

# Satzung der IKK gesund plus



Stand : 17.09.2009 (i.d.F. d. 20. Nachtrages)

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	2
<b>sATZUNG DER IKK GESUND PLUS .....</b>	<b>6</b>
<b>ERSTER ABSCHNITT .....</b>	<b>6</b>
<b>Name und aufgabenstellung .....</b>	<b>6</b>
§ 1 Name, Sitz und Bezirk .....	6
§ 2 Aufgabenstellung .....	7
<b>ZWEITER ABSCHNITT .....</b>	<b>8</b>
<b>MITGLIEDSCHAFT UND FAMILIENVERSICHERUNG .....</b>	<b>8</b>
§ 3 Versicherter Personenkreis .....	8
§ 3 a Kündigung der Mitgliedschaft .....	10
<b>DRITTER ABSCHNITT .....</b>	<b>11</b>
<b>Leistungen .....</b>	<b>11</b>
§ 4 Ermessensleistungen zur Krankheitsverhütung .....	11
§ 4a Leistungen der primären Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung .....	12
§ 4b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten .....	14
§ 4c Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung - Hausarztbonus .....	16
§ 5 Modellvorhaben .....	17
§ 5b Hausarztzentrierte Versorgung .....	18
§ 6 Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen .....	19
§ 7 Wahltarife .....	20
§ 7a Selbstbehalttarif .....	22
§ 7b Beitragsrückgewähr .....	25
§ 7c Zuzahlungsermäßigungen bei Teilnahme an besonderen Versorgungsformen .....	28
§ 7d zusätzliche Kostenerstattung .....	29
§ 7e zusätzliches Leistungsangebot .....	30
§ 7f Krankengeld .....	31
§ 7g Teilkostenerstattungstarif .....	36
§ 8 Mehrleistungen zur häuslichen Krankenpflege .....	37
§ 9 Stationäre Hospize .....	38
§ 10 Krankengeld .....	39
§ 11 Teilkostenerstattung .....	41
§ 12 Kostenerstattung .....	42
§ 12a Kostenerstattung im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum .....	43
§ 12b Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen .....	44
§ 13 .....	45

<b>VIERTER ABSCHNITT</b>	<b>46</b>
<b>Beiträge</b>	<b>46</b>
§ 14 Beitragsbemessung	46
§ 15	47
Sonderregelungen über beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder, Rentenantragsteller sowie Mitglieder nach § 192 Abs. 2 SGB V und § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V	47
§ 16 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	48
Für die Fälligkeit der Beiträge zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) gilt	48
§ 16a	49
§ 16a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge	49
§ 17 Vorschüsse/Erstattungen	50
<b>FÜNFTER ABSCHNITT</b>	<b>51</b>
<b>Besonderer Ausschuss</b>	<b>51</b>
§ 18 Besonderer Ausschuss	51
<b>SECHSTER ABSCHNITT</b>	<b>53</b>
<b>Organe</b>	<b>53</b>
§ 19 Organe der IKK	53
§ 20 Verwaltungsrat	54
§ 21 Vorstand	56
§ 22 Versichertenälteste, Vertrauensleute	57
§ 23 Amtsdauer, Entschädigung und Haftung der Organmitglieder	59
§ 24 Datenschutz	60
§ 25 Auskunft an Versicherte	61
<b>SIEBENTER ABSCHNITT</b>	<b>62</b>
<b>Verwaltung der Mittel</b>	<b>62</b>
§ 26 Rücklage	62
§ 27 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung	63
<b>ACHTER ABSCHNITT</b>	<b>64</b>
<b>Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)</b>	<b>64</b>
§ 28 usgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung	64
<b>NEUNTER ABSCHNITT</b>	<b>65</b>
<b>Bekanntmachung und Inkrafttreten</b>	<b>65</b>
§ 29 Bekanntmachung	65

§ 30 Inkrafttreten	66
<b>ANHANG 1</b>	<b>68</b>
<b>ZUR SATZUNG DER IKK GESUND PLUS</b>	<b>68</b>
<b>ANGELEGENHEITEN DES AUSGLEICHS DER ARBEITGEBERAUFWENDUNGEN NACH DEM GESETZ ÜBER DEN AUSGLEICH VON ARBEITGEBERAUFWENDUNGEN FÜR ENTGELTFORTZAHLUNG (AAG)</b>	<b>68</b>
§ 1	68
Organe, Vorsitz	68
§ 2	69
Widerspruchsstelle, Einspruchsstelle	69
§ 3	70
Haushaltsplan, Jahresrechnung	70
§ 4	71
Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	71
§ 5	72
Meldungen	72
§ 6	73
Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage	73
§ 7	74
Betriebsmittel	74
§ 8	75
Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber	75
§ 9	77
Inkrafttreten	77
<b>ANHANG 2 ZUR SATZUNG DER IKK GESUND PLUS</b>	<b>78</b>
<b>Entschädigungsordnung für die Organmitglieder der IKK GESUND PLUS</b>	<b>78</b>
<b><i>Geschäftsordnung für den Vorstand der IKK GESUND PLUS</i></b>	<b>80</b>
<b>Präambel</b>	<b>80</b>
<b>Aufgabenabgrenzung zwischen Verwaltungsrat und Vorstand</b>	<b>81</b>
Aufgaben des Verwaltungsrates	81
Aufgaben des Vorstandes	83
<b><i>Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat der IKK GESUND PLUS</i></b>	<b>85</b>
§ 1 Sitzungen	85
§ 2 Einladung	86
§ 3 Tagesordnung	87
§ 4 Beschlussfähigkeit	88
§ 5 Sitzungsleitung	89

§ 6 Teilnahmeberechtigung	90
§ 7 Anwesenheitsliste	91
§ 8 Beratung und Abstimmung	92
§ 9 Beschlussfassung	93
§ 9a Rechtsgeschäfte zwischen der IKK gesund plus und dem IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt	94
§ 10 Niederschrift	95
§ 11 Schweigepflicht, Geheimhaltung	96
§ 12 Ausschüsse	97
§ 13 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen	98
§ 14 Inkrafttreten	99
<b>Anlage 2 zur Satzung der IKK GESUND PLUS</b>	<b>100</b>
<b>Geschäftsbereiche</b>	<b>100</b>
§ 1 Regionen	100
§ 2 Regionale Selbstverwaltung	101
§ 3 Vorsitzende der Regionalbeiräte	102
§ 4 Aufgaben der Regionalbeiräte	103
§ 6 Leiter der Geschäftsbereiche	104
<b>Anhang 3</b>	<b>105</b>
<b>zur Satzung der IKK GESUND PLUS</b>	<b>105</b>
<b>Entschädigungsordnung für die organmitglieder der regionalbeiräte</b>	<b>105</b>

# **SATZUNG DER IKK GESUND PLUS**

## **ERSTER ABSCHNITT NAME UND AUFGABENSTELLUNG**

**§ 1**

### **§ 1**

#### **Name, Sitz und Bezirk**

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

Abs. 1 in der Fassung des zweiten Nachtrages

- (2) Darüber hinaus unterhält sie Geschäftsstellen.
- (3) Die IKK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit paritätischer Selbstverwaltung.
- (4) Der Kreis der Mitglieder der IKK erstreckt sich auf das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2

**Aufgabenstellung**

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

(4)

Abs. 4 nicht genehmigt

**ZWEITER ABSCHNITT**  
**MITGLIEDSCHAFT UND FAMILIENVERSICHERUNG**

**§ 3**

**§ 3**

**Versicherter Personenkreis**

(1) Mitglieder der IKK sind

- \* versicherungspflichtig Beschäftigte,
- \* Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche eine Sperrzeit (§ 144 des SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,  
(in der Fassung der Maßgabe des BVA zum ersten Nachtrag zur Satzung)
- \* Künstler und Publizisten,
- \* Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
- \* Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung nach Maßgabe des § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des BVG erbracht,  
(in der Fassung der Maßgabe des BVA zum ersten Nachtrag zur Satzung)
- \* behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem BliwaG anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
- \* behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
- \* Studenten und Berufspraktikanten,
- \* Rentenantragsteller und Rentner,
- \* Bezieher von Vorruhestandsgeld,
- \* Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall
- \* freiwillig Versicherte,

sofern die Voraussetzungen erfüllt sind und die IKK entsprechend den Vorschriften des SGB V gewählt wurde.

- (2) Versichert sind auch der Ehegatte, der Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und die Kinder von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind und die IKK zuständig ist bzw. bei mehrfacher Erfüllung der Voraussetzungen gewählt wurde.

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

§ 3 a

**Kündigung der Mitgliedschaft**

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

Abs. 2 i. d. F. des 18. Nachtrages vom 05.05.2009

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

## **DRITTER ABSCHNITT**

### **Leistungen**

**§ 4**

#### **§ 4**

#### **Ermessensleistungen** **zur Krankheitsverhütung**

- (1) Die IKK übernimmt zur Verhütung von Krankheiten, die Kosten für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, sofern nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist.
- (2) Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines nicht durch einen beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.
- (3) Die IKK übernimmt die Kosten für die Schutzimpfung gegen Rotaviren für Versicherte bis zur 26. Lebenswoche.
- (5) Die Kosten für den Impfstoff werden voll, die Kosten der ärztlichen Leistungen nach Vertragssätzen übernommen. Wenn keine vertraglichen Regelungen bestehen, übernimmt die IKK die Kosten oder gewährt Zuschüsse.
- (6) Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht bereits nach § 20d Abs. 1 SGB V besteht.

