGB V fortgesetzt wird.

(9) Wenn ein besonderer Härtefall vorliegt (§ 53 Abs. 8 Satz 3 SGB V), kann das Mitglied die Wahl des Wahltarifs Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit vorzeitig kündigen. Ein entsprechendes Recht zur Kündigung besteht auch, wenn der Status des Mitglieds sich dergestalt ändert, dass die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden. Die Kündigung wirkt jeweils zum Ende des laufenden Quartals. Auch eine fristlose Kündigung ist möglich. Die fristlose Kündigung setzt voraus, dass eine weitere Bindung an den Tarif bis zum Ende des laufenden Quartals nicht zumutbar ist. Es ist jeweils eine schriftliche Kündigung erforderlich.

(10) Von der Wahl des Wahltarifs Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit ausgeschlossen sind Mitglieder, die einen Tarif mit Selbstbehalt gemäß § 53 Abs. 1 SGB V gewählt haben. Entsprechendes gilt für Mitglieder, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V teilnehmen oder bei denen ein mitversicherter Angehöriger, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, an einem solchen Programm teilnimmt. Ebenso dürfen Mitglieder keinen Wahltarif Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit wählen, wenn ihre Beiträge vollständig von Dritten getragen werden.

§ 29d – Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die KKH bietet ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V an. Die Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen ist für die Versicherten freiwillig. Inhalt und Ausgestaltung richten sich nach den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

§ 29e – Prämienzahlung für die Teilnahme an einer besonderen Versorgung nach § 140a SGB V

(1) Versicherte, die an einer mit der KKH vereinbarten besonderen Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, können den Tarif für IGV wählen. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung setzt eine Teilnahmeerklärung voraus, die zugleich auch die Wahl dieses Tarifs beinhaltet, wenn der Versicherte nichts anderes erklärt. Vor der Abgabe der Teilnahmeerklärung informiert die Kasse die an einer Teilnahme interessierten Versicherten schriftlich über den Inhalt und die Ziele des jeweiligen Versorgungsvertrags, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung, die Möglichkeit sowie die Form und die Frist eines Widerrufs der Teilnahmeerklärung, die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme und die etwaig im Rahmen des Versorgungsvertrags vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung in die besondere Versorgung. Die Wahl bindet den Versicherten, programmgemäß an der besonderen Versorgung teilzunehmen. Der Versicherte erhält eine Prämie (Prämienzahlung im Sinne von § 53 Abs. 3 Satz 2 SGB V), soweit in dem Verzeichnis gemäß Absatz 2 eine Prämie vorgesehen ist. Wird die Teilnahme an der besonderen Versorgung ungerechtfertigt abgebrochen, entfällt rückwirkend die Voraussetzung für die Prämiengewährung. In diesem Fall muss die Prämie zurückgezahlt werden. Die Versicherten sind berechtigt, den Tarif abzuwählen.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung richten sich nach den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

(3) Die Versicherten können ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der KKH ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KKH. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die KKH dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

§ 29f – Wahltarif Selbstbehalt

(1) Mitglieder können den Wahltarif Selbstbehalt wählen (Selbstbehalt nach § 53 Absatz 1 SGB V). Wer den Wahltarif Selbstbehalt wählt, erhält eine Prämienzahlung gemäß § 53 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Selbstbehalt und Prämie beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr.

(2) Mit der Wahl des Wahltarifs Selbstbehalt verpflichtet sich das Mitglied, in jedem Kalenderjahr einen Teil der von der Kasse zu tragenden Kosten bis zur

Höhe des Selbstbehalts zu übernehmen. Ausgenommen von der Pflicht zur Kostenbeteiligung sind die Kosten für die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen (Leistungen zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten) mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Absatz 2, §§ 24 bis 24b SGB V. Die Inanspruchnahme von vertragsärztlichen bzw. -zahnärztlichen Leistungen ohne Verordnungsfolgen wird ebenfalls nicht bei der Kostenermittlung berücksichtigt. Die Kosten werden jeweils voll berücksichtigt, bis im Kalenderjahr der maximale Selbstbehalt erreicht ist.

(3) Die Höhe der Prämie und des Selbstbehaltes ist abhängig von den Einnahmen des jeweiligen Mitglieds. Maßgeblich für die Zuordnung der Höhe der Prämie und des Selbstbehaltes zu den Einnahmen sind die Festlegungen in Absatz 7. Das Mitglied kann bei der erstmaligen Tarifwahl einen niedrigeren Selbstbehalt wählen, erhält dann aber auch nur eine niedrigere Prämie gemäß Absatz 7.

(4) Ausschlaggebend für die Höhe der Prämie und des Selbstbehaltes sind die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds in dem Kalenderjahr, für das der Selbstbehalt gilt. Verfügt das Mitglied darüber hinaus auch über Einnahmen, für die die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, so werden diese nicht berücksichtigt. Fehlen für die Ermittlung der Einnahmen ausreichende Daten, ist eine Selbstauskunft des Mitglieds ausreichend. Die Kasse kann insbesondere dann, wenn die Angaben des Mitglieds nicht plausibel erscheinen, die Vorlage ausreichender Belege verlangen. Auf Anforderung hat das Mitglied die KKH zu ermächtigen, Auskünfte zu dem laufenden Einkommen einzuholen und die betroffenen Dritten zu ermächtigen, der KKH die benötigten Auskünfte zu erteilen. Liegen verlässliche Angaben zu den Einnahmen des Mitglieds nur für einen Teil des Kalenderjahres vor, kann die KKH diese auf das gesamte Kalenderjahr hochrechnen. Die KKH hat das Recht, im Zweifel den niedrigsten wählbaren Selbstbehalt zugrunde zu legen.

(5) Die KKH ermittelt die im Rahmen des Selbstbehaltes zu berücksichtigenden Kosten aus den ihr vorliegenden Daten. Für den Selbstbehalt zu berücksichtigen sind ausschließlich Kosten für Leistungen, die in dem betreffenden Kalenderjahr vom Mitglied tatsächlich beim Leistungserbringer bezogen wurden. Auf den Zeitpunkt der Abrechnung kommt es nicht an. Das gilt auch im Fall der Kostenerstattung.

(6) Die dem Mitglied zustehende Prämie wird als Geldzahlung gewährt. Deren Höhe ist abhängig von dem maßgeblichen Selbstbehalt. Die Zuordnung ergibt sich aus der Tabelle in Absatz 7.

(7) Tabelle mit Prämienzahlung, maximalem Selbstbehalt und Einkommensstufe (Einnahmen gem. Absatz 4) pro Kalenderjahr:

Stufe	Prämie	Max. Selbstbehalt	Einkommensstufe
1	200 €	300 €	> = 15.000 €
2	400 €	750 €	> = 40.000 €

(8) Die Prämie wird nach Ablauf des Kalenderjahres mit der Summe der vom Mitglied im Rahmen des Selbstbehaltes zu tragenden Kosten saldiert. Übersteigt die Prämie die Kosten, erfolgt eine Auszahlung des Differenzbetrags oder, wenn keine Kosten zu berücksichtigen sind, der vollen Prämie an das Mitglied im auf das Kalenderjahr mit dem Selbstbehalt folgenden Kalenderjahr.

Übersteigt die Summe der vom Mitglied zu tragenden Kosten die Prämie, ist das Mitglied zur Zahlung des Differenzbetrags an die KKH verpflichtet. Auf eine schriftliche Zahlungsaufforderung der Kasse ist der Differenzbetrag innerhalb von 14 Tagen zu zahlen. Das gilt unabhängig davon, ob zu diesem Zeitpunkt eine Mitgliedschaft bei der Kasse besteht.

Endet oder beginnt die Tarifwahl unterjährig, erfolgt die Berechnung der Prämie und des Selbstbehaltes entsprechend anteilig. Die Werte für den Selbstbehalt und die Prämienzahlung in vorstehender Tabelle verringern sich entsprechend, indem sie durch die Zahl 12 dividiert werden und das Ergebnis anschließend mit der Anzahl der Monate mit Tarifbindung multipliziert wird. Die Inanspruchnahme von Leistungen wird nur bezogen auf den jeweiligen Teil des Kalenderjahres betrachtet, für den die Tarifwahl gilt.

(9) Die Wahl des Wahltarifs Selbstbehalt muss schriftlich vor Beginn des Zeitraums erfolgen, für den sie gelten soll. An die Wahl ist das Mitglied drei Jahre gebunden. Mit Ablauf der drei Jahre endet die Tarifbindung, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Der Tarif kann von dem Mitglied neu gewählt werden. Nach § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Kasse frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V gilt.

(10) Eine unterjährige Wahl des Wahltarifs Selbstbehalt ist jeweils mit Wirkung zum nächsten Quartalsbeginn möglich.

(11) Endet die Mitgliedschaft bei der Kasse während des laufenden Kalenderjahres, endet die Wahl des Wahltarifs Selbstbehalt rückwirkend mit Ende des vorangegangenen Quartals. Entsprechendes gilt, wenn die Mitgliedschaft endet, aber die Krankenversicherung bei der KKH im Rahmen einer Versicherung nach § 10 SGB V fortgesetzt wird.

(12) Wenn ein besonderer Härtefall vorliegt (§ 53 Absatz 8 Satz 3 SGB V), kann das Mitglied die Wahl des Wahltarifs Selbstbehalt vorzeitig kündigen. Das gilt insbesondere, wenn die der Beitragsberechnung zugrunde liegenden Einnahmen im Kalenderjahr unter einen Betrag von 15.000 Euro sinken oder das Mitglied arbeitslos oder erwerbsunfähig wird. Die Kündigung wirkt jeweils zum Ende des laufenden Quartals. Auch eine fristlose Kündigung ist möglich. Die fristlose Kündigung setzt voraus, dass eine weitere Bindung an den Tarif bis zum Ende des laufenden Quartals nicht zumutbar ist. Es ist jeweils eine schriftliche Kündigung erforderlich. Hat das Mitglied während eines gesamten Kalenderjahres keine beitragspflichtigen Einnahmen mehr, endet die Tarifteilnahme rückwirkend mit Wirkung zum Ende des vorangegangenen Kalenderjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

(13) Den Wahltarif Selbstbehalt der Tarifstufen 1 und 2 wählen dürfen ausschließlich Mitglieder, die im vorangegangenen Kalenderjahr der Beitragsberechnung zugrunde liegende Einnahmen von mindestens 15.000 Euro hatten und entsprechende Einnahmen voraussichtlich auch weiterhin haben werden; Absatz 4 gilt entsprechend. Ist der Wahltarif Selbstbehalt zulässig gewählt, sinken dann aber die Einnahmen unter den genannten Grenzwert, bleibt die Bindung an den Wahltarif Selbstbehalt bestehen; Absatz 12 bleibt unberührt. Von der Wahl des Wahltarifs Selbstbehalt ausgeschlossen sind Mitglieder, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V teilnehmen. Ebenso dürfen Mitglieder keinen Selbstbehalt wählen, wenn ihre Beiträge vollständig von Dritten getragen werden. Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach §§ 29c und 29h ist ausgeschlossen.

(14) Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 6.400 Euro, die gegen Arbeitsentgelt einer Berufsausbildung nachgehen (Auszubildende), sowie selbst versicherte Studenten können, wenn sie das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, den Wahltarif Selbstbehalt wählen. Der Selbstbehalt beträgt 120 Euro. Die Höhe der Prämie beträgt pro Kalenderjahr 100 Euro. Die dem Mitglied zustehende Prämie wird als Geldzahlung gewährt. Mit Ausnahme des Absatz 1 Satz 1, Absatz 3, Absatz 4 Satz 1, 2, 7 und 8, Absatz 6 und 7 gelten vorgenannte Absätze entsprechend, Absatz 12 jedoch mit der Maßgabe, dass abweichend von dessen Satz 2 ein Härtefall erst vorliegt, wenn die Einnahmen im Kalenderjahr unter einen Betrag von 6.400 Euro sinken.

(15) Ändert sich der Status eines Mitglieds dergestalt, dass es nicht mehr Auszubildender oder Student ist, bleibt es an die Wahl des Wahltarifs Selbstbehalt nach Absatz 14 bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gebunden.

§ 29g – unbesetzt

§ 29h – Wahltarif Selbstbehalt für stationäre Krankenhausbehandlungen

(1) Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 6.400 Euro, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif Selbstbehalt ausschließlich für stationäre Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V wählen (Selbstbehalt im Sinne von § 53 Absatz 1 SGB V). Anfallende Kosten werden dem Mitglied von der Kasse neben der gesetzlichen Zuzahlung nach § 61 SGB V bis zur maximalen Höhe des Selbstbehaltes in Rechnung gestellt. Alle anderen Leistungen der KKH werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet. Auch die Kosten für Leistungen an nach § 10 SGB V mitversicherte Angehörige werden nicht berücksichtigt. Die Wahl des Tarifs ist vom Mitglied unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen schriftlich zu erklären. Der Selbstbehalt beträgt 160 Euro pro Teilnahmejahr, pro Kalendertag der stationären Maßnahme ist der Selbstbehalt auf 20 Euro begrenzt. Für die Teilnahme erhält das Mitglied eine Prämie von 100 Euro pro Teilnahmejahr (Prämienzahlung im Sinne von § 53 Absatz 1 Satz 2 SGB V).

(2) Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach §§ 29c und 29f ist ausgeschlossen.

(3) Die Teilnahme am Tarif kann unterjährig erklärt werden. Nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung beginnt die Teilnahme mit Wirkung zum nächsten Beginn eines Kalendervierteljahres. Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme drei Jahre an die Wahl gebunden. Mit Ablauf der drei Jahre endet die Tarifbindung, ohne dass es einer Kündigung bedarf. § 29f Absatz 9 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

(4) § 29f Absatz 5 gilt entsprechend. Die Kosten für Leistungen an nach § 10 SGB V mitversicherte Angehörige werden nicht berücksichtigt.

(5) Die Prämie wird nach Ablauf des Kalenderjahres mit der Summe der vom Mitglied im Rahmen des Selbstbehaltes zu tragenden Kosten saldiert. Hat das Mitglied unterjährig den Wahltarif Selbstbehalt gewählt, erfolgt die Berechnung der Prämie und des Selbstbehaltes für die Saldierung entsprechend anteilig. Die Werte für den Selbstbehalt und die Prämienzahlung verringern sich entsprechend, indem sie durch die Zahl 12 dividiert und das Ergebnis anschließend mit der Anzahl der Monate mit Tarifbindung multipliziert werden. Die Inanspruchnahme von Leistungen wird nur bezogen auf den jeweiligen Teil des Kalenderjahres betrachtet, für den die Tarifwahl gilt.

Übersteigt die Prämie die Kosten, erfolgt eine Auszahlung des Differenzbetrages. Wenn keine Kosten zu berücksichtigen sind, wird die volle Prämie an das Mitglied ebenfalls noch im auf das Kalenderjahr mit dem Selbstbehalt folgenden Kalenderjahr ausgezahlt.

Übersteigt die Summe der vom Mitglied zu tragenden Kosten die Prämie bzw. wird der (maximale) Selbstbehalt erreicht, ist das Mitglied zur Zahlung des Differenzbetrages an die KKH verpflichtet. Auf eine schriftliche Zahlungsaufforderung der Kasse ist der Differenzbetrag innerhalb von 14 Tagen zu zahlen. Das gilt unabhängig davon, ob zu diesem Zeitpunkt eine Mitgliedschaft bei der Kasse besteht. Wenn nach der Auszahlung der Prämie ein Kostenerstattungsantrag des Mitglieds eingeht, der zur Berücksichtigung weiterer Kosten führt, ist die gewährte Prämie in entsprechender Höhe zurückzuzahlen; die Sätze 2 und 3 dieses Unterabsatzes gelten entsprechend. Bei einem Kostenerstattungsanspruch des Mitglieds darf die Kostenerstattung bis zur Höhe der vom Mitglied zu tragenden Kosten, aber nicht über die Höhe der Prämienzahlung hinaus gekürzt werden. Übersteigen die vom Mitglied zu tragenden Kosten die gewährte Prämie, gilt Satz 1 dieses Unterabsatzes.

Im ersten Jahr der Tarifteilnahme wird eine Prämie von 100 Euro vorab, also nach verbindlicher Wahl des Tarifs und Beginn des Tarifzeitraums, als Vorschuss ausgezahlt. Werden zu berücksichtigende Leistungen in Anspruch genommen, sind der KKH die Kosten bis zur Höhe des (maximalen) Selbstbehaltes zu erstatten. Die Kasse fordert die Erstattungsbeträge für das Kalenderjahr zusammengefasst nach Ablauf des Kalenderjahres an. Im Regelfall soll aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung die Saldierung für das auf das erste Kalenderjahr

der Tarifteilnahme folgende Kalenderjahr abgewartet werden; Erstattungsbeträge sind dann mit der Prämie für das zweite Kalenderjahr der Tarifteilnahme zu verrechnen.

Endet die Wahl des Wahltarifs Selbstbehalt während eines Kalenderjahres, erfolgt die Berechnung der Prämie und des Selbstbehaltes entsprechend Absatz 5 Unterabsatz 1.

(6) § 29f Absatz 4 Satz 3 bis 6, Absatz 11 gilt entsprechend. § 29f Absatz 12 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass abweichend von dessen Satz 2 ein Härtefall erst vorliegt, wenn die der Beitragsberechnung zugrunde liegenden Einnahmen im Kalenderjahr unter einen Betrag von 6.400 Euro sinken.

§ 29i – Begrenzung der Prämienzahlungen

Die Prämie nach den §§ 29b bis 29h an Versicherte beträgt jährlich insgesamt nicht mehr als 20 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, höchstens 600 Euro.

§ 29j – Schwimmschutzotoplastik

(1) Über die gesetzlichen Leistungen auf der Grundlage von § 33 SGB V hinaus beteiligt sich die KKH auf der Grundlage von §§ 11 Absatz 6, 33 SGB V bei Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres an den Kosten für eine maßgefertigte Otoplastik, die verhindert, dass Wasser in den Gehörgang dringt.

(2) Ein Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass
   a) die Versicherten mit einer Paukendrainage versorgt sind und
   b) die Schwimmschutzotoplastik von einer Hörakustikerin oder einem Hörakustiker erworben wurde.

(3) Der Zuschuss beträgt maximal 75 Euro für die Versorgung je Ohr, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Für die Gewährung des Zuschusses ist die Rechnung sowie eine ärztliche Bestätigung, dass die oder der Versicherte mit einer Paukendrainage versorgt ist, jeweils in Papierform oder elektronisch einzureichen.

§ 29k – Physiocheck

(1) Versicherte haben auf der Grundlage von Verträgen mit Physiotherapeuten Anspruch auf einen Physiocheck zur Ermittlung muskulärer Dysbalancen und daraus resultierender Fehlhaltungen sowie Einschränkungen des Bewegungsapparates durch einen teilnehmenden Physiotherapeuten. Die Leistung kann nur einmal zulasten der Kasse in Anspruch genommen werden.

(2) Keinen Anspruch auf den Physiocheck haben Versicherte, bei denen eine Krankheit des Muskel-Skelettsystems oder des Bindegewebes gemäß der Anlage 8 zur Satzung, die Bestandteil der Satzung ist, festgestellt wurde. Ebenso keinen Anspruch auf die Leistung haben Mitglieder und die gemäß § 10 SGB V über sie versicherten Personen im Falle der Kündigung der Mitgliedschaft.

(3) Die Inanspruchnahme des Physiochecks führt nicht zur Einschränkung anderer Leistungsansprüche einschließlich der Ansprüche auf einen Bonus nach § 24a und eine Prämie nach §§ 29f und 29g sowie der Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit nach § 29c.

§ 29l – Stationäre Behandlung durch nicht nach § 108 SGB V zugelassene Leistungserbringer

(1) Die Kasse übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze. Voraussetzungen dafür sind:
   a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Vertragsarzt bescheinigt,
   b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
   c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
   d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der Kasse vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
   e) die Kasse hat mit dem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus einen Vertrag nach Absatz 2 geschlossen, der die spezifische Behandlung einschließt,
   f) die Kasse hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

   Von den Kosten nach Satz 1 ist die Zuzahlung entsprechend § 39 Absatz 4 SGB V abzuziehen.

(2) Die Kasse trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung stationärer medizinischer Leistungen mit nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern. Vereinbarungen werden nur mit Krankenhäusern geschlossen, die eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung wie zugelassene Krankenhäuser sicherstellen.

(3) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

(4) Mit der Zustimmung nach Absatz 1 Buchstabe f erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die Kasse sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§ 29m – Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern im ambulanten Bereich

(1) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, wenn die Leistungen medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Voraussetzung ist, dass die Kasse mit dem jeweiligen nicht zugelassenen Leistungserbringer über die ent-

sprechende Leistung eine Vereinbarung nach Absatz 2 geschlossen hat.

(2) Die KKH trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

(3) Die Art, die Dauer und der Umfang der Leistungen ergeben sich jeweils aus den zwischen der Kasse und den nicht zugelassenen Leistungserbringern getroffenen Vereinbarungen, über die die Kasse ein Verzeichnis führt. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen.

(4) Die Kasse übernimmt die Kosten bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze bei der Versorgung durch zugelassene Leistungserbringer, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen.

§ 29n – Sportbrille bei Sehschwäche

(1) Die KKH beteiligt sich auf der Grundlage von §§ 11 Absatz 6, 33 SGB V 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 Fern-Korrekturausgleich 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) Der Zuschuss beträgt einmalig 50 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Für die Gewährung des Zuschusses ist die spezifizierte Rechnung des Optikers sowie eine augenärztliche Verordnung bzw. die Augenglasbestimmung des Optikers beizufügen.