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

## § 4a

**Leistungen der primären Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung**

- (1) Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die IKK auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000“ Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritäre Handlungsfeldern:
- \* Bewegungsgewohnheiten:
    - Präventives Herz-Kreislauf-Training
    - Präventives Muskelaufbautraining
  - \* Ernährung:
    - Kurse zur ausgewogenen Ernährung
    - Gewichtsreduktionskurse
  - \* Stressreduktion/Entspannung:
    - Stressreduktions-Training
  - \* Genuss- und Suchtmitteln
    - Nikotinentwöhnungskurse
    - Kurse zur Alkoholreduktion
    - Kurse zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten
    - Kurse zur Prävention des Drogenmissbrauchs
- (2) Für Leistungen der primären Prävention, die von der IKK selbst erbracht werden, haben Versicherte ab einem Betrag von 25,00 € eine Eigenbeteiligung in Höhe von 10 v.H. zu entrichten. Für Leistungen von Fremdanbietern, sofern sie den in Abs. 1 gen. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, erstattet die IKK bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung die Kosten, bis zu einem Betrag von 75,- € je Maßnahme abzüglich der nach Satz 1 zu entrichtenden Eigenbeteiligung. Die Inanspruchnahme ist auf maximal 3 Maßnahmen je Kalenderjahr begrenzt.
- (3) Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden Leistungen in folgenden Handlungsfeldern erbracht:

\* Arbeitsbedingte körperliche Belastung

- Gruppenschulungen und -beratungen
- arbeitsplatzbezogene praktische Anleitungen

\* Betriebsverpflegung

- Schulung des Küchenpersonals
- Speiseplananalysen und Umstellung des Essenangebotes
- Beratung für Verantwortliche und Bedienstete von Verpflegungseinrichtungen
- Informations- und Motivationskampagnen für Beschäftigte
- Gruppenkurse zur Gewichtsreduktion

\* Psychosozialer Stress

- stressverarbeitende Trainingsprogramme für Beschäftigte
- praktische Übungen von Stressreduktionsmethoden
- Betreuung von Einzelfällen innerhalb des Gruppentrainings
- Seminare für Führungskräfte zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung

\* Genuss- und Suchtmittelkonsum

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

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

**§ 4b**

**Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

- (1) Die IKK gewährt Versicherten, die sich gesundheitsbewusst verhalten, unter den in Abs. 2-4 genannten Voraussetzungen auf Antrag einen Bonus. Die Aufwendungen für diese Maßnahmen müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden.
- (2) Voraussetzung für die Gewährung eines Bonus ist die Inanspruchnahme mehrerer der folgenden Maßnahmen nach Antragstellung gem. Nr. 1:
  - a) Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V
  - b) Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 SGB V
  - c) Kinderuntersuchungen nach § 26 Abs. 1 SGB V
  - d) Individualprophylaxe nach § 22 SGB V
  - e) Qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention nach § 4a der Satzung sowie nach § 43 Nr. 2 SGB V
- (3) Der Bonus nach Abs. 2 für Versicherte wird in Form von Sach- oder Geldzuwendungen gewährt.

Abs. 4 i.d.F. des vierten Nachtrages vom 15.12.2004  
Satz 2 gestrichen durch den 10. Nachtrag vom 03.04.2007

- (4) Betriebe, die das IKK-Siegel für Gesundheitsförderung nach dem Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) beantragt haben, können auf Antrag am Bonussystem teilnehmen, wenn
  - a) mindestens 75 v.H. der krankenversicherungspflichtig Beschäftigten zum Zeitpunkt des Antrages Mitglied der IKK sind und
  - b) der Betrieb im letzten Jahr von der Antragstellung nicht mit mindestens einem Monat an Gesamtsozialversicherungsbeiträgen rückständig gewesen ist und
  - c) der Krankenstand im Betrieb in den letzten drei Monaten vor der Antragstellung bei den bei der IKK pflichtversicherten Beschäftigten geringer als der

Branchendurchschnitt gewesen ist.

- (5) Der Bonus beträgt max. 1/12 des jährlich auf die Krankenversicherung entfallenden und an die IKK abzuführenden Anteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Der Bonus darf die Aufwendungen des Betriebes für die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht überschreiten. Er wird für einen Zeitraum von einem Jahr gewährt. Die Anzahl Teilnahmeberechtigter kann begrenzt werden.
  
- (6) Näheres zu den Kriterien, Art und Höhe der Bonusgewährung nach den Abs. 2 - 6 wird in Richtlinien des Vorstandes geregelt. Die Bonusregelung gilt jeweils für ein Kalenderjahr. Ein Bonus wird gewährt, sofern mindestens 100 Punkte erreicht werden. Eine Anrechnung auf das folgende Kalenderjahr ist unzulässig.

Abs. 3 gestr. durch den 10. Nachtrag vom 03.04.2007, bish. Abs. 4-7 wurden Abs. 3-6

**§ 4c**

**Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung -  
Hausarztbonus**

§ 4c gestrichen durch 10. Nachtrag zur Satzung vom 03.04.2007

**§ 5**  
**Modellvorhaben**

- (1) Die IKK kann für ihre Versicherten im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die nach dem SGB V oder aufgrund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind, durchführen oder vereinbaren.
- (2) Die IKK führt folgende Modellvorhaben von strukturierten Behandlungsprogrammen durch:
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabestes mellitus Typ 2
  - *Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit*
  - *Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs*
  - *Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma bronchiale*
- (2. – 4. Spiegelstrich noch nicht akkreditiert, daher noch nicht genehmigt)
- (3) Inhalt und Ausgestaltung der Modellvorhaben ergeben sich aus dem strukturierten Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in einer Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird. Die Modellvorhaben beginnen mit dem Tag der Wirksamkeit der Programmzulassung und enden am 08. April 2011.  
(Satz 3 in der Fassung der Maßgabe des BVA zum ersten Nachtrag zur Satzung)

**§ 5b**

**Hausarztzentrierte Versorgung**

- (1) Versicherte können an den hausarztzentrierten Versorgungsmöglichkeiten der IKK nach § 73 b SGB V teilnehmen. Hierzu müssen sie einen an der hausarztzentrierten Versorgung der IKK beteiligten Allgemeinmediziner, hausärztlichen Internisten oder Kinderarzt als Hausarzt wählen und sich gegenüber der IKK schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Ausgenommen hiervon sind grundsätzlich Fachärzte für Gynäkologie und Augenärzte.
- (2) Die Einschreibung kann jeweils zum Quartalsbeginn erfolgen. Der Versicherte ist an seine Teilnahmeentscheidung ein Jahr gebunden. Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes kann der Versicherte einen anderen Hausarzt wählen.
- (3) Verstößt der Versicherte trotz schriftlichen Hinweises der IKK auf die Folgen von Verstößen wiederholt gegen eine oder mehrere Verpflichtungen nach den Abs. 1 oder 2, kann die IKK die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung einseitig beenden. Kosten, die durch eine Verletzung der Pflichten nach den Absätzen 1 oder 2 entstehen, können dem Versicherten auferlegt werden. Näheres regelt das Verzeichnis nach § 7c Abs. 3, das dem Versicherten zur Verfügung gestellt wird

§ 5b i.d.F. des 20. Nachtrages vom 18.09.2009

**§ 6****Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen**

Zu den übrigen Kosten ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V) wird ein Zuschuss von 13,00 EURO kalendertäglich gezahlt. Der Zuschuss für chronisch kranke Kleinkinder im Alter von 1 – 5 Jahren beträgt 21,00 EURO kalendertäglich.

**§ 7**  
**Wahltarife**

- (1) Die IKK bietet Mitgliedern und ihren nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen im Rahmen des § 53 SGB V Wahltarife nach Maßgabe der §§ 7a – 7g an.
- (2) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können den Tarif Selbstbehalt wählen. Das Nähere regelt § 7a.  
Abs. 2 i.d.F. des 16. Nachtrages vom 04.12.2008
- (3) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können den Tarif Beitragsrückgewähr wählen. Das Nähere regelt § 7b.  
Abs. 2 i.d.F. des 16. Nachtrages vom 04.12.2008
- (4) Die IKK gewährt Mitgliedern und ihren nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen, die an besonderen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 73c, 137f oder 140a SGB V teilnehmen, Zuzahlungsermäßigungen. Das Nähere regelt § 7c.
- (5) Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V: nicht besetzt.
- (6) Zusätzliches Leistungsangebot nach § 53 Abs. 5 SGB V: nicht besetzt
- (7) Mitglieder, deren Krankengeldanspruch gem. § 44 Abs. 2 SGB V ausgeschlossen ist, können einen Krankengeldwahltarif wählen. Das Nähere regelt § 7f.  
Abs. 7 i.d.F. des 14. Nachtrages vom 17.09.2008
- (8) Mitglieder deren Umfang der Leistungen nach dem SGB V durch die Satzung beschränkt ist, können einen Teilkostenerstattungstarif wählen. Das Nähere regelt § 7g  
Abs. 8 i.d.F. des 15. Nachtrages vom 17.09.2008

- (9) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 4 beträgt drei Jahre. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 SGB V 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 SGB V 900 Euro jährlich betragen.
- (10) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 4 wählen.
- (11) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden
- (12) Der Wahltarif beginnt mit dem auf die Wahl des Wahltarifes folgenden Kalendervierteljahr.

§ 7 eingefügt durch den 10. Nachtrag vom 03.04.2007

**§ 7a**  
**Selbstbehalttarif**

- (1) Mitglieder, die einen Teil ihrer Beiträge selbst tragen, können einen Tarif wählen, in dem sie einen Teil der von der IKK für sie zu tragenden Kosten jeweils für ein Kalenderjahr selbst übernehmen (Selbstbehalt) und dafür eine Prämie von der IKK erhalten. Die Wahl ist gegenüber der IKK schriftlich zu erklären.
  
- (2) Die IKK bietet Selbstbehalte und Prämien in gestaffelter Höhe zur Wahl an. Das Mitglied kann
  1. bei beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von mindestens 10.000,- EUR einen Selbstbehalt von 230,- EUR wählen und erhält dafür eine Prämie von 150,- EUR (Tarifklasse 1),
  2. bei beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von mindestens 24.000,- EUR einen Selbstbehalt von 430,- EUR wählen und erhält dafür eine Prämie von 350,- EUR, (Tarifklasse 2),
  3. bei beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von mindestens 36.000,- EUR einen Selbstbehalt von 650,- EUR wählen und erhält dafür eine Prämie von 550,- EUR, (Tarifklasse 3).
  