§ 29o – Professionelle Zahnreinigung (PZR)

(1) Über die gesetzlichen Leistungen hinaus beteiligt sich die KKH auf der Basis von §§ 11 Absatz 6, 28 Absatz 2 SGB V an den Kosten einer professionellen Zahnreinigung (PZR). Voraussetzung ist, dass die Leistung von einer oder einem zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Zahnärztin

oder Zahnarzt durchgeführt wird.

(2) Der Zuschuss wird für zwei PZR je Kalenderjahr in Höhe von jeweils maximal 60 Euro gewährt, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Für die Gewährung des Zuschusses sind die Rechnungen in Papierform oder elektronisch einzureichen.

§ 29p – Retainer

(1) Die KKH beteiligt sich zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer in Anspruch genommenen kieferorthopädischen Behandlung, soweit diesbezüglich eine Leistungspflicht der Kasse besteht, als Alternative zu herausnehmbaren Retentionsapparaturen nach Maßgabe der folgenden Absätze an den Kosten eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers (Retainer). Ebenso leistet sie einen Zuschuss für anfallende Reparaturleistungen. Die Leistungen nach Satz 1 und 2 können nur während einer laufenden kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 28 Absatz 2 Sätze 6 und 7 SGB V durch einen Vertragskieferorthopäden oder einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Kieferorthopäden in Anspruch genommen werden.

(2) Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten des Retainers ist dessen Einsetzen durch einen zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Kostenbeteiligung erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, beträgt insgesamt jedoch maximal 150 Euro. Die Leistungspflicht der Kasse für Retainer nach den gesetzlichen Vorschriften bleibt unberührt.

(3) Der Zuschuss für anfallende Reparaturleistungen beträgt insgesamt maximal 50 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) Für Reparaturleistungen nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung gewährt die KKH keinen Zuschuss. Gleiches gilt für Reparaturleistungen nach Beendigung des Versichertenverhältnisses bei der KKH.

(5) Kostenbeteiligung und Zuschuss werden jeweils nach Vorlage der Originalrechnung geleistet. Die Originalrechnung muss neben der Bezeichnung des Leistungserbringers nach Absatz 2 den Namen des Versicherten, den Behandlungstag bzw. den Tag der Reparaturleistung sowie die Kosten erkennen lassen.

(6) Kostenbeteiligung und Zuschuss entfallen bei zusätzlicher vertraglicher Abrechnung von eingesetzten herausnehmbaren Retentionsapparaturen durch den behandelnden Leistungserbringer nach Absatz 2.

§ 29q – Künstliche Befruchtung

Die KKH gewährt Versicherten, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung gemäß den Regelungen des § 27a SGB V haben, bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen Zuschuss für bis zu drei Behandlungsversuche pro Versicherten. Der Zuschuss beträgt 1.000 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten. Für die

Gewährung des Zuschusses sind die Rechnungen in Papierform oder elektronisch einzureichen.

§ 29r – Untersuchung auf Hautkrebs

(1) Über die gesetzlichen Leistungen auf der Grundlage von § 23 SGB V hinaus beteiligt sich die KKH auf der Basis von § 23 SGB V bei Versicherten im Alter von 18 bis 34 Jahren an den Kosten für eine Untersuchung auf Hautkrebs. Voraussetzung ist, dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Derartige Risikofaktoren sind insbesondere das Vorliegen eines hellen Hauttyps (Hauttyp I), die Erkrankung Verwandter ersten Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) am malignen Melanom, eine erhöhte Anzahl an Leberflecken, untypische Leberflecken, d. h. unregelmäßig begrenzte, farblich uneinheitliche Pigmentmale oder die Durchführung einer immunsuppressiven Therapie (z. B. nach einer Organtransplantation). Hinsichtlich der zur Leistungserbringung berechtigten Ärzte einschließlich der nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärzte sowie deren Qualifikation gelten die §§ 31 und 32 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL) entsprechend.

(2) Zur Untersuchung gehören:
- die gezielte Anamnese,
- die visuelle, gemäß § 32 KFE-RL zertifiziertem Fortbildungsprogramm standardisierte Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,
- die Befundmitteilung mit diesbezüglicher Beratung und
- die Dokumentation.

(3) Der Zuschuss beträgt 50 Euro je Untersuchung, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Für die Gewährung des Zuschusses sind die Rechnungen in Papierform oder elektronisch einzureichen. Ein Zuschuss für eine erneute Untersuchung auf Hautkrebs ist möglich, wenn seit der letzten vorangegangenen Untersuchung, für die ein Zuschuss gewährt wurde, mindestens zwei Jahre verstrichen sind.

§ 29s – Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft

(1) Zusätzliche Leistungen

Über die gesetzlich geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen sowie medizinischen Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die KKH auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V die Kosten bestimmter Leistungen während der Schwangerschaft nach den nachfolgenden Regelungen:

a) Rufbereitschaft Hebamme/Entbindungspfleger

Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme oder einen Entbin-

dungspfleger in Anspruch nehmen, erstattet die KKH die Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme oder des Entbindungspflegers ab der 37. Schwangerschaftswoche entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme oder der Entbindungspfleger gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder nach § 13 Absatz 4 SGB V als Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme oder des Entbindungspflegers und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

b) Ärztliche Leistungen zur medizinischen Vorsorge
Die KKH erstattet die Kosten für während der Schwangerschaft von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführte
   1. Untersuchungen auf beta-hämolysierende Streptokokken der serologischen Gruppe B (GBS) (z. B. bei früherer invasiver GBS-Erkrankung des Neugeborenen bei einer vorausgegangenen Schwangerschaft),
   2. Untersuchungen auf Toxoplasmose im ersten Drittel der Schwangerschaft (z. B. bei Kontakt der Schwangeren mit Tieren, insbesondere Katzen),
   3. Untersuchungen auf Antikörper auf Ringelröteln und auf Windpocken bei Schwangeren, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind (z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen).
   4. Untersuchungen auf asymptomatische bakterielle Infektionen in der 16. bis 24. Schwangerschaftswoche bei Schwangeren, bei denen ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt besteht (z. B. bei vorherigen Fehlgeburten oder rezidivierenden bakteriellen Vaginosen).

c) Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimitteln
Die KKH erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Medikamente mit den Inhaltsstoffen des Vitamin B–Komplexes sowie Mineralstoffen und Spurenelementen, die dem in der Schwangerschaft erhöhten speziellen Bedarf gerecht werden, wenn und soweit sie von einer oder einem zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärztin oder Arzt verordnet werden.

d) Geburtsvorbereitungskurs
Die KKH erstattet schwangeren Versicherten die Kosten der Teilnahme einer Begleitperson an einem Geburtsvorbereitungskurs, soweit die Kosten nicht anderweitig erstattet werden. Voraussetzung ist, dass der Kurs von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger durchgeführt wird, die bzw. der gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder nach § 13 Absatz 4 SGB V als Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt ist.

Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die in Absatz 1 Buchstabe b) und c) aufgeführten Leistungen besteht, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken oder eine Schwächung der Gesundheit der Schwangeren, die in absehbarer Zeit voraussicht-

lich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder aus einzelfallbezogenem Untersuchungsanlass. Beispiele für einen einzelfallbezogenen Untersuchungsanlass sind:
- bestehende Risikofaktoren (bei positiver Familienanamnese oder bei besonders begründeter Indikation), die auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen (Untersuchungen auf beta-hämolysierende Streptokokken der serologischen Gruppe B),
- Schwangerschaften von Frauen, die bereits ein Kind mit einem Neuralrohrdefekt oder anderen angeborenen Fehlbildungen geboren haben (Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimitteln).

(2) Kostenerstattung

Erstattet werden je Schwangerschaft für die Leistungen nach Absatz 1
- Buchstabe a) (Rufbereitschaft Hebamme/Entbindungspfleger) 250 Euro,
- Buchstabe b) (Ärztliche Leistungen zur medizinischen Vorsorge) die tatsächlichen Kosten,
- Buchstabe c) (Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimitteln) 50 Euro und
- Buchstabe d) (Geburtsvorbereitungskurs) 100 Euro, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Zur Erstattung sind der KKH die Rechnungen sowie die ärztlichen Verordnungen spätestens bis zum 31. März des Folgejahres in Papierform oder elektronisch einzureichen.

§ 29t – Untersuchung auf Darmkrebs

(1) Über die gesetzlichen Leistungen hinaus beteiligt sich die KKH auf der Grundlage von §§ 11 Absatz 6, 23 SGB V
a) bei Versicherten im Alter von 30 bis 49 Jahren an den Kosten eines quantitativen immunologischen Stuhltests.
b) bei Versicherten im Alter von 30 bis 49 Jahren an den Kosten einer Koloskopie (Darmspiegelung).

(2) Ein Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass
a) eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber nach ärztlicher Bestätigung bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen; derartige Risikofaktoren sind insbesondere das Vorliegen einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung oder die Erkrankung Verwandter ersten oder zweiten Grades (Eltern, Kinder, Geschwister, Großeltern, Enkel) an Darmkrebs und
b) die Leistung durch eine oder einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende/teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte/berechtigten Ärztin oder Arzt erbracht wird, die/der bei Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b) die fachlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß §§ 4 und 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie erfüllt.

(3) Der Zuschuss beträgt
   a) für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a) 75 Euro je Untersuchung, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Ein Zuschuss für einen erneuten quantitativen immunologischen Stuhltest ist möglich, wenn seit der letzten vorangegangenen Untersuchung nach Absatz 1 Buchstabe a) oder b), für die ein Zuschuss gewährt wurde, mindestens zwei Jahre verstrichen sind.
   b) für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b) einmalig 100 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.
   Für die Gewährung des Zuschusses sind die Rechnungen in Papierform oder elektronisch einzureichen.

§ 29u – Gesundheitsuntersuchungen

(1) Allgemeine Gesundheitsuntersuchung
   a) Über die gesetzlichen Leistungen auf der Grundlage von § 23 SGB V hinaus beteiligt sich die KKH auf der Basis von §§ 11 Absatz 6, 23 SGB V im Einzelfall bei Versicherten im Alter von 18 bis 34 Jahren an den Kosten für eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung („check up“) durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt oder einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Voraussetzung ist, dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber nach ärztlicher Bestätigung bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Derartige Risikofaktoren sind insbesondere Übergewicht, Hypertonie oder Hypercholesterinämie. Ziel dieser Leistung ist es, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus vorzubeugen.
   b) Der Zuschuss beträgt 40 Euro je Untersuchung, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Für die Gewährung des Zuschusses sind die Rechnungen und die ärztliche Bescheinigung in Papierform oder elektronisch vorzulegen. Zwischen den allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen muss mindestens ein volles Kalenderjahr liegen, damit erneut ein Zuschuss für diese Leistung gewährt werden kann.