- (3) Für die Wahl des Tarifes hat das Mitglied eine Erklärung über die voraussichtliche Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen ab Beginn des Tarifes und bei Beginn eines neuen Kalenderjahres abzugeben. Entsprechend der Erklärung des Mitgliedes erfolgt eine Einstufung in eine der Tarifklassen 1, 2 oder 3. Die Erklärung gilt für das jeweilige Kalenderjahr und ist bindend für die Höhe des Selbstbehaltes. Dies gilt auch dann, wenn sich zu einem späteren Zeitpunkt ergibt, dass die voraussichtlichen oder tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen von der Erklärung abweichen. Unterschreitet die tatsächliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen die für die jeweilige Tarifklasse nach Abs. 2 maßgebende Einkommensgrenze durch Zeiten, in denen das Mitglied seine Beiträge nicht selbst trägt, wird das Mitglied rückwirkend für das Kalenderjahr in die nächst niedrigere Tarifklasse, mindestens jedoch in die Tarifklasse 1 eingestuft. Macht das Mitglied keine Angaben zur Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen für das neue

Kalenderjahr, wird es entsprechend seiner ersten Erklärung eingestuft.

- (4) Erstreckt sich die Zugehörigkeit zum Selbstbehalttarif nicht auf ein ganzes Kalenderjahr, gilt für die Einstufung in eine der Tarifklassen je angefangenem Kalendermonat der Tarifzugehörigkeit 1/12 der für Tarifklassen nach Abs. 2 maßgeblichen Beträge.
- (5) Unterschreitet die tatsächliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen die für die jeweilige Tarifklasse nach Abs. 2 maßgebende Einkommensgrenze, wird die Prämie in Höhe der nächst niedrigeren Tarifklasse gezahlt. Unterschreitet die tatsächliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen die Einkommensgrenze für die Tarifklasse 1, wird die Prämie für die Tarifklasse 1 gezahlt, jedoch nicht mehr als 20 v.H. der vom Mitglied getragenen Beiträge ohne den Beitragszuschuss nach § 257 Abs. 1 SGB V. Bei gleichzeitiger Wahl eines Tarifes nach § 7b ist die Höhe der Prämie auf insgesamt 30 v.H. der vom Mitglied getragenen Beiträge incl. Prämienzahlung nach § 242 SGB V ohne den Beitragszuschuss nach § 257 Abs. 1 SGB V begrenzt.
- (6) An die Wahl des Selbstbehalttarifes ist das Mitglied für drei Jahre ab Beginn der Tarifzugehörigkeit gebunden. Die Zugehörigkeit verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn das Mitglied nicht schriftlich mindestens mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf der Kündigungsfrist kündigt. Die Mitgliedschaft zur IKK kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Anlauf der Frist nach Satz 1 gekündigt werden. Ermäßigt sich die Prämie oder erhöht sich der Selbstbehalt für den Wahltarif, entfällt die Bindungsfrist, wenn der Versicherte erklärt, nicht erneut für drei Jahre an den Wahltarif gebunden sein zu wollen. Ansonsten endet die Tarifzugehörigkeit mit dem Ende der Mitgliedschaft.
- (7) Die Zugehörigkeit zum Wahltarif beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung folgenden Kalendermonat. Wird die Zugehörigkeit zum Wahltarif bis zum 28.02.2009 erklärt, beginnt die Zugehörigkeit am 01.01.2009.
- (8) Das Mitglied kann den Selbstbehalttarif in besonderen Härtefällen vorzeitig schriftlich kündigen. Ein besonderer Härtefall liegt insbesondere bei eingetretener finanzieller Hilfsbedürftigkeit wegen des Bezuges von Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII vor. Das Vorliegen von Hilfebedürftigkeit ist durch geeignete Unterlagen nachzuweisen. Die Tarifzugehörigkeit endet in diesen Fällen mit Ablauf des Monats der Kündigung.

- (9) Auf den Selbstbehalt werden alle Leistungen mit Ausnahme der primären Prävention (§§ 20 – 20d SGB V), ambulanter Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB Abs. 1 SGB V), Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V), Individualprophylaxe (§ 22 SGB V), zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 SGB V), Schwangerenvorsorge (§ 196 RVO) sowie vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen angerechnet.
- (10) Auf Antrag erhält das Mitglied bei Beginn des Tarifes sowie bei Beginn eines neuen Kalenderjahres einen Vorschuss in Höhe von 50 v.H. der Prämie der gewählten Tarifklasse. Die Vorschussgewährung bei Beginn eines neuen Kalenderjahres setzt voraus, dass die Höhe der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Vorjahres die für die gewählte Tarifklasse maßgebende Einkommensgrenze nicht unterschritten hat.
- (11) Die IKK berechnet die Zahlungsverpflichtung bzw. den Zahlungsanspruch des Mitglieds durch Subtraktion des vom Mitglied zu tragenden Selbstbehalts und des gewährten Vorschusses von der dem Mitglied zu gewährenden Prämie im zweiten Quartal des Jahres nach Ablauf des Abrechnungsjahres. Dabei werden nur die während der Tarifzugehörigkeit für die Beitragsberechnung fällig werdenden beitragspflichtigen Einnahmen für die Ermittlung der Prämie und die während der Tarifzugehörigkeit anfallenden Leistungen für die Ermittlung des Selbstbehaltes berücksichtigt. Das Mitglied hat dazu die Höhe der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen durch geeignete Belege nachzuweisen, soweit der IKK die benötigten Daten nicht anderweitig zur Verfügung stehen. Ist die dem Mitglied zu zahlende Prämie höher als der Selbstbehalt und der Vorschuss, zahlt die IKK dem Mitglied den übersteigenden Betrag bis spätestens 30.06. des Jahres auf das Konto des Mitgliedes aus. Ergibt sich aus der Abrechnung nach Satz 1 eine Zahlungsverpflichtung des Mitgliedes, fordert die IKK das Mitglied bis spätestens 30.06. des Jahres mit einer Frist von 14 Tagen zur Zahlung des Betrages auf. Kommt das Mitglied seiner Zahlungsverpflichtung trotz Mahnung nicht nach, kann diese mit einem erneuten Prämienanspruch verrechnet werden.
- (12) Für Mitglieder, die einen Tarif nach § 7g (Teilkostenerstattungstarif) gewählt haben, reduzieren sich die Prämien und Selbstbehalte nach Abs. 2 um den Vomhundertsatz, der ihrem Beihilfeanspruch entspricht.

**§ 7b****Beitragsrückgewähr**

- (1) Mitglieder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können den Tarif Beitragsrückgewähr wählen. Mitglieder, die diesen Tarif gewählt haben, erhalten eine Prämie, wenn ihre Mitgliedschaft im Kalenderjahr länger als 3 Monate bestanden hat und sie und ihre familienversicherten Angehörigen ab vollendetem 18. Lebensjahr im Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der IKK mit Ausnahme der primären Prävention (§§ 20 – 20d SGB V), Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 SGB Abs. 2 SGB V), Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V), Individualprophylaxe (§ 22 SGB V), zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 SGB V) und Schwangerenvorsorge (§ 196 RVO)) in Anspruch genommen haben.
- (2) Für die Höhe der Prämien gelten die Tarifklassen 1 bis 3 mit den jeweils geltenden Einkommensgrenzen nach § 7a. Die Höhe der Prämie ist gestaffelt nach der Anzahl der Kalenderjahre ohne Leistungsanspruchnahme. Sie beträgt innerhalb von je drei Jahren
- |    |   |            |
|----|---|------------|
| a) | nach einem leistungsfreien Jahr in der Tarifklasse 1  | 50,- EUR,  |
|    | in der Tarifklasse 2                                  | 100,- EUR  |
|    | und in der Tarifklasse 3                              | 200,- EUR, |
| b) | nach zwei leistungsfreien Jahren in der Tarifklasse 1 | 75,- EUR,  |
|    | in der Tarifklasse 2                                  | 150,- EUR  |
|    | und in der Tarifklasse 3                              | 250,- EUR, |
| c) | nach drei leistungsfreien Jahren in der Tarifklasse 1 | 100,- EUR, |
|    | in der Tarifklasse 2                                  | 200,- EUR  |
|    | und in der Tarifklasse 3                              | 300,- EUR, |
- (3) Erstreckt sich die Zugehörigkeit zum Beitragsrückgewährtarif nicht auf ein ganzes Kalenderjahr, gilt für die Einstufung in eine der Tarifklassen je angefangenem Kalendermonat der Tarifzugehörigkeit 1/12 der für Tarifklassen nach Abs. 2 maßgeblichen Beträge.

- (4) Unterschreitet die tatsächliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen die für die jeweilige Tarifklasse nach Abs. 2 maßgebende Einkommensgrenze, wird die Prämie in Höhe der nächst niedrigeren Tarifklasse gezahlt. Unterschreitet die tatsächliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen die Einkommensgrenze für die Tarifklasse 1, wird eine Prämie in Höhe von 1/12 der gezahlten Beiträge, jedoch nicht mehr als die Prämie der Tarifklasse 1 gezahlt. Bei gleichzeitiger Wahl eines Tarifes nach § 7b ist die Höhe der Prämie auf insgesamt 30 v.H. der vom Mitglied getragenen Beiträge incl. Prämienzahlung nach § 242 SGB V ohne den Beitragszuschuss nach § 257 Abs. 1 SGB V begrenzt.
- (5) An die Wahl des Beitragsrückgewährtarifes ist das Mitglied für drei Jahre ab Beginn der Tarifzugehörigkeit gebunden. Die Zugehörigkeit verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn das Mitglied nicht schriftlich mindestens mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf der Kündigungsfrist kündigt. Die Mitgliedschaft zur IKK kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Anlauf der Frist nach Satz 1 gekündigt werden. Ermäßigt sich die Prämie für den Wahltarif, entfällt die Bindungsfrist, wenn der Versicherte erklärt, nicht erneut für drei Jahre an den Wahltarif gebunden sein zu wollen. Ansonsten endet die Tarifzugehörigkeit mit dem Ende der Mitgliedschaft.
- (6) Die Zugehörigkeit zum Wahltarif beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung folgenden Kalendermonat. Wird die Zugehörigkeit zum Wahltarif bis zum 28.02.2009 erklärt, beginnt die Zugehörigkeit am 01.01.2009.
- (7) Das Mitglied kann den Beitragsrückgewährtarif in besonderen Härtefällen vorzeitig schriftlich kündigen. Ein besonderer Härtefall liegt insbesondere bei eingetretener finanzieller Hilfsbedürftigkeit wegen des Bezuges von Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII vor. Das Vorliegen von Hilfebedürftigkeit ist durch geeignete Unterlagen nachzuweisen. Die Tarifzugehörigkeit endet in diesen Fällen mit Ablauf des Monats der Kündigung.
- (8) Die IKK ermittelt den Zahlungsanspruch des Mitglieds im zweiten Quartal des Jahres nach Ablauf des Abrechnungsjahres. Dabei werden nur die während der Tarifzugehörigkeit für die Beitragsberechnung fällig werdenden beitragspflichtigen Einnahmen für die Ermittlung der Prämie und die während der Tarifzugehörigkeit anfallenden Leistungen für die Ermittlung des Prämienanspruchs berücksichtigt. Das Mitglied hat dazu die Höhe der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen durch geeignete Belege nachzuweisen, soweit der IKK die benötigten Daten nicht

anderweitig zur Verfügung stehen und zu erklären, dass es keine Leistungen mit Ausnahme der in Abs. 1 genannten in Anspruch genommen hat. Ergibt sich aufgrund von Überprüfungen der Abrechnungsunterlagen, dass das Mitglied oder ein nach § 10 SGB V versicherter Familienangehöriger entgegen der Erklärung nach Satz 3 Leistungen in Anspruch genommen hat, fordert die IKK das Mitglied unverzüglich mit einer Frist von 14 Tagen zur Rückzahlung der Prämie auf. Kommt das Mitglied seiner Zahlungsverpflichtung trotz Mahnung nicht nach, kann diese mit einem erneuten Prämienanspruch verrechnet werden.

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

§ 7b eingefügt durch den 16. Nachtrag vom 04.12.2008

**§ 7c**

**Zuzahlungsermäßigungen bei Teilnahme an besonderen Versorgungsformen**

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

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

- (2) Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73c, 137f oder 140a SGB V teilnehmen, erhalten Zuzahlungsermäßigungen in Höhe von 25 v.H. der nach den Bestimmungen des SGB V zu leistenden Zuzahlung.
- (3) Die IKK führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierten Versorgungsmodelle und die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten / integrierten Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die IKK stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.

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

**§ 7d**  
**zusätzliche Kostenerstattung**

Nicht besetzt

**§ 7e**  
**zusätzliches Leistungsangebot**

Nicht besetzt.

**§ 7f**

**Krankengeld**

(1) Mitglieder, deren Anspruch auf Krankengeld nach

1. § 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V (Hauptberuflich selbständig Erwerbstätige)
2. § 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V (Arbeitnehmer ohne Entgeltfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall)

ausgeschlossen ist, und Mitglieder nach § 46 S. 2 SGB V können einen Anspruch auf Krankengeld nach Maßgabe der Abs. 2 – 10 wählen.

(2) Anspruch auf Krankengeld besteht für Arbeitsunfähigkeitszeiten, die nach der Wahl des Krankengeldtarifes und nach dem Beginn des Wahltarifes beginnen.

(3) Der Krankengeldanspruch beginnt für

1. Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 1 mit Beginn der siebenten Woche einer Arbeitsunfähigkeitszeit
2. Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 2 mit dem Tag nach Ablauf des Entgeltfortzahlungsanspruches nach § 3 Abs. 1 EFZG.
3. Mitglieder nach § 46 S. 2 SGB V mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit.

(4) Der Krankengeldanspruch ist für Arbeitsunfähigkeitszeiten ausgeschlossen, die

1. vor der Wahl des Wahltarifes
2. vor Beginn des Wahltarifes

eingetreten sind, es sei denn, ein über den 31.12.2008 hinausgehender

Krankengeldanspruch ist nach dem bis zum 31.12.2008 geltenden Recht bereits vor dem 01.01.2009 entstanden.

- (5) §§ 49 Abs. 1 Nr. 2-5 und 51 SGB V gelten entsprechend.
- (6) Das Krankengeld wird bis zur Dauer von 78 Wochen innerhalb eines Zeitraumes von je drei Jahren, gerechnet vom Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit ab Beginn des Wahltarifes an, gezahlt. Alle Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb eines Dreijahreszeitraumes werden auf die Krankengelddauer angerechnet. Die Wartezeit nach Abs. 3 wird auf die Dauer nach Satz 1 angerechnet. Ein neuer Anspruch zu Beginn eines neuen Dreijahreszeitraumes besteht nur, wenn zu Beginn der neuen Arbeitsunfähigkeitszeit mindestens ein halbes Jahr keine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Im Übrigen endet der Anspruch auf Krankengeld mit dem Ende des Wahltarifes.
- (7) Das Krankengeld berechnet sich
1. für Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 1 aus dem zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit der monatlichen Beitragsbemessung gem. § 240 SGB V zu Grunde zu legenden Arbeitseinkommens. Für die Berechnung des Krankengeldes werden Tarifklassen nach Einkommensgruppen gebildet, denen das Einkommen nach Satz 1 zuzuordnen ist. Tarifklassen nach Einkommensgruppen sind

Tarifklasse	Einkommen bis
G	3.600,00 €
F	3.000,00 €
E	2.400,00 €
D	1.800,00 €
C	1.200,00 €
B	900,00 €
A	600,00 €

Das Krankengeld beträgt 75 v.H. der Obergrenze der jeweiligen Tarifklasse geteilt durch 30.

2. für die übrigen Mitglieder nach § 47 SGB V.

Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist es für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

- (8) Für Krankengeld-Wahltarife sind Prämien zu entrichten. Mit den Prämien werden die Aufwendungen für den Wahltarif finanziert. Die Höhe der Prämie bemisst sich

1. für Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 1 nach der Höhe des Krankengeldes gem. Abs. 7 Nr. 1 (Tarifklassen) und nach dem Alter (Tarifgruppen). Die Mitglieder werden dazu in die Altersgruppen

- a) bis 30 Jahre
- b) 31 – 45 Jahre
- c) 46 – 60 Jahre
- d) ab 61 Jahre

eingeteilt.

2. für die übrigen Mitglieder in Höhe von 1,5 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen.

- (9) Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt für Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 1

		Tarifgruppe	1	2	3	4
Tarifklasse	Einkommen bis	tgl. KG	bis 30 Jahre	bis 45 Jahre	bis 60 Jahre	ab 61 Jahre
G	3.600,00 €	90,00 €	14,27 €	35,10 €	51,01 €	71,37 €
F	3.000,00 €	75,00 €	11,90 €	29,25 €	42,51 €	59,48 €
E	2.400,00 €	60,00 €	9,52 €	23,40 €	34,01 €	47,58 €
D	1.800,00 €	45,00 €	7,14 €	17,55 €	25,51 €	35,69 €
C	1.200,00 €	30,00 €	4,76 €	11,70 €	17,00 €	23,79 €

B	900,00 €	22,50 €	3,58 €	8,78 €	12,75 €	17,85 €
A	600,00 €	15,00 €	2,38 €	5,85 €	8,50 €	11,90 €

- (10) Die Prämie ist monatlich zu zahlen. Die Prämie wird am 15. des Monats, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten ist, fällig. Das Krankengeld wird gegen fällige Prämien, die nicht entrichtet worden sind, aufgerechnet. Für Prämien, die der Zahlungspflichtige nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden als Verzugszinsen ab Beginn des auf die Fälligkeit folgenden Monats 1 v.H. des rückständigen auf den nächsten durch 10 teilbaren und nach unten abgerundeten Betrages, mindestens jedoch 1 EUR fällig.
- (11) Der Wahltarif beginnt bei erstmaligem Antrag bis zum 31.01.2009 am 01.01.2009, ansonsten mit Beginn des auf den Antrag folgenden Kalendervierteljahres.
- (12) An den Wahltarif sind Mitglieder für mindestens drei Jahre gerechnet vom Beginn des Wahltarifes an, gebunden. Erhöht sich die Prämie für den Wahltarif, entfällt die Bindungsfrist, wenn der Versicherte erklärt, nicht erneut für drei Jahre an den Wahltarif gebunden sein zu wollen. Der Wahltarif und damit Anspruch auf Krankengeld endet mit Ablauf des Monats der Zubilligung einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder wegen Alters. Auf Antrag endet der Wahltarif auch bei Eintritt sozialer Notlagen. Als Notlage nach Satz 4 gelten insbesondere der Eintritt des Bezuges von Leistungen nach dem SGB II und dem SGB XII. Der Wahltarif endet auch, wenn keine hauptberuflich selbständige Tätigkeit mehr ausgeübt wird oder Insolvenz beantragt wird.
- (13) Abweichend von Abs. 7 können Mitglieder nach Abs. 1 Nr. 1 wählen, dass ihr Krankengeld nach § 47 Abs. 4 S. 2 SGB V berechnet wird. In diesen Fällen berechnet sich die Prämie abweichend von den Abs. 8 und 9 in Höhe des Prozentsatzes der beitragspflichtigen Einnahmen, der sich aus der Differenz zwischen dem ermäßigten Beitragssatz (§ 243 SGB V) und allgemeinen Beitragssatz (§ 241 SGB V) ergibt. Für Mitglieder, die den

Wahltarif bereits vor Inkrafttreten dieser Regelung gewählt haben, erfolgt die Umstellung des Tarifes bei Erklärung bis zum 30.04.2009 zum 01.04.2009, ansonsten zum Beginn des auf die Erklärung zur Umstellung folgenden Kalendermonats.

Abs. 13 eingefügt durch den 17. Nachtrag vom 26.03.2009

§ 7f eingefügt durch den 14. Nachtrag vom 17.09.2008

**§ 7g**

**Teilkostenerstattungstarif**

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

§ 7g eingefügt durch den 15. Nachtrag vom 17.09.2008

§ 8

**Mehrleistungen zur häuslichen Krankenpflege**

Nicht besetzt.

**§ 9****Stationäre Hospize**

Versicherte erhalten im Rahmen des § 39 a SGB V einen kalendertäglichen Zuschuss zur stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen in Höhe von 6 v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (Bezugsgröße West). Der Zuschuss darf unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nicht überschreiten.