(2) Sportmedizinische Gesundheitsuntersuchung
   a) Über die gesetzlichen Leistungen auf der Grundlage von § 23 SGB V hinaus beteiligt sich die KKH auf der Basis von §§ 11 Absatz 6, 23 SGB V im Einzelfall an den Kosten für eine sportmedizinische Gesundheitsuntersuchung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt oder einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer, die/der die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führt. Voraussetzung ist, dass eine solche sportmedizinische Gesundheitsuntersuchung nach ärztlicher Bestätigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen (z. B. ein erhöhtes Körpergewicht, ein erhöhter Blutdruck, kardiovaskuläre Vorerkrankungen, Skelettvorerkrankungen, Atemwegserkrankungen, eine Diabetes-Erkrankung,

Raucher-Status), aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Gesundheitsuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung (Zusatzuntersuchungen) erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.

b) Der Zuschuss der KKH für die Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe a) beträgt maximal 200 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Für die Gewährung des Zuschusses sind die Rechnungen und die ärztlichen Bescheinigungen in Papierform oder elektronisch einzureichen. Zwischen den sportmedizinischen Gesundheitsuntersuchungen muss mindestens ein volles Kalenderjahr liegen, damit erneut ein Zuschuss für diese Leistung gewährt werden kann.

§ 29v – Fissurenversiegelung

(1) Über die gesetzlichen Leistungen auf der Grundlage von § 28 Absatz 2 SGB V hinaus beteiligt sich die KKH auf der Basis von §§ 11 Absatz 6, 28 Absatz 2 SGB V an den Kosten für eine Fissurenversiegelung der kariesfreien vorderen Backenzähne (Prämolaren) im bleibenden Gebiss bei Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt oder einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer.

(2) Der Zuschuss für eine Fissurenversiegelung beträgt 80 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Für die Gewährung des Zuschusses sind die Rechnungsoriginale vorzulegen. Es wird für maximal zwei Fissurenversiegelungen ein Zuschuss gewährt.

§ 29w – Untersuchung auf Brustkrebs

(1) Über die gesetzlichen Leistungen auf der Grundlage nach § 23 SGB V hinaus übernimmt die KKH auf der Basis von §§ 11 Absatz 6, 23 SGB V im Einzelfall zu 100 % die Kosten für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) pro Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass nach ärztlicher Bestätigung bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Derartige Risikofaktoren sind insbesondere eine hohe mammographische Dichte der Brustdrüse und eine Erkrankung naher Verwandter (Eltern, Geschwister) an Brustkrebs. Zudem ist Voraussetzung, dass die Untersuchung von einer Fachärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst wird.

(2) Für die Gewährung sind die Rechnungen und die ärztliche Bestätigung der o. g. Vorbelastung in Papierform oder elektronisch einzureichen.

§ 29x – Osteopathie

(1) Über die gesetzlichen Leistungen auf der Grundlage von § 32 SGB V hinaus beteiligt sich die KKH auf Basis von §§ 11 Absatz 6, 32 SGB V an den Kosten für

osteopathische Leistungen, sofern
a) die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
b) die Leistung durch eine oder einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende/teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte/berechtigten Ärztin oder Arzt auf Privatrezept verordnet wird und
c) die Leistung qualitätsgesichert durch einen Leistungserbringer erbracht wird, der eine osteopathische Ausbildung 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.

(2) Der Zuschuss beträgt 60 Euro je Sitzung, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen Kosten. Es werden maximal vier Sitzungen pro Kalenderjahr bezuschusst. Für die Gewährung des Zuschusses sind die Rechnungen sowie die ärztliche Verordnung in Papierform oder elektronisch einzureichen.

(3) Der Anspruch besteht nicht, wenn und sobald die jeweilige osteopathische Leistung vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der Versorgung ausgeschlossen wird.

§ 29y – Digitale Versorgungsprodukte

(1) Über die gesetzlichen Leistungen hinaus beteiligt sich die KKH auf der Grundlage von §§ 11 Absatz 6, 32 SGB V an den Kosten für digitale Versorgungsprodukte.

(2) Voraussetzung für den Anspruch ist, dass
a) das digitale Versorgungsprodukt im Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Versorgungsprodukte der KKH aufgenommen ist, welches als Anlage 9 Bestandteil dieser Satzung ist und
b) eine zugelassene oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte Ärztin oder ein zugelassener oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigter Arzt das digitale Versorgungsprodukt der Anlage 9 verordnet oder alternativ die/der Versicherte das Vorliegen der medizinischen Indikation gegenüber der Kasse nachgewiesen hat und
c) die Leistung durch eine nach § 124 SGB V zugelassene oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte Leistungserbringerin oder einen nach § 124 SGB V zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erbracht wird, die/der die Einrichtung, Anleitung und Begleitung bei der Nutzung des digitalen Versorgungsproduktes im Rahmen der individuellen Therapie übernimmt.

(3) In das Verzeichnis nach Absatz 2 Buchstabe a werden ausschließlich digitale Versorgungsprodukte aufgenommen, bei denen es sich um zulässige Medizinprodukte im Sinne der Verordnung (EU) 2017/745 sowie des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes (MPDG) handelt und die die anwendbaren Bestimmungen des Datenschutzes und der Datensicherheit erfüllen. Das Verzeichnis enthält Angaben darüber, für welche Erkrankungen eine Kostenübernahme erfolgt. Dabei werden die Erkrankungen mit speziellen internatio-

nal anerkannten ICD-Codes näher definiert. Auch enthält das Verzeichnis Angaben zu konkreten Anspruchsvoraussetzungen sowie zur Erstattungshöhe für die einzelnen digitalen Versorgungsprodukte.

(4) Der Zuschuss für digitale Versorgungsprodukte wird in der sich aus der Anlage 9 ergebenden Höhe gewährt, darf jedoch die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen. Für die Gewährung des Zuschusses sind die Rechnungsoriginale und entweder die ärztliche Verordnung oder der Nachweis der medizinischen Indikation – je nach spezifischer Festlegung in der Anlage 9 – vorzulegen. Kosten für ärztliche Verordnungen und Nachweise der medizinischen Indikation sind mit dem Zuschuss abgegolten.

§ 29z – Real-Time-Messgeräte (rtCGM)

(1) Über die gesetzlichen Leistungen hinaus übernimmt die KKH auf der Basis von §§ 11 Absatz 6, 33 SGB V die Kosten für die Versorgung mit einem Real-Time-Messgerät (rtCGM) und Sensoren zur kontinuierlichen Glukosemessung mit dem Ziel, die Versicherten zu einer nachhaltigen Lebensstilveränderung zu motivieren, Über- und Unterzuckerungen zu reduzieren und den Übergang zu einer intensivierten Insulintherapie zu verzögern oder zu verhindern.

(2) Voraussetzungen sind, dass

a) die oder der Versicherte an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt ist und eine Kombinationstherapie aus blutzuckersenkenden (oralen) Medikamenten und Basalinsulin (basal-unterstützte orale Therapie – BOT) in Anspruch nimmt und
b) die oder der Versicherte die individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebenssituation mit anderen leitliniengerechten und wirtschaftlicheren Mitteln nicht erreichen kann und
c) die Notwendigkeit der Versorgung mit einem rtCGM durch eine Verordnung von einer oder einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärztin oder Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen bestätigt wird:
    1. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
    2. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
    3. Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“.

Der Behandlungsverlauf ist zu dokumentieren. Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind von der jeweiligen Ärztin oder dem jeweiligen Arzt vor der Anwendung sicherzustellen.

(3) Nach Zustimmung vor Versorgungsbeginn übernimmt die Kasse die Kosten für die Versorgung mit einem rtCGM und mit der nach Herstellerangaben notwendigen Anzahl von Sensoren durch einen Vertragspartner für einen Zeitraum

von sechs Monaten. Werden die individuellen Therapieziele in dieser Zeit nicht erreicht und erachtet die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nach Absatz 2 eine längere Versorgung für medizinisch indiziert, können maximal zwei Folgeverordnungen für jeweils drei Monate ausgestellt werden. Auch in Bezug auf die Folgeverordnungen bedarf es der Zustimmung der Kasse vor einer Weiterführung der Versorgung. Die Übernahme der Kosten für eine erneute Versorgung nach Satz 1 und 2 ist möglich, wenn nach der letzten Versorgung, für die die Kosten übernommen worden sind, mindestens zwei Jahre verstrichen sind.

(4) Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein.

§ 30 – Zusätzliche Untersuchungen für Kinder und Jugendliche

(1) Die KKH beteiligt sich auf der Grundlage von §§ 11 Absatz 6, 23 SGB V bei Kindern ab Vollendung des 7. und bis Vollendung des 9. Lebensjahres an den Kosten der zusätzlichen Kinderuntersuchung U10, bei Kindern ab Vollendung des 9. und bis Vollendung des 11. Lebensjahres an den Kosten der zusätzlichen Kinderuntersuchung U11 und bei Jugendlichen ab Vollendung des 16. und bis Vollendung des 18. Lebensjahres an den Kosten der zusätzlichen Jugenduntersuchung J2.

(2) Die KKH beteiligt sich auf der Grundlage von § 11 Absatz 6, 23 SGB V bei Kindern ab dem 5. bis zum 14. Lebensmonat und ab dem 20. bis zum 38. Lebensmonat an den Kosten von Untersuchungen der Augen auf Schwachsichtigkeit (Amblyopie).

(3) Ein Anspruch nach Absatz 1 und Absatz 2 setzt voraus, dass

a) die gesundheitliche Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen gefährdet ist, d. h. der Entwicklungsprozess bereits beeinträchtigt oder wahrscheinlich mit einer Beeinträchtigung zu rechnen ist. Hiervon ist in Bezug auf Leistungen nach Absatz 1 beispielsweise bei Entwicklungsstörungen (z. B. Lese-Rechtschreibstörung), Störungen der motorischen Entwicklung, schulischen Problemen, einem gesundheitsschädigenden Medienverhalten, Sozialisations- und Verhaltensstörungen (z. B. ADHS), Zahn-, Mund- und Kieferanomalien oder Sexualitäts- und Pubertätsproblemen und bei Leistungen nach Absatz 2 bei einem besonderen Risiko für eine Unterentwicklung des Sehzentrums, beispielsweise bei erblicher Vorbelastung, Frühgeburtlichkeit, Zerebralparesen oder Syndromen (z. B. Trisomie 21), auszugehen.

b) die Leistung durch eine oder einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende/teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte/berechtigten Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder durch an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte erbracht wird.

(4) Der Zuschuss beträgt für Leistungen nach Absatz 1 je Untersuchung einmalig 55 Euro und für Leistungen nach Absatz 2 je Untersuchung einmalig 20 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Ko-

sten. Für die Gewährung des Zuschusses ist die Rechnung in Papierform oder elektronisch einzureichen. Der Zuschuss entfällt bei zusätzlicher vertraglicher Abrechnung von Leistungen nach Absatz 1 oder Absatz 2 durch den behandelnden Leistungserbringer nach Absatz 3.

§ 30a – Knochendichtemessung

(1) Über die gesetzlichen Leistungen hinaus beteiligt sich die KKH auf der Grundlage von §§ 11 Absatz 6, 23 SGB V an den Kosten einer Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie).

(2) Ein Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass
   a) eine Osteoporose (ICD M80.-, M81.-, M82.-) bereits ärztlich diagnostiziert wurde und
   b) die Leistung durch eine oder einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende/teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte/berechtigten Fachärztin oder Facharzt erbracht wird, die/der die apparativen und fachlichen Voraussetzungen gemäß § 8 der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) erfüllt.

(3) Der Zuschuss beträgt 33 Euro je Untersuchung, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Der Zuschuss wird einmal je Kalenderjahr gewährt, nicht aber in Kalenderjahren, in denen die Knochendichtemessung mittels einer zentralen DXA als Sachleistung in Anspruch genommen wird. Für die Gewährung des Zuschusses ist die Rechnung sowie eine ärztliche Bestätigung, dass die Voraussetzung nach Absatz 2 Buchstabe a) erfüllt ist, jeweils in Papierform oder elektronisch einzureichen.

§ 30b – Arzneimittel für Kinder und Jugendliche

(1) Über die gesetzlichen Leistungen hinaus beteiligt sich die KKH auf der Grundlage von §§ 11 Absatz 6, 34 Absatz 1 SGB V bei Kindern und Jugendlichen ab Vollendung des 12. und bis Vollendung des 18. Lebensjahres an den Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel unabhängig vom Vorliegen von Entwicklungsstörungen. § 34 Absatz 1 Satz 7 bis 9 und Absatz 2 bis 4 SGB V bleibt unberührt.

(2) Ein Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass
   a) die Versorgung notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu verhüten, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu vermeiden oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
   b) das Arzneimittel durch eine oder einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende/teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte/berechtigten Ärztin oder Arzt verordnet und von einer Apotheke abgegeben wurde.

(3) Für die Erstattung der Kosten sind die Rechnungen mit den ärztlichen Verordnungen in Papierform oder elektronisch einzureichen.

Abschnitt V
Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 31 – Jahresrechnung

(1) Der Vorstand erstellt eine Jahresrechnung und einen Jahresbericht. Die Jahresrechnung sowie die Betriebs- und Rechnungsführung wird jährlich durch einen vom Verwaltungsrat bestellten sachverständigen Prüfer geprüft. Über das Ergebnis der Prüfung wird ein Prüfbericht aufgestellt.

(2) Die geprüfte Jahresrechnung ist dem Verwaltungsrat zur Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes spätestens bis zum Ende des Folgejahres vorzulegen.

(3) Die KKH veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem liegen diese Angaben zur Einsicht in den Servicezentren der KKH aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b 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 – Rücklage

Die Rücklage der Kasse beträgt 20 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).

Abschnitt VI
Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen

Erster Unterabschnitt: Maßgebende Rechtsnormen

§ 33 – Anwendbare Vorschriften, Organe, Zusammensetzung

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

(2) Die Zuständigkeit und Vertretungsbefugnis des Vorstandes erstreckt sich auch auf die Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG und den nachfolgenden Vorschriften.

(3) In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Arbeitgebervertreter mit. Die Vertreter der Arbeitgeber beschließen insbesondere über die Höhe der Umlagesätze, die Feststellung des Haushaltsplans (§ 43 Abs. 2) und die Abnahme der Jahresrechnung (§ 43 Abs. 3).

(4) Im Verwaltungsrat übt jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.

(5) Klarstellend wird festgelegt, dass auch die Regelungen über die Beschlussfähigkeit und die schriftliche Abstimmung in § 4 Abs. 5 und 6 entsprechend anzuwenden sind.

(6) Die Widerspruchsausschüsse nach § 8 erlassen auch die Widerspruchsbescheide in Angelegenheiten, die den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG betreffen. Hierbei entscheidet allein der Arbeitgebervertreter.

Zweiter Unterabschnitt: Beteiligung an den Ausgleichsverfahren

§ 34 – Beteiligte am U1-Verfahren

(1) Am Verfahren über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlungen (U1-Verfahren) nehmen Arbeitgeber teil, die in der Regel ausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen (§ 1 Abs. 1 AAG).

(2) Die Feststellung der teilnehmenden Arbeitgeber und die Berechnung der Gesamtzahl der beschäftigten Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen erfolgt jeweils zum Beginn des Kalenderjahres nach Maßgabe des § 3 Abs. 1 und 2 AAG und der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 3 Abs. 3 AAG.

(3) An dem Verfahren sind die in § 11 AAG genannten Arbeitgeber, Stellen und Personen nach Maßgabe der genannten Vorschrift nicht beteiligt.

§ 35 – Beteiligte am U2-Verfahren

(1) Am Verfahren über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Mutterschaftsleistungen gemäß § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen alle Arbeitgeber unabhängig von der Zahl ihrer Beschäftigten teil (§ 1 Abs. 2 AAG).

(2) An dem Verfahren sind die in § 11 Abs. 2 AAG genannten Personen und Stellen nach Maßgabe der genannten Vorschrift nicht beteiligt.

§ 36 – Teilnahme von Ausbildungsbetrieben

An dem U1- und dem U2-Verfahren nehmen auch die Arbeitgeber teil, die nur Auszubildende beschäftigen (§ 1 Abs. 3 AAG).

Dritter Unterabschnitt: Erstattungsansprüche

§ 37 – Erstattung bei U1-Verfahren

(1) Die KKH erstattet den am U1-Verfahren beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 70 vom Hundert des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts, wobei die Aufwendungen höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden (Regelerstattungssatz). Hiermit werden auch die auf die berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelte entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und die Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur gesetzlichen Kranken-, Renten- und sozialen Pflegeversicherung und die Arbeitgeberzuschüsse nach § 172a SGB VI sowie die Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI abgegolten.

(2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz abweichend von Absatz 1
– auf 80 vom Hundert oder
– auf 50 vom Hundert
festgesetzt.

(3) Die Erstattungssätze nach Absatz 1 und Absatz 2 gelten jeweils für ein Kalenderjahr. Für das folgende Kalenderjahr kann wiederum ein anderer Erstattungssatz beantragt werden, wobei ein Wahlrecht zwischen dem Regelerstattungssatz und den Erstattungssätzen nach Absatz 2 besteht. Wird kein anderer Erstattungssatz gewählt, wird auch im Folgejahr der bisherige Erstattungssatz zugrunde gelegt.

(4) Der Antrag nach Absatz 2 und Absatz 3 Satz 2 ist schriftlich zu stellen. Er muss bis zum 20. Januar des Kalenderjahres, für das er gelten soll, bei der Kasse eingehen. Der gewählte Erstattungssatz gilt dann ab Beginn des Kalenderjahres. Nicht fristgemäß eingehende Anträge werden erst mit Beginn des folgenden Kalenderjahres wirksam.

(5) Nimmt ein Arbeitgeber nach § 3 Abs. 1 Satz 4 AAG erstmalig während eines laufenden Kalenderjahres am U1-Verfahren der KKH teil, kann er das Wahlrecht

nach Absatz 2 bis zum 20. des ersten Monats der Teilnahme ausüben. Der gewählte Erstattungssatz gilt ab Beginn der Teilnahme am U1-Verfahren mindestens bis zum Schluss des Kalenderjahres. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4.

(6) Absatz 5 gilt im Falle einer Änderung der Umlage- oder der Erstattungssätze mit der Maßgabe entsprechend, dass anstatt auf den Beginn der Teilnahme am U1-Verfahren auf das In-Kraft-Treten der Veränderung abzustellen ist.

§ 38 – Erstattung bei U2-Verfahren

Die KKH erstattet den am U2-Verfahren beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang

1. den vom Arbeitgeber nach § 20 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und
2. das vom Arbeitgeber nach § 18 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt.

Zusätzlich werden dem Arbeitgeber bei einer Erstattung nach Nummer 2 die von ihm zu tragenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse gemäß § 1 Absatz 2 Nummer 3 AAG für das nach § 18 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt pauschal in Höhe von 20 vom Hundert des fortgezahlten Arbeitsentgelts, höchstens bis zur jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, erstattet.

Vierter Unterabschnitt: Höhe und Fälligkeit der Umlagen

§ 39 – Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Ausgleichskasse zur Durchführung der U1- und U2-Verfahren werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern jeweils durch gesonderte Umlagen aufgebracht, die die erforderlichen Verwaltungskosten angemessen berücksichtigen.

§ 40 – Umlagesätze

(1) Der Regelumlagesatz für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen im U1-Verfahren beträgt 2,50 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG. Hat der Arbeitgeber einen Erstattungssatz nach § 37 Abs. 2 gewählt, beträgt der Umlagesatz für einen Erstattungssatz von
– 80 vom Hundert 3,80 vom Hundert,
– 50 vom Hundert 1,80 vom Hundert
der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.

(2) Der Umlagesatz für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen im U2-Verfahren beträgt 0,44 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.

§ 41 – Fälligkeit der Umlagen

Für die Umlagen gilt die Fälligkeitsregelung des § 23 SGB IV zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag.

Fünfter Unterabschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 42 – Betriebsmittel

(1) Die KKH verwaltet die Mittel für die Ausgleichsverfahren als Sondervermögen.

(2) Es werden gesonderte Betriebsmittel gebildet für
– den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen im U1-Verfahren und
– den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen im U2-Verfahren.

(3) Die Betriebsmittel dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG).

§ 43 – Haushaltsplan und Rechnungsabschluss

(1) Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf.

(2) Die Feststellung des Haushaltsplanes erfolgt durch die Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat.

(3) Der jährliche Rechnungsabschluss wird von einem vom Verwaltungsrat bestellten unabhängigen Prüfer geprüft, der über das Ergebnis der Prüfung einen Prüfbericht erstellt. Der geprüfte Rechnungsabschluss ist den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat zur Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes spätestens bis zum Ende des Folgejahres vorzulegen.

Anlage 1 zur Satzung der KKH

(§ 9 Abs. 2 der Satzung)

Regelung der Entschädigungen an Mitglieder des Verwaltungsrates
Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten bei Wahrnehmung von Geschäften, die sie im Interesse der Kasse aufgrund des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, der Satzung oder auf Beschluss des Verwaltungsrates vornehmen:

I. <u>Ersatz der baren Auslagen</u>

1. Fahrkosten in der entstandenen, notwendigen Höhe.
   Bei Benutzung regelmäßig verkehrender öffentlicher Beförderungsmittel
   a) den Fahrpreis der 1. Eisenbahnklasse zuzüglich notwendiger Nebenkosten (Zuschläge, Platzkarten, Gepäckbeförderung und -aufbewahrung, Schlafwagen – Einbettklasse),
   b) bei Flugreisen den Preis für den Flugschein (Hin- und Rückflugkarte) der niedrigsten Flugklasse zuzüglich notwendiger Nebenkosten (Gepäckbeförderung),
   c) den Fahrpreis für Zu- und Abgang zuzüglich der notwendigen Nebenkosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind (z. B. für Gepäckbeförderung).
2. Bei Benutzung privateigener Kraftwagen werden die Nutzungskosten des Kraftwagens durch eine Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 2 Bundesreisekostengesetz (in der jeweils geltenden Fassung) abgegolten. Daneben werden notwendige Nebenkosten (z. B. Garagen- oder Parkplatzgebühren) erstattet.
3. Ein Tagegeld nach § 6 Bundesreisekostengesetz.
4. Ein Übernachtungsgeld nach § 7 Bundesreisekostengesetz.
5. Soweit die Mitglieder des Verwaltungsrates in ihrer Eigenschaft als Organmitglieder einen Personenkraftwagen benutzen und hierbei eine/n Kraftfahrer/in in Anspruch nehmen, weil sie das Fahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst fahren können, wird für die/den Fahrer/in Tage- und Übernachtungsgeld nach Maßgabe des Bundesreisekostengesetzes gezahlt.
6. Zur Abgeltung barer Auslagen (Telefongebühren, Porto und Schreibpapier usw.) für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen, mit Ausnahme von Reisekosten, erhalten der Vorsitzende des Verwaltungsrates 74 Euro und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates 37 Euro als feste monatliche Pauschbeträge gemäß § 41 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch. Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt. Beim Ausscheiden des Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhält der stellvertretende Vorsitzende bis zur Wahl des Nachfolgers die für den Vorsitzenden festgesetzten Pauschbeträge.