**§ 10**  
**Krankengeld**

(1) Beschränkung für freiwillige Mitglieder

1. Für freiwillige Mitglieder (§ 9 SGB V), die nicht in einem Arbeitsverhältnis oder Berufsausbildungsverhältnis stehen, werden die Leistungen durch Wegfall des Krankengeldes beschränkt.
2. Mit Anspruch auf Krankengeld können auch freiwillige Mitglieder versichert werden, deren Arbeitsverhältnis oder Berufsausbildungsverhältnis wegen Wechsels des Arbeitgebers für längstens sieben Kalendertage unterbrochen wird; die Verlängerung der Unterbrechung durch Arbeitsunfähigkeit ist unschädlich
3. Freiwillige Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis oder Berufsausbildungsverhältnis (berufliche Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung) stehen, werden mit Anspruch auf Krankengeld ab Beginn der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit versichert.
4. Freiwillige Mitglieder, die selbständig tätig sind, können wahlweise mit Anspruch auf Krankengeld ab Beginn der fünften bzw. der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an versichert werden. Voraussetzung dafür ist, dass der Antragsteller glaubhaft macht, dass sich bei Arbeitsunfähigkeit sein Einkommen um mehr als die Hälfte mindern würde.
5. Für freiwillig versicherte Selbständige sowie freiwillig krankenversicherte, rentenversicherungsfreie, nicht rentenversicherungspflichtige oder von der Rentenversicherungspflicht befreite Arbeitnehmer, die
  - a) das 65. Lebensjahr vollendet haben oder
  - b) deren Erwerbsfähigkeit nach Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erheblich gefährdet oder gemindert (§ 51 Abs. 1 SGB V) ist, werden die Leistungen der IKK durch Wegfall des Krankengeldes beschränkt. Bezieht der Versicherte zum Zeitpunkt der Feststellung der erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit durch den Medizinischen Dienst Krankengeld, so endet der Anspruch auf Krankengeld spätestens 10 Wochen nach der Feststellung. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen

für den Bezug einer Erwerbsunfähigkeitsrente erfüllt und diese Rente beantragt ist.  
Die Regelung nach diesem Absatz ist auch auf bestehende Versicherungsverhältnisse  
anzuwenden.

§ 10 i.d.F. vom 01.01.2004, nachträglich genehmigt durch das BVA mit Schreiben vom 29.01.2008

**§ 11****Teilkostenerstattung**

- (1) Auf Antrag des Berechtigten nach § 14 SGB V tritt an die Stelle der nach dem SGB V vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung. Grundlage für die Erstattung sind die Kosten, die der IKK bei der Gewährung von Sachleistungen entstanden wären. Erstattet wird davon der Prozentsatz, der durch die Beihilfe nicht gedeckt ist.
- (2) Der Antrag auf Teilkostenerstattung ist schriftlich einzureichen. Die Entscheidung wirkt ab Eingang des Antrags. Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.
- (3) Wer bereits am 31.07.2001 gemäß § 14 SGB V berechtigt war und bis zum 31.07.2001 einen Antrag auf Teilkostenerstattung gestellt hat, für den tritt an die Stelle der nach dem SGB V vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung in Höhe der Differenz zwischen dem Beihilfebemessungssatz des Versicherten und 100 v.H. Erstattungsfähig sind die beihilfefähigen Aufwendungen des Versicherten. Für die Durchführung des Erstattungsverfahrens gelten die entsprechenden Regelungen der auf den Versicherten anwendbaren Beihilfevorschriften.
- (4) Berechtigte in diesem Sinne sind auch die Versorgungsempfänger.

**§ 12****Kostenerstattung**

- (1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Hierüber haben Versicherte die IKK vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der IKK übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung schriftlich zu bestätigen. Nicht im vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der IKK in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung ist nur möglich, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
- (2) Das Wahlrecht nach Abs. 1 wird durch eine schriftliche Erklärung ausgeübt. Der Versicherte ist an die gewählte Kostenerstattung (Abs. 1) mindestens 1 Jahr jeweils bis zum Ende eines Kalendervierteljahres gebunden.
- (3) Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich.
- (4) Die Aufwendungen des Versicherten werden bis zur Höhe der Kosten erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sachleistung entstanden wären. Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für Verwaltungskosten sowie nicht stattfindende Wirtschaftlichkeitsprüfungen um 5 v. H., mindestens jedoch um 2,50 EUR, höchstens 40,00 EUR zu mindern.
- (5) Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage der Originalrechnungen. Hat der Versicherte vor der Inanspruchnahme kostspieliger Leistungen Vorschüsse zu zahlen, so werden bei Vorlage der Einzahlungsbelege Abschläge auf den voraussichtlichen Erstattungsbetrag gewährt.
- (6) Der Versicherte kann die gewählte Kostenerstattung nach Ablauf der in Abs. 2 genannten Mindestdauer jederzeit durch schriftliche Erklärung widerrufen.

**§ 12a**

**Kostenerstattung im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum**

- (1) Versicherte, die Leistungserbringer in einem anderen Staat im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum anstelle der Sach- oder Dienstleistung in Anspruch nehmen, erhalten im Rahmen des § 13 Abs. 4 und 5 SGB V Kostenerstattung.
- (2) Der Anspruch besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die IKK bei Erbringung als Sachleistung abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen im Inland zu tragen hätte. Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für Verwaltungskosten sowie fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen um 6,5 v.H., mindestens jedoch um 3,50 €, höchstens 50,00 € zu mindern.
- (3) Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage der Rechnungen. Hat der Versicherte vor der Inanspruchnahme kostspieliger Leistungen Vorschüsse zu zahlen, so werden bei Vorlage der Einzahlungsbelege Abschläge auf den voraussichtlichen Erstattungsbetrag gewährt.

§ 12a i.d.F. des ersten Nachtrages vom 15.04.2004

**§ 12b**

**Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen**

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

§ 12b seit der Fassung des elften Nachtrages vom 06.12.2007, vorher § 12d, 12b und § 12c wurden gestrichen

§ 13

- nicht besetzt -

**VIERTER ABSCHNITT**  
**Beiträge**

**§ 14**

**§ 14**

**Beitragsbemessung**

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

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

§ 15

**Sonderregelungen über beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessung für  
freiwillige Mitglieder, Rentenantragsteller sowie Mitglieder nach § 192 Abs. 2  
SGB V und § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V**

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

**§ 16**

**Fälligkeit und Zahlung der Beiträge**

Für die Fälligkeit der Beiträge zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) gilt § 23 SGB IV.

§ 16 i.d.F. des 18. Nachtrages vom 05.05.2009

**§ 16a**

**Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V**

**Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge**

Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Abs. 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag

1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
2. unter den in Satz 2 und 3 genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Abs. 4a SGB V zu zahlen ist,
3. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.

Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als drei Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben oder auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 16 a eingefügt durch elften Nachtrag vom 06.12.2007

§ 17

**Vorschüsse/Erstattungen**

Von Arbeitgebern,

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

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

**FÜNFTER ABSCHNITT**  
**Besonderer Ausschuss**

**§ 18**

**§ 18**  
**Besonderer Ausschuss**

- (1) Der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird einem besonderen Ausschuss (Widerspruchsstelle) übertragen (§ 36 a Abs. 1 SGB IV). Der besondere Ausschuss bildet für die Regionen Sachsen-Anhalt sowie Bremen/Bremerhaven jeweils einen Unterausschuss mit Sitz in Magdeburg und Bremen.
- (2) Für jedes Mitglied wird ein Stellvertreter bestellt. Die Mitglieder gehören je zur Hälfte der Gruppe der Versicherten und der Arbeitgeber an.
- (3) Der Verwaltungsrat bestellt die Mitglieder und ihre Stellvertreter. Die Amtsdauer richtet sich nach § 58 Abs. 2 SGB IV. Zu Mitgliedern der Widerspruchsstelle dürfen nur Personen bestellt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied der IKK erfüllen.
- (3) Der Verwaltungsrat hat ein Mitglied der Widerspruchsstelle durch Beschluss von seinem Amt zu entbinden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt oder wenn die Voraussetzungen der Wählbarkeit nicht vorgelegen haben oder nachträglich weggefallen sind. Jedes Mitglied hat dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates unverzüglich Veränderungen anzuzeigen, die seine Wählbarkeit berühren.

Verstößt ein Mitglied der Widerspruchsstelle in grober Weise gegen seine Amtspflichten, hat der Verwaltungsrat das Mitglied durch Beschluss seines Amtes zu entheben. Der Verwaltungsrat kann die sofortige Vollziehung des Beschlusses anordnen. Die Anordnung hat die Wirkung, dass das Mitglied sein Amt nicht ausüben kann.

Für stellvertretende Mitglieder der Widerspruchsstelle gelten diese Regelungen entsprechend.

- (4) Die Widerspruchsstelle ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit gilt der Widerspruch als abgelehnt. Die

Entscheidungen der Widerspruchsstelle sind von den an der Entscheidung mitwirkenden Mitgliedern zu unterzeichnen.

- (6) Für die Widerspruchsstelle gilt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates sinngemäß.
- (7) Die Widerspruchsstelle nimmt die Befugnisse der IKK nach § 69 OWiG wahr (§ 112 Abs. 2 SGB IV).

## **SECHSTER ABSCHNITT**

### **Organe**

**§ 19**

#### **§ 19**

#### **Organe der IKK**

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

§ 20

Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat besteht aus je 13 Mitgliedern der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter.
- (2) Die Wahl des Vorsitzenden des Verwaltungsrates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich jeweils am 01. 01. eines Jahres (§ 62, Abs. 3 SGB IV).  
Abs. 2 i.d.F. d. 1. Nachtrages vom 15.04.2004
- (3) Für die Stellvertretung verhinderter Mitglieder des Verwaltungsrates gilt § 43 Abs. 2 i.V.m. § 40 SGB IV. Stellvertreter sind die als solche in der Vorschlagsliste benannten und verfügbaren Personen in der Reihenfolge ihrer Aufstellung.
- (4) Der Verwaltungsrat hat die ihm von Gesetz und Satzung zugewiesenen Aufgaben wahrzunehmen. Ihm obliegen insbesondere:
  1. Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates,
  2. Wahl des Vorstandes und Beauftragung eines leitenden Beschäftigten als Stellvertreter,
  3. Amtsenthebung und –entbindung des Vorstandes,
  4. Amtsenthebung und –entbindung von Mitgliedern des Verwaltungsrates,
  5. Anstellung, Festlegung der Vertragsbedingungen oder Auflösung des Vertrages der gewählten Vorstandsmitglieder,
  6. Überwachung des Vorstandes,
  7. Vertretung der IKK durch seine Vorsitzenden gegenüber dem Vorstand,
  8. Entscheidung über die Besetzung von Ausschüssen,
  9. Entscheidung über alle Angelegenheiten, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
  10. Beschluss der Satzung und sonstiges Recht der IKK,
  11. Feststellung des Haushaltsplans,
  12. Abnahme der Jahresrechnung,
  13. Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung,
  14. Beschluss über die vom Vorstand aufgestellte Dienstordnung und Stellenplan.