Anderen Mitgliedern des Verwaltungsrates werden die notwendigen und angemessenen Auslagen, für die keine der vorgenannten Regelungen greift, in Höhe der tatsächlichen Kosten erstattet.

II. Ersatz für den tatsächlichen entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienst

Die Kasse ersetzt den Mitgliedern des Verwaltungsrates den tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienst und erstattet ihnen die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach den Vorschriften des SGB VI selbst zu tragen haben. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens ein Fünfundsiebzigstel der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ein Drittel des in Satz 2 genannten Höchstbetrages zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden geleistet; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen.

III. Vergütung für Zeitaufwand

1. Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung (dazu gehören auch Sitzungen der Ausschüsse des Verwaltungsrates und Fraktionssitzungen der Mitglieder des Verwaltungsrates) einen Pauschbetrag für Zeitaufwand gemäß § 41 Abs. 3 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in Höhe von 90 Euro. Die Vorsitzenden von Ausschüssen des Verwaltungsrates und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Betrag nach Satz 1. Digitale oder hybride Sitzungen (gemäß § 64a SGB IV) sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten.
2. Bei Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tag können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und gegebenenfalls Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch Pflegekassenorganen stattfinden.
3. Für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen erhalten die/der Vorsitzende des Verwaltungsrates 720 Euro und die/der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates 360 Euro als monatliche Pauschbeträge gemäß § 41 Absatz 3 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch.
   Anderen Mitgliedern der Selbstverwaltung kann im Falle ihrer außergewöhnlichen Inanspruchnahme außerhalb von Sitzungen im Auftrag der KKH je Kalendertag ein Pauschbetrag in Höhe von 90 Euro gezahlt werden, jedoch monatlich nicht mehr als 270 Euro; dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben. Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

Beim Ausscheiden der/des Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhält die/der stellvertretende Vorsitzende bis zur Wahl der Nachfolgerin oder des Nachfolgers die für die Vorsitzende/den Vorsitzenden festgesetzten Pauschbeträge.

IV. <u>Kinderbetreuungs- und Pflegekosten</u>

Mitgliedern des Verwaltungsrates 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 nach § 10 Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 Bundegleichstellungsgesetz 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 Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 Bundesgleichstellungsgesetz.

Anlage 2 zur Satzung der KKH Maßnahmenkatalog

(§ 24a Absatz 4 der Satzung)

<table>
<tr><th colspan="2">Maßnahmenkatalog Kinder und Jugendliche
(bis zu einem Alter von 17 Jahren)</th></tr>
<tr><td>Basismaßnahmen</td><td>– Regelmäßige sportliche Aktivität
– Eltern-Kind-Turnen, Kinderturnen oder
– im Sportverein oder
– im qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder
– in anderen Institutionen mit qualitätsgesicherter Leistung oder
– beim Betriebssport für Auszubildende (soweit es sich nicht um eine Leistung der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V handelt)
– Teilnahme an einem Präventionskurs nach § 20 Absatz 5 SGB V mit dem Prüfsiegel „Deutscher Standard Prävention“ oder
– Teilnahme an Programmen der Setting-Prävention nach § 20a SGB V, § 24 Absatz 5 der Satzung</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Zusatzmaßnahmen</td><td>1) Sportveranstaltung
Aktive Teilnahme an einer Sportveranstaltung unter qualifizierter Leitung, bei der eine körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht und eine entsprechende Vorbereitung erfolgt (z. B. KKH-Lauf)</td></tr>
<tr><td>2) Sportabzeichen
Leistungsnachweis einer der Mitgliedsorganisationen des Deutschen Olympischen Sportbundes oder des Deutschen Wanderverbandes</td></tr>
<tr><td>3) Schwimmabzeichen
Frühschwimmerabzeichen „Seepferdchen“; Vielseitigkeitsschwimmer – See-hund „TRIXI“; Deutscher (Jugend-) Schwimmpass (Bronze, Silber, Gold); Deutscher Leistungsschwimmpass („Hai“, Silber, Gold); Deutsches Schnorchelabzeichen</td></tr>
</table>

Maßnahmenkatalog Erwachsene (ab einem Alter von 18 Jahren)	

Basismaßnahmen	– Regelmäßige sportliche Aktivität
	  – im Sportverein oder
	  – im qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder
	  – beim Betriebssport (soweit es sich nicht um eine Leistung der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V handelt) oder beim Hochschulsport oder
	– Teilnahme an einem Präventionskurs nach § 20 Absatz 5 SGB V mit dem Prüfsiegel „Deutscher Standard Prävention“ oder
	– Bewegungskurse für Schwangere oder
	– Rückbildungsgymnastik nach der Entbindung

Zusatzmaßnahmen	1) Gesundheitswerte im Normbereich
	  – Blutdruck oder
	  – Body-Mass-Index oder
	  – Nichtraucherstatus: > 6 Monate

	2) Sportveranstaltung Aktive Teilnahme an einer Sportveranstaltung unter qualifizierter Leitung, bei der eine körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht und eine entsprechende Vorbereitung erfolgt (z. B. KKH-Lauf)
	3) Sportabzeichen Leistungsnachweis einer der Mitgliedsorganisationen des Deutschen Olympischen Sportbundes oder des Deutschen Wanderverbandes

Anlage 3 zur Satzung der KKH
Katalog der Zuschussleistungen

(§ 24a Absatz 5 der Satzung)

Versicherte, die am Bonusprogramm der KKH teilnehmen, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der nachfolgend aufgeführten Leistungen. Dies gilt nur, sofern die KKH nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist. Gesetzliche Zuzahlungen sind von dem Zuschuss ausgenommen. Der zweckgebundene Zuschuss für eine der nachfolgend aufgeführten Gesundheitsleistungen kann jeweils nur einmal pro Rechnung bzw. Nachweis gewährt werden. Ausgenommen sind Leistungen, die bei den Teilnehmern als Bonusmaßnahme für einen Gesundheitsbonus berücksichtigt wurden.

Zuschussleistungen
1) Akupunktur
2) Baby-Schwimmkurs
3) Beiträge für eine Mitgliedschaft im Sportverein oder Fitnessstudio
4) Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke
5) Eltern-Kind-Kurs, zum Beispiel PEKiP®, DELFI®, ElBa®
6) Erweiterte Hebammenleistungen
7) Erweiterte zahnmedizinische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Zahnfüllungen (z. B. Kunststoff, Keramik), Fissurenversiegelung, Funktionsanalysen)
8) Finanzierung des Test-Kits bei der Deutschen Knochenmarkspende (DKMS)
9) Gesundheitskurse (ohne Zertifikat der Zentralen Prüfstelle Prävention)
10) Grünes Rezept/Naturarzneimittel, blaues Rezept/Arznei- und Verbandmittel
11) Heilpraktikerleistungen

12) Homöopathie
13) Körpermessgeräte zur kontinuierlichen Dokumentation von Distanzen und Gesundheitswerten
14) Kranken- und Pflegezusatzversicherung nach § 194 Absatz 1a SGB V
15) Naturheilverfahren nach dem Hufelandverzeichnis
16) Osteopathie
17) Rooming-In (Kosten der Unterbringung des begleitenden Elternteils in einem Elternzimmer entweder anlässlich der Geburt oder anlässlich des Krankenhausaufenthaltes des eigenen Kindes ab einem Alter von 10 Jahren)
18) Elektrische Zahnbürste
19) Stoßwellentherapie (Schulter/Knöchel)
20) Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen (z. B. Darmkrebsfrüherkennung, Großes Blutbild, Knochendichtemessung, Meningokokken B-Impfung, Optische Kohärenztomografie (OCT), Sehtest, Ultraschall zur Krebsfrüherkennung, Augenärztliche Vorsorge für Kleinkinder (Amblyopie-Screening))
21) Zusatzdiagnostik zur Vorsorge in der Schwangerschaft
22) Sport- und Fitnessausrüstung
23) Hilfsmittel (z. B. Helmtherapie, Sensorische Schuheinlagen, Mehrkosten bei Versorgung mit Hilfsmitteln)

Anlage 4 zur Satzung der KKH

(§ 29b Absatz 2 Buchstabe a der Satzung)

Kardiologische oder kardiochirurgische Operationen bzw. Eingriffe im Sinne des § 29b Absatz 2 Buchstabe a der Satzung:

– Bypass-Operation
– Operation bei Herzfehler
– Minimalinvasive Herzklappenintervention (z. B. TAVI, MitraClip)
– Herzklappen-Operation
– Rhythmuschirurgische Operation am Herzen, mit Ausnahme der Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren

Anlage 5 zur Satzung der KKH unbesetzt

Anlage 6 zur Satzung der KKH

(§ 29b Absatz 2 Buchstabe c der Satzung)

Eingriffe aus dem Bereich des Fachgebiets der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde im Sinne des § 29b Absatz 2 Buchstabe c der Satzung:

– Nasennebenhöhlen-Operationen
– Nasen-Operationen wie bei verkrümmter Nasenscheidewand, bei verengtenNasenwegen oder bei Nasenmuschelhyperplasie
– Tumor-Operationen
– Parotis (Ohrspeicheldrüse)-Operationen
– Korrektur abstehender Ohren
– Myringoplastik (Wiederherstellung eines (teilweise) zerstörten Trommelfells)
– Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen
– Reposition einer Nasenfraktur

Anlage 7 zur Satzung der KKH

(§ 29b Absatz 2 Buchstabe d der Satzung)

Urologische Eingriffe im Sinne des § 29b Absatz 2 Buchstabe d der Satzung:

– transurethrale Resektion (Abtragung erkrankten Gewebes aus Harnblase oder Prostata)
– Entfernung von Blasen- oder Nierensteinen
– Tumor-Operationen
– Lasertherapie bei gutartiger Prostatavergrößerung
– Ureterorenoskopie (Harnleiter- und Nierenspiegelung)

Anlage 8 zur Satzung der KKH

(§ 29k Abs. 2 Satz 1 der Satzung)