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

Nr. 15 angefügt durch 12. Nachtrag

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

**§ 21**  
**Vorstand**

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

Nr. 10 angefügt durch 12. Nachtrag

**§ 22**

**Versichertenälteste, Vertrauensleute**

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

(5) Aufgaben der Vertrauensleute sind insbesondere

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

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

Abs. 6 i.d.F. d. 1. Nachtrages vom 15.04.2004

**§ 23**

**Amtsdauer, Entschädigung und Haftung der Organmitglieder**

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

§ 24

**Datenschutz**

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

§ 25

**Auskunft an Versicherte**

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

**SIEBENTER ABSCHNITT**  
**Verwaltung der Mittel**

**§ 26**

**§ 26**

**Rücklage**

Die Rücklage nach § 261 SGB V beträgt 25 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Zwecke.

§ 27

**Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und**  
**Abnahme der Jahresrechnung**

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

## ACHTER ABSCHNITT

### **Ausgleich der Arbeitgebereaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgebereaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)**

§ 28

#### § 28

#### **usgleich der Arbeitgebereaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgebereaufwendungen für Entgeltfortzahlung**

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

**NEUNTER ABSCHNITT**  
**Bekanntmachung und Inkrafttreten**

**§ 29**

**§ 29**

**Bekanntmachung**

Die Bekanntmachungen der IKK werden:

1. durch Aushang in den Geschäftsräumen der IKK,
2. Satzungsneufassungen und -änderungen außerdem durch vollständigen Text im Internet

veröffentlicht.

Die Aushangfrist beträgt eine Woche.

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

§ 29 i.d.F. des ersten Nachtrages vom 15.04.2004

**§ 30**  
**Inkrafttreten**

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

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

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

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

Der dritte Nachtrag zur Satzung tritt am 01.07.2004 in Kraft.

Der vierte Nachtrag zur Satzung tritt am 01.01.2005 in Kraft.

Der fünfte Nachtrag zur Satzung tritt am 01.07.2005 in Kraft.

Der sechste Nachtrag zur Satzung tritt am 01.01.2006 in Kraft.

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

Der achte Nachtrag zur Satzung tritt am 01.07.2006 in Kraft.

Der neunte Nachtrag zur Satzung wurde zurückgezogen.

Der zehnte Nachtrag zur Satzung tritt am 01.04.2007 in Kraft.

Der elfte Nachtrag tritt wie folgt in Kraft:

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

Der zwölfte Nachtrag tritt am 01.01.2008 in Kraft.

Der dreizehnte Nachtrag tritt am 01.08.2008 in Kraft.

Der vierzehnte und der fünfzehnte Nachtrag treten am 01.01.2009 in Kraft.

Der sechzehnte Nachtrag tritt am 01.01.2009 in Kraft.

Der Siebzehnte Nachtrag tritt am 01.04.2009 in Kraft.

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

Der 19. Nachtrag tritt am 01.08.2009 in Kraft.

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

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

**§ 1**

**§ 1**

**Organe, Vorsitz**

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

**§ 2**

**Widerspruchsstelle, Einspruchsstelle**

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

**§ 3**

**Haushaltsplan, Jahresrechnung**

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

§ 4

**Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber**

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

**§ 5**

**Meldungen**

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

**§ 6****Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage**

- (1) Der Umlagesatz für das U1-Verfahren beträgt nach § 7 Abs. 2 Satz 1 AAG
- |                      |           |
|----------------------|-----------|
| - allgemeine Umlage: | 1,90 v.H. |
| - erhöhte Umlage:    | 3,70 v.H. |
| - ermäßigte Umlage:  | 1,30 v.H. |

§ 6 i.d.F. des 13. Nachtrages vom 26.06.2008

- (2) Die IKK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern auf Antrag 50 v.H. (allgemeine Umlage) des an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts und der an Auszubildende fortgezahlten Vergütung (Aufwendungen aus Anlass der Krankheit).
- (3) Ohne Antrag des Arbeitgebers beträgt der Erstattungssatz 70 v.H. (erhöhte Umlage).
- (4) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz auf 40 v.H. (ermäßigte Umlage) ermäßigt.
- (5) Der Antrag ist bei Feststellung der Teilnahme am Ausgleichsverfahren durch die IKK bis zum Ende des Monats der Feststellung, bei Beginn eines neuen Kalenderjahres bis zum Ende des Monats Januar bei der IKK einzureichen. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden. Macht der Arbeitgeber bei erneuter Antragsmöglichkeit von seinem Wahlrecht innerhalb der in Satz 1 genannten Frist keinen Gebrauch, gilt der zuletzt beantragte, bei erstmaliger Antragsmöglichkeit der erhöhte Erstattungssatz. Wird ein Umlagesatz oder werden mehrere Umlagesätze nach Nr. 1 durch Beschlussfassung des Verwaltungsrates geändert, so steht den Arbeitgebern ein Wahlrecht eines neuen Erstattungssatzes bis zum Ende des Monats nach Inkrafttreten der geänderten Umlagesätze zu.
- (6) Der Umlagesatz für das U2-Verfahren beträgt 0,30 v.H.

Abs. 6 i.d.F. des 19. Nachtrages vom 10.06.2009

**§ 7****Betriebsmittel**

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

§ 8**Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber**

- (1) Die IKK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern
  1. entsprechend ihrer Wahl nach § 6 Abs. 2 bis 4 40 v.H., 50 v.H. oder 70 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen und Auszubildende fortgezahlt Arbeitsentgelts. Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages wird das fortgezahlte Entgelt bis zu dem in § 159 SGB VI genannten Betrag berücksichtigt.
  2. 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld und des vom Arbeitgeber nach § 11 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts (Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft),
  3. einen Zuschlag in Höhe von 10 v. H. des fortgezahlten Arbeitsentgelts als Abgeltung der von dem Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und der Arbeitgeberanteile an den Beiträgen zur gesetzlichen Kranken-, Renten-, und Pflegeversicherung und der Beiträge nach § 172 SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI, jedoch nicht mehr als vom Arbeitgeber Beitragsanteile zu tragen sind,
  4. einen Zuschlag in Höhe von 20 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 11 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts, zur Abgeltung der vom Arbeitgeber ggf. zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und zur gesetzlichen Kranken- und Renten- und Pflegeversicherung und der Beiträge nach § 172 SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und § 61. Für Entgeltfortzahlungsfälle, die bereits eingetreten sind, kann durch die

Änderung der Satzung die Erstattung zwar erhöht, nicht aber herabgesetzt werden.

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

**§ 9**

**Inkrafttreten**

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

**ANHANG 2**  
**ZUR SATZUNG DER IKK GESUND PLUS**

**ENTSCHÄDIGUNGSORDNUNG FÜR DIE ORGANMITGLIEDER DER IKK GESUND PLUS**

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

- 1.1 Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 8 Stunden 6,00 €, bei einer Sitzungsdauer von mindestens 14 Stunden 12,00 €, bei einer Sitzungsdauer von mindestens 24 Stunden 24,00 €. Als Sitzungsdauer gilt die Zeit der notwendigen Abwesenheit des Mitglieds von der Wohnung bzw. regelmäßigen Arbeitsstätte.
- 1.2 Für Übernachtungskosten gilt eine Pauschale von 20,00 €, sofern keine höheren tatsächlichen Kosten nachgewiesen werden. Ist im Übernachtungspreis das Frühstück enthalten, erfolgt eine Kürzung um 4,80 €.
- 1.3 Für Wegstrecken werden die tatsächlichen Beförderungskosten erstattet. Die Organmitglieder haben eigenverantwortlich zu prüfen, welches Beförderungsmittel am zweckmäßigsten ist. Für Bahnfahrten gilt die 2. Klasse. Flugkosten werden in Höhe der Economic- oder Touristenklasse ersetzt. Bei Benutzung des Kraftwagens wird eine Wegstreckenentschädigung in Höhe von 30 Cent pro Kilometer gezahlt.

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

- 2 Der Pauschbetrag für Zeitaufwand beträgt 52,00 EURO je Sitzungstag.
  - 2.1 Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand nach § 41 Abs. 3 SGB IV.
- 3 Zur Abgeltung von baren Auslagen, die durch die Tätigkeit außerhalb der Sitzungen entstehen, werden als Pauschbeträge gezahlt:

- 3.1 dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates, die ihre Aufgaben gemeinsam wahrnehmen, je 77,00 EURO monatlich.
4. Als Pauschbeträge für den Zeitaufwand, der für die Tätigkeit außerhalb der Sitzung erforderlich ist, erhalten:
  - 4.1 der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates, die ihre Aufgaben gemeinsam wahrnehmen, je 416,00 EURO monatlich.
5. Die Entschädigungsordnung tritt mit dem 01.07.2004 in Kraft.  
Ziff. 1.1, 1.2 und 1.3 des i.d.F. des 18. Nachtrages treten am 01.06.2009 in Kraft.

# **GESCHÄFTSORDNUNG FÜR DEN VORSTAND DER *IKK GESUND PLUS***

## **PRÄAMBEL**

Die Gesetzliche Krankenversicherung stellt sich den Herausforderungen des Wettbewerbs und der Modernisierung des Gesundheitswesens. Die Organe der *IKK GESUND PLUS* - nebenamtlicher Verwaltungsrat und Hauptamtlicher Vorstand - sind gehalten, in fairer und konstruktiver Partnerschaft vertrauensvoll zusammenzuarbeiten zum Wohle der Kunden und Mitarbeiter und im Interesse einer effektiven und effizienten Kooperation in der strategischen und operativen Unternehmensführung. Dieses vorausgeschickt, erlässt der Verwaltungsrat für den Vorstand der IKK folgende Geschäftsordnung:

## **AUFGABENABGRENZUNG ZWISCHEN VERWALTUNGSRAT UND VORSTAND**

### **Aufgaben des Verwaltungsrates**

#### 1. Grundsätzliche Aufgaben

- 1.2 Der Verwaltungsrat fällt die Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik zur unternehmenspolitischen Positionierung der IKK am Markt sowie über den Haushalt.
- 1.2 Er kontrolliert den Vorstand und wacht über die Umsetzung der strategischen Ziele durch den Vorstand.