Eine Inanspruchnahme des Physiochecks (§ 29k) ist ausgeschlossen, wenn innerhalb der letzten 12 Monate vor Beantragung der Leistung für den Versicherten im Rahmen eines Arztbesuches eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert wurde:

ICD	**Langtext**
M00.-	Eitrige Arthritis
M02.-	Reaktive Arthritiden
M05.-	Seropositive chronische Polyarthritis
M06.-	Sonstige chronische Polyarthritis
M07.-	Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten
M08.-	Juvenile Arthritis
M10.-	Gicht
M11.-	Sonstige Kristall-Arthropathien
M12.-	Sonstige näher bezeichnete Arthropathien
M13.-	Sonstige Arthritis
M15.0, M15.3, M15.4, M15.8, M15.9	Polyarthrose
M16.-	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
M17.-	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
M19.01, M19.02, M19.05, M19.07, M19.08	Sonstige Arthrose
M22.4	Krankheiten der Patella
M23.4-	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement], freier Gelenkkörper
M24.-	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen

M25.0-, M25.1-	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert
M30.-	Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände
M31.-	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
M32.-	Systemischer Lupus erythematodes
M33.-	Dermatomyositis-Polymyositis
M34.-	Systemische Sklerose
M35.-	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
M36.-	Systemkrankheiten des Bindegewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M41.4-, M41.5-	Skoliose
M43.3, M43.4, M43.5-, M43.6	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M45.-	Spondylitis ankylosans
M46.-	Sonstige entzündliche Spondylopathien
M47.0-, M47.1-, M47.2-	Spondylose
M48.1-, M48.3-, M48.4-, M48.5-	Sonstige Spondylopathien
M49.-	Spondylopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M50.0, M50.1, M50.2	Zervikale Bandscheibenschäden
M51.0, M51.1, M51.2	Sonstige Bandscheibenschäden
M53.-	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert
M54.0-, M54.1-, M54.2, M54.3, M54.4	Rückenschmerzen
M60.-	Myositis
M61.1-, M61.2-, M61.3-	Kalzifikation und Ossifikation von Muskeln
M62.1-, M62.2-, M62.3-, M62.4-	Sonstige Muskelkrankheiten

M63.-	Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M65.0-, M65.1-, M65.2-	Synovitis und Tenosynovitis
M66.-	Spontanruptur der Synovialis und von Sehnen
M71.0, M71.1-	Sonstige Bursopathien
M72.2, M72.4-, M72.6-	Fibromatosen
M73.-	Krankheiten des Weichteilgewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M75.0, M75.1, M75.2, M75.5	Schulterläsionen
M79.-	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert
M80.-	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
M82.-	Osteoporose bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M83.-	Osteomalazie im Erwachsenenalter
M84.-	Veränderungen der Knochenkontinuität
M86.-	Osteomyelitis
M87.-	Knochennekrose
M88.-	Osteodystrophia deformans [Paget-Krankheit]
M89.-	Sonstige Knochenkrankheiten
M90.-	Osteopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M91.-	Juvenile Osteochondrose der Hüfte und des Beckens
M92.-	Sonstige juvenile Osteochondrosen
M93.0, M93.1, M93.2	Sonstige Osteochondropathien
M94.2-, M94.3.-	Sonstige Knorpelkrankheiten
M96.-	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen

Anlage 9 zur Satzung der KKH
Digitale versorgungsprodukte

(§ 29y Absatz 2 Buchstabe a der Satzung)

Die KKH übernimmt die Kosten für folgende digitale Versorgungsprodukte:

Produkt-art	**ICD-Code**	**Kurzbeschreibung**	**Anspruchs-voraus-setzungen**	**Erstattungs-betrag**
Digitale Sprach-therapie für Kinder mit Arti-kulations-störungen	F80.-	– digitale Sprachtherapie bei Artikulationsstörungen bei Kindern ab drei Jahren – Ergänzung zur logopädi-schen Behandlung – zulässiges Medizinprodukt im Sinne der Verordnung (EU) 2017/745 sowie des MPDG – datenschutzrechtliche Anforderungen werden erfüllt	die medizini-sche Indika-tion ist nach-zuweisen, es sei denn, der KKH ist die Durchführung einer logopä-dischen Behandlung bekannt	einmalig, maximal 199 Euro

Die Satzung wurde im Bundesanzeiger Nr. 94 vom 1. Juli 2009, S. 2275 ff. bekannt gemacht. Die Änderungen durch den 1. bis 100. Nachtrag wurden wie folgt bekannt gemacht:

1. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 118 vom 12. August 2009, S. 2779,
2. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 135 vom 10. September 2009. S. 3224 ff.,
3. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 8 vom 18. Januar 2010, S. 161,
4. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 198 vom 31. Dezember 2009, S. 4607,
5. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 38 vom 10. März 2010, S. 989,
6. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 38 vom 10. März 2010, S. 989,
7. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 150 vom 5. Oktober 2010, S. 3334 f.,
8. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 156 vom 14. Oktober 2010, S. 3435,
10. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 191 vom 16. Dezember 2010, S. 4212 f.,
11. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 6 vom 12. Januar 2011, S. 120 f.,
12. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 6 vom 12. Januar 2011, S. 120,
13. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 54 vom 6. April 2011, S. 1298,
14. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 54 vom 6. April 2011, S. 1299,
15. Nachtrag auf kkh-allianz.de am 30. September 2011,
16. Nachtrag auf kkh-allianz.de am 29. Dezember 2011,
17. Nachtrag auf kkh-allianz.de am 29. Dezember 2011,
18. Nachtrag auf kkh-allianz.de am 17. April 2012,
19. Nachtrag auf kkh-allianz.de am 17. April 2012,
20. Nachtrag auf kkh-allianz.de am 17. Oktober 2012,
21. Nachtrag auf kkh.de am 11. Januar 2013,
22. Nachtrag auf kkh-allianz.de am 28. Dezember 2012,
23. Nachtrag auf kkh-allianz.de am 28. Dezember 2012,
24. Nachtrag auf kkh.de am 19. April 2013,
25. Nachtrag auf kkh.de am 16. Oktober 2013,
26. Nachtrag auf kkh.de am 27. Dezember 2013,
27. Nachtrag auf kkh.de am 27. Dezember 2013,
28. Nachtrag auf kkh.de am 27. Dezember 2013,
29. Nachtrag auf kkh.de am 14. Mai 2014,
30. Nachtrag auf kkh.de am 30. September 2014,
31. Nachtrag auf kkh.de am 31. Dezember 2014,
32. Nachtrag auf kkh.de am 29. Dezember 2014,
33. Nachtrag auf kkh.de am 29. Dezember 2014,
34. Nachtrag auf kkh.de am 20. Februar 2015,
35. Nachtrag auf kkh.de am 27. März 2015,
36. Nachtrag auf kkh.de am 5. November 2015,
37. Nachtrag auf kkh.de am 5. November 2015,
38. Nachtrag auf kkh.de am 29. Dezember 2015,
39. Nachtrag auf kkh.de am 29. Dezember 2015,
40. Nachtrag auf kkh.de am 29. Dezember 2015,
41. Nachtrag auf kkh.de am 15. Januar 2016,

42. Nachtrag auf kkh.de am 23. März 2016,
43. Nachtrag auf kkh.de am 24. Oktober 2016,
44. Nachtrag auf kkh.de am 31. Dezember 2016,
45. Nachtrag auf kkh.de am 31. Dezember 2016,
46. Nachtrag auf kkh.de am 29. März 2017,
47. Nachtrag auf .kkh.de am 8. Juni 2017,
48. Nachtrag auf kkh.de am 27. September 2017,
49. Nachtrag auf kkh.de am 31. Dezember 2017,
50. Nachtrag auf kkh.de am 31. Dezember 2017,
51. Nachtrag auf kkh.de am 29. März 2018,
52. Nachtrag auf kkh.de am 6. April 2018,
53. Nachtrag auf kkh.de am 7. November 2018,
54. Nachtrag auf kkh.de am 28. Dezember 2018,
55. Nachtrag auf kkh.de am 28. Dezember 2018,
56. Nachtrag auf kkh.de am 30. April 2019,
57. Nachtrag auf kkh.de am 30. April 2019,
58. Nachtrag auf kkh.de am 23. Oktober 2019,
59. Nachtrag auf kkh.de am 30. Dezember 2019,
60. Nachtrag auf kkh.de am 30. Juli 2020,
61. Nachtrag auf kkh.de am 26. Mai 2020,
62. Nachtrag auf kkh.de am 30. September 2020,
63. Nachtrag auf kkh.de am 31. Oktober 2020,
64. Nachtrag auf kkh.de am 22. Dezember 2020,
65. Nachtrag auf kkh.de am 22. Dezember 2020,
66. Nachtrag auf kkh.de am 22. Dezember 2020,
67. Nachtrag auf kkh.de am 12. Mai 2021,
68. Nachtrag auf kkh.de am 30. Juni 2021,
69. Nachtrag auf kkh.de am 6. November 2021,
70. Nachtrag auf kkh.de am 28. Februar 2022,
71. Nachtrag auf kkh.de am 28. Februar 2022,
72. Nachtrag auf kkh.de am 29. Dezember 2021,
73. Nachtrag auf kkh.de am 13. Mai 2022,
74. Nachtrag auf kkh.de am 30. April 2022,
75. Nachtrag auf kkh.de am 3. November 2022,
76. Nachtrag auf kkh.de am 24. Januar 2023,
77. Nachtrag auf kkh.de am 22. Dezember 2022,
78. Nachtrag auf kkh.de am 30. April 2023,
79. Nachtrag auf kkh.de am 30. April 2023,
80. Nachtrag auf kkh.de am 20. Oktober 2023,
81. Nachtrag auf kkh.de am 21. Dezember 2023,
82. Nachtrag auf kkh.de am 21. Dezember 2023,
83. Nachtrag auf kkh.de am 19. Januar 2024,
84. Nachtrag auf kkh.de am 21. Dezember 2023,
85. Nachtrag auf kkh.de am 26. Juli 2024,

86. Nachtrag auf kkh.de am 30. Juli 2024,
87. Nachtrag auf kkh.de am 17. Juli 2024,
88. Nachtrag auf kkh.de am 1. November 2024,
89. Nachtrag auf kkh.de am 30. Dezember 2024,
90. Nachtrag auf kkh.de am 30. Dezember 2024,
91. Nachtrag auf kkh.de am 30. Dezember 2024,
92. Nachtrag auf kkh.de am 30. Dezember 2024,
93. Nachtrag auf kkh.de am 9. Mai 2025,
94. Nachtrag auf kkh.de am 26. September 2025,
95. Nachtrag auf kkh.de am 26. September 2025,
96. Nachtrag auf kkh.de am 10. Januar 2026,
97. Nachtrag auf kkh.de am 7. Februar 2026,
98. Nachtrag auf kkh.de am 23. Dezember 2025,
99. Nachtrag auf kkh.de am 16. April 2026,
100. Nachtrag auf kkh.de am 16. Oktober 2026.

Satzung der Pflegekasse bei der KKH

in der Fassung vom 1. Juli 2009

zuletzt geändert durch den 8. Nachtrag
vom 17. März 2023

Nachträge zur Satzung und deren aktuell gültige Fassung können eingesehen werden unter: ***kkh.de/bekanntmachungen***

Stand: Mai 2023

Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis der Satzung der Pflegekasse bei der KKH

Seite

Abschnitt I – Verfassung

§ 1 – Name und Rechtsstellung 3
§ 2 – Sitz, Geschäftsgebiet 3
§ 3 – Organe 3
§ 4 – Verwaltungsrat 3
§ 5 – Vorstand 3
§ 6 – Widerspruchsausschüsse 4
§ 7 – Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen 4
§ 8 – Änderungen der Satzung 4
§ 9 – Bekanntmachungen 4

Abschnitt II – Mitgliedschaft

§ 10 – Mitgliederkreis 5
§ 11 – Beginn und Ende der Mitgliedschaft 5
§ 12 – Familienversicherung 6

Abschnitt III – Beiträge

§ 13 – Bemessung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge 6

Abschnitt IV – Leistungen

§ 14 – Leistungen 6
§ 15 – Leistungsausschluss 6–7
§ 16 – Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen. 7

Abschnitt V – Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 17 – Jahresrechnung, Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung 7
§ 18 – Rücklage 7

Ein **Abkürzungsverzeichnis** finden Sie im Anschluss an die Satzung.

Satzung der Pflegekasse der KKH

in der Fassung vom 1. Juli 2009

Abschnitt I
Verfassung

§ 1 – Name und Rechtsstellung

(1) Die Pflegekasse bei der KKH führt den Namen **„Pflegekasse bei der KKH“.**

(2) Die Pflegekasse ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

§ 2 – Sitz, Geschäftsgebiet

(1) Sitz der Pflegekasse ist Hannover.

(2) Das Geschäftsgebiet der Pflegekasse umfasst die Bundesrepublik Deutschland.

§ 3 – Organe

Organe der Pflegekasse sind der Verwaltungsrat (Selbstverwaltungsorgan) sowie der Vorstand.

§ 4 – Verwaltungsrat

(1) Verwaltungsrat der Pflegekasse ist der Verwaltungsrat der KKH. Ein Mitglied, das verhindert ist, wird durch einen Stellvertreter vertreten.

(2) Für die Vertretungsbefugnis, Aufgaben, Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung gelten die Bestimmungen des § 4 Abs. 3, Abs. 4 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9, Abs. 5 und 6 sowie § 6 Abs. 1 der Satzung der KKH entsprechend.

(3) Die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates der KKH gilt für den Verwaltungsrat der Pflegekasse entsprechend.

§ 5 – Vorstand

(1) Vorstand der Pflegekasse ist der Vorstand der KKH.

(2) Für die Aufgaben und Vertretungsbefugnisse des Vorstandes gelten die Bestimmungen des § 5 Abs. 2, Abs. 3 Nr. 1 - 7, 10 und 12 sowie § 6 Abs. 2 und 4 der Satzung der KKH entsprechend.

§ 6 – Widerspruchsausschüsse

(1) Der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird besonderen Ausschüssen (Widerspruchsausschüsse) übertragen. Widerspruchsausschüsse der Pflegekasse sind die Widerspruchsausschüsse der KKH. Sitz der Widerspruchsstelle ist Hannover.

(2) § 8 Abs. 2 Satz 3 und 4 der Satzung der KKH und die Geschäftsordnung für die Widerspruchsausschüsse der KKH gelten für die Widerspruchsausschüsse der Pflegekasse entsprechend.

(3) Die bei einem Einspruch gegen einen Bußgeldbescheid zuständige Stelle nach § 112 Abs. 2 SGB IV sind die Widerspruchsausschüsse. Sie entscheiden auch über Widersprüche nach § 9 Abs. 4 des Informationsfreiheitsgesetzes sowie über Widersprüche im Rahmen des Gesetzes zur Weiterverwendung von Informationen öffentlicher Stellen.

(4) Die Widerspruchsausschüsse können schriftlich abstimmen. Ergänzend können erforderliche Beratungen per Telefon- oder Videokonferenz erfolgen. Wenn mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über den Widerspruch / die Widersprüche in der nächsten Präsenzsitzung zu beraten und abzustimmen.

§ 7 – Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen

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

(2) Für die Höhe der festen Sätze und Pauschbeträge nach § 41 Abs. 1 und 3 SGB IV gelten die Abschnitte I Nr. 1 bis 5, II und III Nr. 1 der Anlage zur Satzung der KKH (§ 9 Abs. 2 der Satzung der KKH) entsprechend.

§ 8 – Änderung der Satzung

(1) Beschlüsse zur Änderung der Satzung werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.

(2) Ausfertigungen von Satzungsänderungen werden vom Vorsitzenden des Vorstandes, im Verhinderungsfall von seinem Stellvertreter, unterzeichnet.

§ 9 – Bekanntmachungen

Bekanntmachungen der Pflegekasse erfolgen im Internet unter: ***kkh.de***

Abschnitt II
Mitgliedschaft

§ 10 – Mitgliederkreis

(1) Mitglieder der Pflegekasse bei der KKH sind die Mitglieder der KKH, sofern sie nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind.

(2) Personen, die
1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungs-gesetzes vorsehen,
4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch beziehen,
5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind, und nach § 21 SGB XI der Versicherungspflicht unterliegen, gehören der Pflegekasse bei der KKH als Mitglied an, wenn die KKH mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist oder wenn sie die Pflegekasse nach § 48 SGB XI gewählt haben.

(3) Weiterversicherte nach § 26 SGB XI gehören der Pflegekasse bei der KKH als Mitglied an, wenn sie vor Beginn der Weiterversicherung zuletzt Mitglied der Pflegekasse oder bei ihr nach §12 (§ 25 SGB XI) versichert waren oder ohne die Bestimmung des § 25 Abs. 3 SGB XI versichert gewesen wären.

(4) Personen, die gemäß § 26a SGB XI der Pflegekasse bei der KKH beigetreten sind, gehören ihr als Mitglied an.

§ 11 – Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1) Beginn und Ende der Mitgliedschaft richten sich nach den Bestimmungen des § 49 SGB XI.

(2) Die Mitgliedschaft Weiterversicherter und der nach § 26a SGB XI Beigetretenen endet auch, wenn Versicherungspflicht nach den §§ 20, 21 oder 23 Abs. 1, 3 und 4 SGB XI eintritt.

(3) Die Pflegekasse bei der KKH gibt dem Austritt Weiterversicherter und der nach § 26a SGB XI Beigetretenen abweichend von § 49 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI mit dem Zeitpunkt statt, ab dem ein Anspruch auf Familienversicherung nach § 25 SGB XI besteht.

§ 12 – Familienversicherung
Der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder eines Mitgliedes sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind nach Maßgabe des § 25 SGB XI bei der Pflegekasse versichert. Lebenspartnerschaften im Sinne dieser Satzung sind Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.

Abschnitt III
Beiträge

§ 13 – Bemessung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge
Für die Bemessung, die Zahlung und die Fälligkeit der Beiträge zur Pflegekasse gelten die Vorschriften des SGB XI sowie entsprechend den einschlägigen Regelungen des SGB IV und SGB V die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt IV
Leistungen

§ 14 – Leistungen
Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen.

§ 15 – Leistungsausschluss
(1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB XI begeben, um auf Basis einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 25 SGB XI missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen (§ 33a SGB XI).
(2) Die Pflegekasse kann Informationen und Belege sowie eine Bestätigung der Versicherten darüber einfordern, dass der Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB XI nicht allein dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder einer darauf beruhenden Versicherung nach § 25 SGB XI Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Bei den Prüfungen nach Satz 1 sind die Versicherten zur Mitwirkung verpflichtet. Kann mangels ausreichender Mitwirkung des Versicherten nicht geklärt werden, ob der Leistungsausschluss wirksam wird, sind die beanspruchten Leistungen zu versagen (§§ 60 ff. SGB I). Die nach diesem Absatz erhobenen Daten und dabei insbesondere die Angaben zum Gesundheitszustand werden ausschließlich nach den Vorgaben des zweiten Kapitels des SGB X verarbeitet und genutzt.

(3) Wurden Leistungen bereits erbracht und stellt sich nachträglich heraus, dass es sich um eine missbräuchliche Leistungsinanspruchnahme im Sinne von § 33a SGB XI gehandelt hat, können die von der Pflegekasse bereits gewährten Leistungen unter Beachtung der einschlägigen Verfahrensvorschriften des SGB X zurückgefordert werden.

§ 16 – Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen

Die Pflegekasse bei der KKH kann den Abschluss privater Pflegezusatzversicherungen zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln (Bestimmung nach § 47 Absatz 2 SGB XI).

Abschnitt V
Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 17 – Jahresrechnung, Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung

(1) Der Vorstand erstellt eine Jahresrechnung und einen Jahresbericht. Die Jahresrechnung sowie die Betriebs- und Rechnungsführung wird jährlich durch einen vom Verwaltungsrat bestellten sachverständigen Prüfer geprüft. Über das Ergebnis wird ein Prüfbericht erstellt.

(2) Die geprüfte Jahresrechnung ist dem Verwaltungsrat zur Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes spätestens bis zum Ende des Folgejahres vorzulegen.

§ 18 – Rücklage

Die Rücklage beträgt 50 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).

Die Satzung wurde im Bundesanzeiger Nr. 99 vom 9. Juli 2009, S. 2345 ff. bekannt gemacht. Die Änderungen durch den 1. bis 8. Nachtrag wurden wie folgt bekannt gemacht:

1. Nachtrag im Bundesanzeiger Nr. 58 vom 13. April 2011, S. 1398,
2. Nachtrag auf kkh-allianz.de am 17. April 2012,
3. Nachtrag auf kkh.de am 2. Januar 2013,
4. Nachtrag auf kkh.de am 16. Oktober 2013,
5. Nachtrag auf kkh.de am 27. März 2015,
6. Nachtrag auf kkh.de am 5. November 2015,
7. Nachtrag auf kkh.de am 30. April 2019,
8. Nachtrag auf kkh.de am 30. April 2023.

Nichtamtliches Verzeichnis der in den Satzungen verwendeten Abkürzungen

AAG	Aufwendungsausgleichsgesetz
Abs.	Absatz
AFG	Arbeitsförderungsgesetz
Art.	Artikel
BSeuchG	Bundesseuchengesetz
ff.	fortfolgend
ggf.	gegebenenfalls
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
Nr.	Nummer
Nrn.	Nummern
o. Ä.	oder Ähnliche(s)
RSAV	Risikostrukturausgleichsverordnung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB III	Drittes Buch Sozialgesetzbuch
SGB IV	Viertes Buch Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB VI	Sechstes Buch Sozialgesetzbuch
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
v. H.	vom Hundert
Ziff.	Ziffer

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
Service-Telefon: 0800 5548640554
kkh.de/kontaktformular