#### 2. Konkrete Aufgaben

Der Verwaltungsrat hat insbesondere folgende konkrete Aufgaben:

- 2.1. die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen;
- 2.2. den Haushaltsplan festzustellen;
- 2.3. den Vorstand zu bestellen, die Dienstverträge des Vorstandes abzuschließen, weitere Ordnungen für den Vorstand zu beschließen (Altersversorgungsregelung, Dienstordnung, andere Regelungen) Vorstandsbestellungen, Anstellungsverträge und weitere Ordnungen sollen im Benehmen mit dem Vorsitzenden des Vorstandes erfolgen;
- 2.4. über die Entlastung des Vorstandes und die Jahresrechnungen zu beschließen;
- 2.5. die IKK gegenüber dem Vorstand und ihren Mitgliedern zu vertreten;
- 2.6. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden oder Gebäudeteilen zu beschließen, soweit die Anschaffungs- und Herstellungskosten z.B. 100 000 € übersteigen;
- 2.7. über die Auflösung der IKK oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen und

- 2.8. die Übernahme von oder die Beteiligung an anderen Unternehmen sowie Kooperationsverträge zu genehmigen.

## **Aufgaben des Vorstandes**

Der Vorstand hat die IKK zum Wohle ihrer Kunden und Mitarbeiter zu leiten. Er hat die laufenden Geschäfte des Unternehmens unter Berücksichtigung der strategischen Zielsetzung des Verwaltungsrates in voller eigener unternehmerischer Verantwortung bei freier Wahl der operativen Methoden und Verfahren zu führen.

### 3. Zusammenarbeit von Verwaltungsrat und Vorstand

#### 3.1. Zuständigkeit

Die Zusammenarbeit zwischen Verwaltungsrat und Vorstand wird von den Vorsitzenden des Verwaltungsrates und dem Vorsitzenden des Vorstandes geregelt. Kommunikation und Information zwischen den Mitgliedern des Verwaltungsrates und des Vorstandes erfolgen grundsätzlich über die Vorsitzenden. Die Besetzung der ersten Führungsebene wird durch den Vorstand im Benehmen mit den Vorsitzenden des Verwaltungsrates vorgenommen.

#### 3.2. Beratung des Verwaltungsrates durch den Vorstand.

Der Vorstand unterstützt die strategische Zielkompetenz des Verwaltungsrates durch Entwurf einer lang- und mittelfristigen Zielplanung für die Sozial- und Gesundheitspolitik, die Marktpositionierung und die Finanzpolitik. Hierbei soll der Vorstand seine Kenntnis der Entwicklungstendenzen im Markt, im Versicherungswesen, in der Produktinnovation und in den strategischen Feldern des Unternehmens einbringen.

In diesem Sinne soll der Vorstand in Abstimmung mit den Verwaltungsratsvorsitzenden die Verwaltungsratssitzungen vorbereiten. Gleiches gilt für die inhaltliche Ausgestaltung und Vorbereitung der Ausschusssitzungen.

#### 3.3. Teilnahme des Vorstandes

Der Vorstand nimmt an den Sitzungen des Verwaltungsrates teil, soweit er nicht aus wichtigem Grund ausgeschlossen wird.

Zielvorstellung ist es, dass bei grundsätzlichen strategischen Beschlüssen für die Zukunft das Einvernehmen mit dem Vorstand besteht.

4. Berichtspflichten des Vorstandes
  - 4.1 Der Vorstand hat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung der IKK zu berichten. Hierfür ist quartalsweise ein Informationssystem für den Verwaltungsrat zu entwickeln und mit den Verwaltungsratsvorsitzenden abzustimmen.
  - 4.2. Weiterhin ist den Verwaltungsratsvorsitzenden aus wichtigen Anlässen zu berichten.
  - 4.3 Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat (Finanzausschuss) nach Erstellung der Jahresrechnung diese vorab vorzulegen und zu erläutern. Desgleichen hat der Vorstand gegen Ende eines jeden Jahres den Haushaltsplan für das kommende Geschäftsjahr vorzulegen und zu erläutern.
5. Ämter des Vorstandes
  - 5.1. Die Mitgliedschaft in Aufsichtsräten und Beiräten ist vom Verwaltungsrat zu genehmigen. Die Übernahme sonstiger Mandate und Ehrenämter ist anzeigepflichtig.
  - 5.2. Über Mitwirkungen in Verbandsgremien informiert der Vorstand den Verwaltungsrat.

Magdeburg, den

---

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

**§ 1**

**Sitzungen**

(1) Der Verwaltungsrat tritt in der Regel viermal jährlich zusammen.

(2) Weitere Sitzungen finden statt, wenn es

a) die Vorsitzenden gemeinsam für notwendig halten oder

b) mindestens ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates oder

c) die Aufsichtsbehörde

verlangt. Im Falle des Buchst. b) ist der Antrag unter Angabe der zu beratenden Angelegenheiten schriftlich beim Vorsitzenden des Verwaltungsrates einzureichen.

**§ 2**  
**Einladung**

- (1) Zu den Sitzungen laden die Vorsitzenden des Verwaltungsrates in Abstimmung mit dem Vorstand schriftlich ein.
- (2) Die Einladung ist den Mitgliedern des Verwaltungsrates in der Regel mindestens 14 Kalendertage vor dem Sitzungstermin zuzusenden.
- (3) Ist ein Mitglied des Verwaltungsrates an der Teilnahme einer Sitzung verhindert, informiert er unverzüglich den Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder den Vorstand. Für den Verhinderten ist, sofern es die Zeit noch zulässt, ein Stellvertreter einzuladen.

**§ 3**

**Tagesordnung**

- (1) Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates stellen im Einvernehmen mit dem Vorstand die Tagesordnung auf. In den Fällen des § 1 Abs. 2 b und c sind die Punkte auf die Tagesordnung zu setzen, die von den Antragstellern bzw. von der Aufsichtsbehörde bezeichnet worden sind.
- (2) Die Tagesordnung ist den Mitgliedern des Verwaltungsrates in der Regel mit der Einladung bekannt zu geben. Beratungsunterlagen sind der Tagesordnung beizufügen.
- (3) Anträge zur Tagesordnung können bis zum Eintritt in die Tagesordnung gestellt werden. Sie sind zu berücksichtigen, wenn sie von der Mehrheit der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates unterstützt werden.
- (4) Vor Eintritt in die Tagesordnung stellt der Leiter der Sitzung die Tagesordnung fest. Über später gestellte Anträge zur Tagesordnung wird nur verhandelt, wenn die Mehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrates zustimmt.

**§ 4**

**Beschlussfähigkeit**

- (1) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- (2) Die Beschlussfähigkeit stellt der Leiter der Sitzung vor Eintritt in die Tagesordnung fest. Die Feststellung der Beschlussfähigkeit ist in die Niederschrift aufzunehmen.
- (3) Ist der Verwaltungsrat nicht beschlussfähig, werden die Mitglieder des Verwaltungsrates für einen späteren Tag mit der noch nicht erledigten Tagesordnung eingeladen. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates kann anordnen, dass der Verwaltungsrat dann in dieser nächsten Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlussfähig ist. Hierauf ist in der Einladung zur nächsten Sitzung hinzuweisen (§ 64 Abs. 1 Satz 2 SGB IV).

**§ 5**

**Sitzungsleitung**

- (1) Der Vorsitzende des Verwaltungsrates eröffnet, leitet und schließt die Sitzung. Er wird im Verhinderungsfall durch den stellvertretenden Vorsitzenden vertreten. Ist auch der stellvertretende Vorsitzende verhindert, so kann der Verwaltungsrat die Leitung der Sitzung einem anderen Mitglied übertragen.
  
- (4) Der Leiter der Sitzung kann Teilnehmern, die seinen zur Leitung der Sitzung oder zur Aufrechterhaltung der Ordnung getroffenen Anordnungen nicht Folge leisten, das Wort entziehen.

**§ 6**

**Teilnahmeberechtigung**

- (1) Die Sitzungen des Verwaltungsrates sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten der IKK, Grundstücksgeschäften, in §§ 203 oder 204 StGB geschützten oder nach § 35 Abs. 1 SGB I geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen sowie Themen mit unternehmenspolitischer Zielsetzung befassen. Der Verwaltungsrat kann die Öffentlichkeit für weitere Beratungspunkte in nichtöffentlicher Sitzung ausschließen. Der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben.
- (2) Der Vorstand nimmt an den Sitzungen des Verwaltungsrates beratend teil. Angestellte der IKK und andere Sachverständige können zu den Sitzungen hinzugezogen werden.
- (3) Ein Mitglied des Verwaltungsrates darf bei der Beratung und Abstimmung nicht anwesend sein, wenn ein Beschluss ihm selbst, einer ihm nahestehenden Person (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 - 3 der Zivilprozessordnung) oder einer von ihm gesetzlich oder kraft Vollmacht vertretenen Person einen unmittelbaren Vorteil oder Nachteil bringen kann. Dies gilt nicht, wenn das Mitglied nur als Angehöriger oder Personengruppe beteiligt ist, deren gemeinsame Interessen durch die Angelegenheit berührt werden. Die Abwesenheit eines Mitglieds des Verwaltungsrates im Sinne dieses Absatzes ist in der Niederschrift zu vermerken.

§ 7

**Anwesenheitsliste**

Für jede Sitzung des Verwaltungsrates ist eine Anwesenheitsliste zu führen. Die Anwesenheitsliste ist der Niederschrift (§10) beizufügen.

## § 8

**Beratung und Abstimmung**

- (1) Gegenstand der Beratung und Abstimmung sind die in der Tagesordnung enthaltenen Beratungspunkte. Jedes anwesende Mitglied des Verwaltungsrates kann zu diesen Punkten Anträge stellen, solange die Beratung des Gegenstandes, auf den sich der Antrag bezieht, noch nicht abgeschlossen ist. Bei mehreren Anträgen in derselben Angelegenheit ist zuerst über den weitest gehenden Antrag abzustimmen. Der Leiter der Sitzung entscheidet, welcher Antrag der weitest gehende ist.
- (2) Der Leiter der Sitzung bestimmt die Art der Abstimmung (z.B. Handerheben, Zuruf, namentliche Abstimmung). Wird von einem der Anwesenden geheime Abstimmung verlangt, so dürfen für die Abstimmung nur die vom Leiter der Sitzung zur Verfügung gestellten Stimmzettel verwendet werden.
- (3) Abstimmungsberechtigt sind nur die Mitglieder des Verwaltungsrates oder die für sie erschienenen Stellvertreter. Jedes Mitglied des Verwaltungsrates führt eine Stimme.
- (5) Der Verwaltungsrat kann in eiligen Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Ob ein eiliger Fall vorliegt, entscheiden die Verwaltungsratsvorsitzenden. Wenn 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten zu beraten und abzustimmen.

**§ 9**

**Beschlussfassung**

Die Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Stimmenthaltungen werden nicht mitgezählt. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt. Kommt auch hierbei eine Mehrheit nicht zustande, so gilt der Antrag als abgelehnt.

**§ 9a**

**Rechtsgeschäfte zwischen der IKK gesund plus und dem IKK-Landesverband  
Sachsen-Anhalt**

Ohne Beratung, Abstimmung und Beschlussfassung des Verwaltungsrates (§§ 8 und 9) sind die Vorsitzenden des Verwaltungsrates ermächtigt, den Vorstand vorab schriftlich die Genehmigung zur Vornahme von Rechtsgeschäften zwischen dem IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt und der IKK gesund plus im Rahmen der Wahrnehmung der dem Vorstand gem. § 21 Abs. 2 der Satzung obliegenden Aufgaben zu erteilen.

§ 9a eingefügt durch Beschluss des VR vom 31.03.2005

**§ 10**  
**Niederschrift**

- (1) Über jede Sitzung des Verwaltungsrates ist eine Ergebnisniederschrift zu fertigen. Sie ist vom Leiter der Sitzung und vom Schriftführer - der von dem Verwaltungsrat bestellt wird - zu unterzeichnen.
- (2) Die Niederschrift muss insbesondere enthalten:  
  
Sitzungstag, Sitzungsort, Beginn und Ende der Sitzung, Sitzungsteilnehmer, Tagesordnung, Feststellung der Beschlussfähigkeit, Anträge, Beschlüsse und Abstimmungsergebnisse.
- (4) Auf Verlangen eines Mitglieds muss eine von ihm abgegebene Erklärung in die Niederschrift aufgenommen werden.
- (5) Wird gegen die Fassung der Niederschrift von einem Sitzungsteilnehmer binnen zwei Wochen nach Zugang der Niederschrift Einspruch erhoben, so ist hierüber in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und zu beschließen.

**§ 11**

**Schweigepflicht, Geheimhaltung**

- (1) Für die Teilnehmer an den Sitzungen gilt das Schweigegebot der §§ 203, 204 StGB sowie das Geheimhaltungsgebot des § 35 Abs. 1 SGB I.
- (2) Unbeschadet dieser Vorschriften haben die Teilnehmer Vorlagen und Niederschriften vertraulich zu behandeln. Über Beschlüsse, die die Leitung der Sitzung als vertraulich bezeichnet, ist Dritten gegenüber Stillschweigen zu bewahren.
- (3) Abstimmungen sind stets vertraulich zu behandeln. Die Teilnehmer haben über die Stimmabgabe und über das Stimmverhältnis Dritten gegenüber Stillschweigen zu bewahren.

**§ 12**  
**Ausschüsse**

- (1) Der Verwaltungsrat bildet 4 Fachausschüsse, und zwar
  - Grundsatzausschuss
  - Finanzausschuss
  - Besonderer Ausschuss
  - Rechnungsprüfungsausschuss
- (2) Für die Tätigkeit der Fachausschüsse gelten die Vorschriften der Geschäftsordnung sinngemäß.
- (3) Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates und der Vorstand nehmen bei Bedarf an den Ausschusssitzungen teil.
- (4) Angestellte der IKK und andere Sachverständige können zu den Sitzungen hinzugezogen werden.

**§ 13**

**Ausgleich der Arbeitgebereaufwendungen**

- (1) Bei der Behandlung von Angelegenheiten des zweiten Abschnittes des Lohnfortzahlungsgesetzes (Ausgleichsangelegenheiten) gelten unter Berücksichtigung der Satzung die Bestimmungen dieser Geschäftsordnung mit der Maßgabe, dass sie sich jeweils nur auf die Gruppe der Arbeitgeber beziehen.
  
- (2) In der Einladung (§ 2), bei der Aufstellung und Feststellung der Tagesordnung (§ 3), der Feststellung der Beschlussfähigkeit (§ 4) und in der Niederschrift (§ 10) ist die in § 13 Abs. 1 dieser Geschäftsordnung bezeichnete Angelegenheit von den übrigen Angelegenheiten zu trennen.

**§ 14**  
**Inkrafttreten**

Die Geschäftsordnung tritt mit Wirkung vom 01.01.2004 in Kraft.

Magdeburg,

---

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

**ANLAGE 2 ZUR SATZUNG DER IKK GESUND PLUS  
GESCHÄFTSBEREICHE**

**§ 1**

**§ 1**

**Regionen**

- 1) Zur Erfüllung ihrer Aufgaben fasst die IKK die Geschäftsstellen zu folgenden regionalen Geschäftsbereichen zusammen:

Nord	zuständig für die Kreise Aschersleben, Burg, Gardelegen, Genthin, Halberstadt, Havelberg, Klötze, Magdeburg, Oschersleben, Osterburg, Quedlinburg, Roßlau, Salzwedel, Schönebeck, Staßfurt, Stendal, Wanzleben, Wernigerode, Zerbst
Süd	zuständig für die Kreise Bernburg, Bitterfeld, Dessau, Gräfenhainichen, Eisleben, Halle, Hettstedt, Jessen, Köthen, Merseburg, Naumburg, Querfurt, Saalekreis, Sangerhausen, Weißenfels, Wittenberg, Zeitz
West	zuständig für das Land Bremen

## § 2

**Regionale Selbstverwaltung**

- 1) In den regionalen Geschäftsbereichen werden für die in der bis zum 31.12.2003 geltenden Anlage 2 zur Satzung der IKK Sachsen-Anhalt benannten Regionaldirektionen sowie für die Regionen Bremen und Bremerhaven örtliche Selbstverwaltungen (Regionalbeiräte) eingerichtet, die aus Mitgliedern des Verwaltungsrates bestehen. Den Regionalbeiräten gehören Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber je zur Hälfte an. Sitz der Regionalbeiräte ist der die jeweilige Hauptgeschäftsstelle der Regionaldirektionen der ehemaligen IKK Sachsen-Anhalt sowie Bremen und Bremerhaven.
- 2) Die Zahl der Mitglieder dieser Organe beträgt maximal 6, für das Land Bremen bis zur Sozialwahl 2005 max. 16. Der Leiter des Geschäftsbereiches, in dessen regionalem Zuständigkeitsbereich der jeweilige Regionalbeirat seinen Sitz hat, im Verhinderungsfall sein Stellvertreter, kann an den Sitzungen des Regionalbeirates teilnehmen, sofern nicht anderes bestimmt wird.
- 3) Für Mitglieder der Regionalbeiräte gelten die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes, Haftung, Amtsdauer, Amtsverlust, Ergänzung, Beratung, Beschlussfassung und Entschädigung.

§ 3

**Vorsitzende der Regionalbeiräte**

- 1) Die Regionalbeiräte wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden. Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende müssen verschiedenen Gruppen angehören.
  
- 2) Der Vorsitz in den regionalen Selbstverwaltungsorganen wechselt während der Amtsdauer zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter jährlich, gerechnet vom Beginn der Amtsperiode der Organmitglieder.

§ 4

**Aufgaben der Regionalbeiräte**

- 1) Die Regionalbeiräte unterstützen die Arbeit der IKK vor Ort und wirken darauf hin, dass regionale Interessen bei Entscheidungen ausreichend berücksichtigt werden.
- 2) Die Regionalbeiräte haben insbesondere folgende Aufgaben:
  1. Wahl der Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden
  2. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Regionalbeirat
  3. Stellen von Anträgen zur Beratung im Verwaltungsrat der IKK
  4. Gesundheitspolitische Beratung und Unterstützung der regionalen Geschäftsbereiche
  5. Unterstützung der IKK in Fragen der regionalen Öffentlichkeitsarbeit
  6. Vorschlagsrecht über die Mittelverwendung im Bereich Gesundheitsförderung und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Regionalbudgets
  7. Amtsentbindung und Amtsenthebung von Mitgliedern oder stellvertretenden Mitgliedern der regionalen Selbstverwaltungsorgane sowie deren Ergänzung; die §§ 59 und 60 SGB IV gelten.

**§ 6**

**Leiter der Geschäftsbereiche**

Die Aufgaben der Leiter der regionalen Geschäftsbereiche sind in der jeweils gültigen Stellenbeschreibung geregelt.

**ANHANG 3**  
**ZUR SATZUNG DER IKK GESUND PLUS**

**ENTSCHÄDIGUNGSORDNUNG FÜR DIE ORGANMITGLIEDER DER  
REGIONALBEIRÄTE**

1. Es gelten die Ziffern 1 - 2 der Entschädigungsordnung für die Organmitglieder.
2. Zur Abgeltung von baren Auslagen, die durch die Tätigkeit außerhalb der Sitzungen entstehen, werden als Pauschbeträge gezahlt:
  - 2.1 dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des regionalen Vorstandes, die ihre Aufgaben gemeinsam wahrnehmen, je 46,02 € monatlich.
3. Als Pauschbeträge für den Zeitaufwand, der für die Tätigkeit außerhalb der Sitzung erforderlich ist erhalten:
  - 3.1 dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des regionalen Vorstandes, die ihre Aufgaben gemeinsam wahrnehmen, je 230,08 € monatlich.

Die Entschädigungsordnung tritt mit dem 01.01.2004 in Kraft.

Festgesetzt vom Verwaltungsrat am

---

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates