



Satzung

- der Techniker Krankenkasse (TK)
Stand: 1. Januar 2012
- der Techniker Krankenkasse
Pflegeversicherung
Stand: 1. Juli 2011

Sehr geehrtes Mitglied der Techniker Krankenkasse,
sehr geehrte Damen und Herren,

die TK ist ein modernes und fortschrittliches Dienstleistungsunternehmen. Sie steht dabei in der Tradition einer anspruchsvollen Versicherungsgemeinschaft aus technischen, naturwissenschaftlichen und handwerklichen Berufen, der sie sich auch künftig in besonderem Maße verpflichtet fühlt.

Die TK tritt für eine starke Patientenorientierung ein, die geprägt ist durch Gestaltungsfreiheit und Wahlmöglichkeiten; ihr Ziel ist eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung. Dies schließt die Aufgabe ein, das Dienstleistungsangebot zeitgemäß auszubauen und weiterzuentwickeln - zum Vorteil der Versicherten, ihrer Arbeitgeber und der Vertragspartner der TK.

Zu der neuesten Ausgabe unserer Satzung möchten wir Ihnen einige Erläuterungen geben.

In Abschnitt A der Satzung ist die Verfassung der Techniker Krankenkasse (TK) eingearbeitet. In den Abschnitten B - Mitgliedschaft - , C - Beiträge - und F - Leistungen - wird ausschließlich das beschrieben, was nicht durch gesetzliche Bestimmungen geregelt ist. Abschnitt D enthält eine Vorschrift zur Höhe der Rücklage und Abschnitt E enthält die Regelungen der TK nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz. Der Abschnitt G informiert über die Möglichkeit zum Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge. Der sich anschließende Abschnitt H beinhaltet die Wahltarife, die die TK ihren Mitgliedern anbietet.

Abschließend möchten wir Sie noch darauf hinweisen, dass die in dieser Satzung enthaltenen personen- bzw. funktionsbezogenen Begriffe geschlechtsneutral zu verstehen sind, auch wenn - den allgemeinen Gepflogenheiten entsprechend - maskuline Bezeichnungen verwendet werden.

Falls Sie Fragen oder Anregungen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bundesweit an über 200 Orten mit Rat und Tat zur Seite.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Hans-Heinrich Gerth
Alternierender Vorsitzender
des Verwaltungsrates



Dieter F. Märtens
Alternierender Vorsitzender
des Verwaltungsrates



Prof. Dr. Norbert Klusen
Vorsitzender des Vorstandes

Inhalt

Satzung der Techniker Krankenkasse (TK)

Artikel I		Seite
A	Verfassung	
§ 1	Name, Rechtsstellung, Geschäftsgebiet und Sitz	7
§ 2	Verwaltungsrat	7
§ 3	Vorstand	9
§ 4	Widerspruchsausschüsse	10
§ 5	Entschädigung der Organmitglieder	10
§ 6	Bekanntmachungen der TK	10
§ 7	Ehrenamtliche Berater	11
B	Mitgliedschaft	
§ 8	Versicherter Personenkreis	11
§ 9	Beginn und Ende der Mitgliedschaft	11
C	Beiträge	
§ 10	Beitragsbemessung	11
§ 11	Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall	12
§ 12	Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	12
D	Rücklage	
§ 13	Rücklage	13

E	Aufwendungsausgleich	
§ 14	Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	13
§ 15	Höhe der Erstattungen	14
§ 16	Aufbringung der Mittel, Umlagen	14
§ 17	Betriebsmittel	15
F	Leistungen	
§ 18	Prävention	15
§ 19	Krankheitsverhütung	16
§ 20	Medizinische Leistungen der Vorsorge	16
§ 21	Kostenerstattung	17
§ 21a	Kostenerstattung Wahlarzneimittel	17
§ 22	Leistungsanspruch bei Aufenthalt im Ausland	17
§ 23	Häusliche Krankenpflege	19
§ 24	Haushaltshilfe	19
§ 25	Modellvorhaben	19
§ 26	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	20
§ 26 a	Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	21
§ 27	Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V	21
§ 27a	Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)	21
§ 27b	Osteopathie	22
§ 27c	Nicht zugelassene Leistungserbringer - Ambulante Behandlung	22
§ 27d	Nicht zugelassene Leistungserbringer - Stationäre Behandlung	23
G	Private Zusatzversicherungsverträge	
§ 28	Private Zusatzversicherungsverträge	23

H	Wahltarife	
§ 29	Wahltarife für besondere Versorgungsformen	24
§ 29a	Integrierte Versorgung	24
§ 29b	Hausarztzentrierte Versorgung	24
§ 29c	Besondere ambulante ärztliche Versorgung	25
§ 29d	Strukturierte Behandlungsprogramme	25
§ 30	Prämienzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen	25
§ 31	Selbstbehalt	27
§ 31a	Selbstbehalt Prämie 100	28
§ 31b	Selbstbehalt Prämie 240	28
§ 31c	Selbstbehalt Prämie 400	28
§ 31d	Selbstbehalt Prämie 600	28
§ 32	Wahltarif Kleiner Selbstbehalt	28
§ 33	Wahltarif TK-Tarif Praxis	30
§ 34	Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen	31
§ 35	Wahltarife Krankengeld	33
§ 35a	Wahltarif Krankengeld für Selbstständige und bestimmte Arbeitnehmer	34
§ 35b	Wahltarif Krankengeld für Künstler und Publizisten	40
§ 36	TK-Tarif Select	42
Artikel II		
	Inkrafttreten	44
Anlage 1		
	Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung	45

Satzung der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung

Artikel I

A Verfassung

§ 1	Name, Rechtsstellung, Geschäftsgebiet und Sitz	48
§ 2	Verwaltungsrat	48
§ 3	Vorstand	49
§ 4	Widerspruchsausschüsse	50
§ 5	Entschädigung der Organmitglieder	50
§ 6	Bekanntmachungen der TK	50

B Mitgliedschaft

§ 7	Versicherter Personenkreis	51
§ 8	Beginn und Ende der Mitgliedschaft	52

C Beiträge

§ 9	Beitragsbemessung	52
§ 10	Personen, für die bisher keine Absicherung im Krankheitsfall bestand	52
§ 11	Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	52

D Rücklage

§ 12	Rücklage	52
------	----------	----

E Leistungen

Artikel II

Inkrafttreten	53
---------------	----

Satzung der Techniker Krankenkasse vom 1. Januar 2009 unter Berücksichtigung des 22. Nachtrages

Stand: 1. Januar 2012

Artikel I A Verfassung

§ 1

Name, Rechtsstellung, Geschäftsgebiet und Sitz

(1) Die im Jahre 1884 vom Deutschen Techniker-Verband als "Eingeschriebene Hilfskasse 58" errichtete, im Jahre 1965 mit der 1891 errichteten "Berufskrankenkasse der Werkmeister (Ersatzkasse)" sowie im Jahre 2000 mit der 1882 gegründeten "Gärtner-Krankenkasse (Ersatzkasse)" und im Jahre 2009 mit der 2003 gegründeten IKK-Direkt vereinigte Kasse führt den Namen: Techniker Krankenkasse (TK).

(2) Die TK ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und ist Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

(3) Die Organe der TK sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand.

(4) Das Geschäftsgebiet der TK umfasst das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

(5) Sitz der TK ist Hamburg.

§ 2

Verwaltungsrat

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Wahl, Amtsdauer sowie Rechte und Pflichten richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen der Satzung.

(2) Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.

(3) Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen den alternierenden Vorsitzenden jeweils jährlich zum 1. Januar. Die alternierenden Vorsitzenden dürfen nicht der selben Gruppe angehören.

(4) Der Verwaltungsrat bildet zur Vorbereitung oder zur Erledigung von Aufgaben - mit Ausnahme der Rechtssetzung - Fachausschüsse. Die Ausschüsse werden paritätisch und grundsätzlich unter Anwendung der Verhältniswahl nach dem Höchstzahlverfahren d'Hondt besetzt.

(5) Der Verwaltungsrat bestimmt die Grundzüge der Kassenpolitik - auch für die Verbandsarbeit - und trifft alle Entscheidungen, die für die TK von grundsätzlicher Bedeutung sind.

(6) Der Verwaltungsrat hat insbesondere folgende Aufgaben:

- Die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen.
- Die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates zu beschließen.
- Wahl der alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates.

- Wahl der Mitglieder des Vorstandes sowie eines Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden aus deren Mitte.
- Amtsenthebung und Amtsentbindung der Mitglieder des Vorstandes.
- Regelung der Anstellungsbedingungen der Mitglieder des Vorstandes in Dienstverträgen.
- Die organisatorische Grundentscheidung über die Abgrenzung der Geschäftsbereiche des Vorstandes.
- Überwachung der Vorstandsarbeit.
- Beschlussfassung über die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltung.
- Feststellung des Haushaltsplanes.
- Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes.
- Bestellung sachverständiger Prüfer zur jährlichen Prüfung der Betriebsführung.
- Bestellung sachverständiger Prüfer zur jährlichen Prüfung der Rechnungsführung.
- Bestellung des Wahlausschusses für die Sozialversicherungswahl.
- Den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und Gebäuden sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen.
- Die Bestimmung der Widerspruchsstelle nach den Vorschriften des SGB.
- Die Bestimmung der Einspruchsstelle nach den Vorschriften des SGB und Ordnungswidrigkeitengesetzes.
- Vertretung der TK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern.
- Beschlussfassung über Vereinbarungen und Verträge mit anderen Krankenkassen, soweit diese nicht in die Zuständigkeit des Vorstandes fallen.
- Amtsenthebung und Amtsentbindung von Mitgliedern des Verwaltungsrates.
- Bestellung der Vertreter des Verwaltungsrates für die Gremien des vdek.
- Entsendung der Vertreter für die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes.
- Benennung der Vertreter für den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes.
- Beschlussfassung über die freiwillige Vereinigung mit einer oder mehreren anderen Krankenkassen.

(7) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(8) Die ordentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates finden nach Bedarf, jedoch mindestens dreimal jährlich statt. Der Verwaltungsrat ist außerdem einzuberufen, wenn es ein Drittel seiner Mitglieder oder die Aufsichtsbehörde verlangt. Derartige Sitzungen müssen innerhalb von vier Wochen stattfinden.

(9) Für die Beratung und Beschlussfassung gelten die entsprechenden Vorschriften des SGB.

(10) Änderungen der Satzung mit Ausnahme der Beschlussfassung über die Erhebung eines Zusatzbeitrages (§ 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V) oder über die Auszahlung einer Prämie (§ 242 Abs. 2 Satz 1 SGB V) bedürfen der Zustimmung von zwei Drittel der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates.

(11) Beschlüsse über die Erhebung eines Zusatzbeitrages (§ 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V) oder über die Auszahlung einer Prämie (§ 242 Abs. 2 Satz 1 SGB V) bedürfen der Zustimmung der Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates.

(12) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen bei

1. Angelegenheiten, in denen auf einer Sitzung des Verwaltungsrates oder einzelner von ihm zu bestimmender Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
2. Angelegenheiten, die nach Beratung auf einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen.

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

§ 3

Vorstand

- (1)** Der aus drei Mitgliedern bestehende Vorstand übt seine Tätigkeit hauptamtlich aus.
- (2)** Der Vorstand verwaltet die TK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die TK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.
- (3)** Die TK kann im Einzelfall auf Beschluss des Vorstandes auch durch ein Mitglied des Vorstandes allein vertreten werden.
- (4)** Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:
 - Ausgestaltung und Leitung der Verwaltung.
 - Entscheidung über den Abschluss und die Kündigung von Tarifverträgen.
 - Abschluss und Kündigung von Dienstvereinbarungen.
 - Entscheidung über die Anstellung, Eingruppierung und Kündigung von Mitarbeitern.
 - Entscheidung über
 - a) die Beteiligung an gemeinnützigen Einrichtungen,
 - b) die Vergabe von Darlehen zu gemeinnützigen Zwecken,
 - c) die Erweiterung und den Umbau von Gebäuden,
 - d) die Anlegung der Rücklagen, die der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen.
 - Aufnahme von Darlehen.
 - Mitgestaltung und Zustimmung bei Verträgen und Vereinbarungen, die der Beschlussfassung durch den Vorstand des vdek bedürfen.
 - Erlass von Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte.
 - Aufstellung des Haushaltsplanes.
 - Aufstellung der Jahresrechnung.
 - Vorlage der geprüften Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Feststellungen des Prüfberichtes beim Verwaltungsrat.
 - Vorlage des Berichtes über die jährliche Prüfung der Betriebsführung beim Verwaltungsrat.
- (5)** Der Vorstand trifft Entscheidungen im Benehmen mit dem Verwaltungsrat über
 - die Anstellung und Kündigung von Mitarbeitern, die unmittelbar dem Vorstand berichten und nicht unter die Bestimmungen des TKT fallen,
 - die Einrichtung und Auflösung von Dienststellen und Eigeneinrichtungen, soweit diese nicht im Rahmen einer Strategie beschlossen wurden.
- (6)** Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat zu berichten über
 - die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung.
 - die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung.
 - alle Angelegenheiten, in denen der Vorstand Entscheidungen im Benehmen mit dem Verwaltungsrat zu treffen hat.
- (7)** Den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates ist aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

§ 4

Widerspruchsausschüsse

- (1)** Für den Erlass von Widerspruchsbescheiden werden besondere Ausschüsse nach den Vorschriften des SGB gebildet. Sie sind auch Einspruchsstelle nach den Bußgeldvorschriften des SGB und nehmen die Aufgaben der Verwaltungsbehörde nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz wahr.
- (2)** Sitz der Widerspruchsausschüsse ist Hamburg.
- (3)** Jeder Widerspruchsausschuss besteht aus je 2 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Jedes Mitglied hat mindestens einen Stellvertreter.
- (4)** Die Mitglieder und Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat aus dem Kreis der Mitglieder und Stellvertreter des Verwaltungsrates mit einfacher Mehrheit für deren Amtsdauer gewählt, wobei grundsätzlich die Verhältniswahl nach dem Höchstzahlverfahren d'Hondt angewendet wird. Die Vorschrift des SGB zum Verlust der Mitgliedschaft gilt entsprechend. Sie bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
- (5)** Jeder Widerspruchsausschuss wählt aus seiner Mitte die alternierenden Vorsitzenden. Der Vorsitz wechselt zwischen den alternierenden Vorsitzenden jeweils jährlich zum 1. Januar. Die alternierenden Vorsitzenden müssen verschiedenen Gruppen angehören.
- (6)** An den Sitzungen nehmen die Berater des Widerspruchsausschusses ohne Stimmrecht teil.

§ 5

Entschädigung der Organmitglieder

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine Entschädigung nach der entsprechenden Vorschrift des SGB. Die Entschädigungen legt der Verwaltungsrat in der "Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung", die als Anlage 1 Bestandteil dieser Satzung ist, fest.

§ 6

Bekanntmachungen der TK

- (1)** Die Satzung und sonstiges autonomes Recht werden durch datierten und befristeten Aushang in der Hauptverwaltung und in den Dienststellen sowie auf der Internetseite www.tk.de öffentlich bekannt gemacht. Es ist eine Aushangfrist von einer Woche einzuhalten; auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.
- (2)** Die "Öffentliche Zustellung" nach dem Verwaltungszustellungsgesetz wird in einer Dienststelle oder in der Hauptverwaltung ausgehängt.

§ 7

Ehrenamtliche Berater

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

B Mitgliedschaft

§ 8

Versicherter Personenkreis

(1) Zum Mitgliederkreis der TK gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. Studenten und Berufspraktikanten,
3. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten, soweit gesetzlich nichts anderes geregelt ist.

Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen können der TK nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 9

Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1) Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die gesetzlichen Vorschriften und die folgende Bestimmung der Satzung.

(2) Die Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft ist abweichend von § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V zum Ablauf des Vortages möglich, an dem das Mitglied die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt.

C Beiträge

Für die Bemessung, Tragung, Zahlung und Fälligkeit der Beiträge gelten die Vorschriften des SGB, die sonstigen für die Krankenkassen verbindlichen Regelungen und die folgenden Bestimmungen der Satzung.

§ 10

Beitragsbemessung

Die Beiträge zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) werden nach den durch Rechtsverordnung der Bundesregierung festgelegten Vomhundertsätzen der beitragspflichtigen Ein-

nahmen (§§ 241 und 243 SGB V) bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung berechnet.

§ 11

Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

Wird das Vorliegen der Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vom Mitglied erst nach den in § 186 Abs. 11 Sätze 1 bis 3 SGB V genannten Zeitpunkten angezeigt und hat das Mitglied dies nicht zu vertreten, gilt Folgendes:

(1) Für die Zeit vom Eintritt der Versicherungspflicht bis zum Ende des Kalendermonats vor Anzeige der Voraussetzungen werden die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag des Mitglieds entsprechend § 240 Abs. 4a SGB V ermäßigt. Die Beitragsermäßigung setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Kalendermonate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung für bereits in Anspruch genommene Leistungen verzichtet. Die Beitragsermäßigung ist ausgeschlossen, wenn

- zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde oder
- das Mitglied beschäftigt ist oder eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht und für den Nacherhebungszeitraum einen Anspruch auf einen Beitragsanteil des Arbeitgebers nach § 249 SGB V oder des Trägers der Rentenversicherung nach § 249a SGB V hat.

(2) Die nachzuzahlenden Beiträge werden auf Antrag des Mitglieds gestundet, niedergeschlagen oder erlassen, wenn die Voraussetzung nach § 76 Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB IV vorliegen.

§ 12

Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

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

(2) Wird ein Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V erhoben, ist dieser vom Mitglied an die TK zu zahlen; von der Zahlungspflicht ausgenommen sind die in § 242 Abs. 5 SGB V genannten Personengruppen. Für Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V sowie für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II erhalten und nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V pflichtversichert oder freiwillig versichert sind, ist der Zusatzbeitrag höchstens auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V begrenzt (§ 242 Abs. 4 SGB V). Die Zahlung des Zusatzbeitrags ist wahlweise für den Kalendermonat, das Kalenderhalbjahr (01.01. bis 30.06.) oder das Kalenderjahr (01.01. bis 31.12.) im Voraus möglich. Das Mitglied muss der TK formlos mitteilen, wenn die Zahlung halbjährlich oder jährlich im Voraus erfolgen soll. Bei monatlicher Zahlung wird der Zusatzbeitrag spätestens am 15. des Kalendermonats (Zahltag) fällig, der auf den Monat folgt, für den er bestimmt ist. Bei halbjährlicher Zahlung wird der Zusatzbeitrag spätestens am 15.02. und 15.08. des Kalenderjahres sowie bei jährlicher Zahlung spätestens am 15.02. des Kalenderjahres, für das er bestimmt ist, in Höhe der voraussichtlichen Beitragsschuld fällig. Tritt die Beitragspflicht erst im Laufe eines Kalenderhalbjahres oder -jahres ein, wird der anteilige Zusatzbeitrag für den jeweiligen Zahlungszeitraum spätestens am 15. des auf den ersten Kalendermonat der Beitragspflicht folgenden Monats fällig. Das Mitglied ist bis zu einem formlosen Widerruf an die gewählte Zahlungsweise gebunden. Endet die Mitgliedschaft während des Zeitraums der Vorauszahlung, wird dem Mitglied der gezahlte

Zusatzbeitrag anteilig erstattet. Hierbei gelten die gesetzlichen Bestimmungen für die Rückzahlung von Krankenversicherungsbeiträgen.

(3) Zahlungspflichtige, die mit der Zahlung der Beiträge oder Zusatzbeiträge in Rückstand sind, werden gemahnt. Mit der Mahnung wird eine Mahngebühr erhoben. Sie wird für Beiträge und Zusatzbeiträge, die nach Abs. 1 bzw. 2 fällig werden, nach den Bestimmungen des § 19 Abs. 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG) berechnet mit der Maßgabe, dass der Höchstbetrag jeweils 5 Euro beträgt.

(4) Ist ein Mitglied mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags an die TK für jeweils sechs Kalendermonate säumig, so ist zusätzlich ein Verspätungszuschlag in Höhe der Summe der letzten drei fälligen Monatsbeträge des Zusatzbeitrages, mindestens aber in Höhe von 20 Euro zu zahlen. Der Verspätungszuschlag wird sofort fällig. Solange die rückständigen Zusatzbeiträge und der Verspätungszuschlag nicht vollständig gezahlt sind, besteht kein Anspruch auf den Sozialausgleich nach § 242b SGB V. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zustande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf den Sozialausgleich, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.

D Rücklage

§ 13

Rücklage

Die Höhe der Rücklage hat 50 vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben zu betragen.

E Aufwendungsausgleich

(1) Für den nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) durchzuführenden Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen finden die Bestimmungen der übrigen Teile der Satzung der TK entsprechende Anwendung, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist. Dies gilt insbesondere für

1. den Haushaltsplan und die Jahresrechnung sowie
2. die Bildung von Widerspruchsausschüssen und Einspruchsstellen.

(2) Bei der Beratung und Beschlussfassung über Ausgleichsangelegenheiten im Verwaltungsrat wirken nur die Vertreter der Arbeitgeber mit. Derjenige Vertreter der Arbeitgeber, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates gewählt ist, übt dabei das Amt des Vorsitzenden aus. Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat wählen aus ihrer Mitte einen stellvertretenden Vorsitzenden.

§ 14

Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

(1) An dem Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen die Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer im Sinne der §§ 1 Abs. 1 und 3, 3 Abs. 1 AAG beschäftigen.

(2) Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen grundsätzlich alle Arbeitgeber teil.

(3) Nicht an dem Ausgleichsverfahren beteiligt sind die in § 11 AAG genannten Personen, Einrichtungen und Verbände.

§ 15

Höhe der Erstattungen

(1) Die TK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern nach § 14 Abs. 1 70 vom Hundert des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei wird das Arbeitsentgelt auf die jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung begrenzt. Die auf das Arbeitsentgelt entfallenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG sind mit dieser Erstattung abgegolten.

(2) Die TK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern nach § 14 Abs. 2

1. 100 vom Hundert des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld,
2. 100 vom Hundert des vom Arbeitgeber nach § 11 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts,
3. die auf die Arbeitsentgelte nach Nr. 2 entfallenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse der Arbeitgeber (§ 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG), wobei insoweit das Arbeitsentgelt nach Nummer 2 höchstens bis zur jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt wird.

(3) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Abs. 1 auf 80 vom Hundert erhöht oder auf 40 vom Hundert ermäßigt. Der Antrag gilt ab Beginn des nächsten Kalenderjahres und kann zum Ende des Kalenderjahres zurückgenommen werden.

§ 16

Aufbringung der Mittel, Umlagen

(1) Die Mittel zur Durchführung des jeweiligen Ausgleichsverfahrens werden durch Umlagen von den beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.

(2) Der Umlagesatz beträgt für Aufwendungen

1. nach § 1 Abs. 1 AAG 2,1 vom Hundert,
2. nach § 1 Abs. 2 AAG 0,39 vom Hundert.

(3) Hat der Arbeitgeber die erhöhte bzw. die ermäßigte Erstattung nach § 15 Abs. 3 gewählt, so beträgt die Umlage

1. 3,3 vom Hundert (erhöhte Umlage) bzw.
2. 1,2 vom Hundert (ermäßigte Umlage).

(4) Bemessungsgrundlage für die Umlage sind die in § 7 Abs. 2 AAG genannten Entgelte.

(5) Die Fälligkeit der Umlage richtet sich jeweils nach § 12 Abs. 1.

§ 17

Betriebsmittel

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

(2) Die Betriebsmittel dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen.

F Leistungen

Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Vorschriften. Dazu gehören u.a. Leistungen

- zur Förderung der Gesundheit,
- zur Verhütung von Krankheiten,
- zur Früherkennung von Krankheiten,
- zur Behandlung einer Krankheit,
- zur medizinischen Rehabilitation,
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- zur Empfängnisverhütung,
- bei Abbruch der Schwangerschaft und Sterilisation.

Es gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen, wobei Versicherte Zuzahlungen nur bis zur Belastungsgrenze zu leisten haben. Werden in der Satzung vertragliche Regelungen genannt, werden die Versicherten bei Bedarf über die Inhalte dieser Regelungen informiert. Im übrigen gelten die folgenden Bestimmungen der Satzung.

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Zur Prüfung dieses Leistungsausschlusses kann die TK in begründeten Fällen eine Untersuchung des Versicherten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung verlangen.

§ 18

Prävention

(1) Die TK gewährt ausgewählte Leistungen zur primären Prävention. Maßnahmen zur primären Prävention sollen durch Hilfestellung zur gesunden Lebensweise die Entstehung und Verschlimmerung von Krankheiten verhindern oder verzögern. Die Ausgestaltung dieser Leistungen orientiert sich an den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V (Leitfaden Prävention) in der jeweils gültigen Fassung. Den besonderen Bedürfnissen der TK-Versichertengemeinschaft wird Rechnung getragen. Leistungen für individuelle Maßnahmen der primären Prävention werden in folgenden Handlungsfeldern gewährt:

- Bewegungsgewohnheiten
 - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten
 - Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
- Ernährung
 - Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

- Stressreduktion/Entspannung
 - Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken
- Genuss- und Suchtmittelkonsum
 - Förderung des Nichtrauchens
 - Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums

(2) Präventionsmaßnahmen, die mit Übernachtungsaufenthalten verbunden sind, bietet die TK als Sachleistung an. Zuschüsse werden nicht gewährt.

(3) Die TK fördert - insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen - nachhaltig angelegte Settingansätze. Auf Antrag erfolgt eine Förderung von oder Beteiligung an entsprechenden qualitätsgesicherten Projekten auf Basis der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

(4) Die TK gewährt die Leistungen nach Abs. 1 und Abs. 3 grundsätzlich im Rahmen von Zuschüssen. Für individuelle Maßnahmen zur primären Prävention ist für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres ein Eigenanteil von 20 vom Hundert vorzusehen. Für Versicherte, die mit ihren gesetzlichen Zuzahlungen die Belastungsgrenze des jeweiligen Kalenderjahres nach § 62 SGB V erreicht haben, reduziert sich der Eigenanteil auf 10 vom Hundert. Die TK gewährt Zuschüsse für maximal zwei Kurse innerhalb eines Kalenderjahres, sofern die Kurse in zwei unterschiedlichen Handlungsfeldern durchgeführt wurden. Die Höhe der Zuschüsse ist für alle Versicherten auf höchstens 75 Euro je Handlungsfeld begrenzt. Im Rahmen von TK-Verträgen können abweichende Zuschussregelungen vereinbart werden.

§ 19

Krankheitsverhütung

(1) Die TK gewährt zur Verhütung von Krankheiten Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten. Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20d Abs. 1 SGB V besteht.

(2) Die TK gewährt die Leistungen nach Abs. 1 grundsätzlich als Sachleistungen oder erstattet die Kosten in Höhe der vertraglichen Regelungen. Wenn keine vertraglichen Regelungen bestehen, übernimmt die TK die Kosten oder gewährt Zuschüsse. Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, gewährt die TK keine Leistungen für Schutzimpfungen.

§ 20

Medizinische Leistungen der Vorsorge

Zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach besonderen TK-Richtlinien wird ein Zuschuss gewährt, sofern die Maßnahme mindestens 14 Kalendertage dauert. Der Zuschuss beträgt für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 13 Euro täglich und für chronisch kranke Kleinkinder 21 Euro täglich. Allen anderen Versicherten wird ein Pauschalbetrag in Höhe von 100 Euro gewährt.

§ 21

Kostenerstattung

(1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl kann für alle Leistungen getroffen werden oder auf einen oder mehrere der folgenden Bereiche beschränkt werden:

- ambulante ärztliche Versorgung
- ambulante zahnärztliche Versorgung
- stationäre Versorgung
- ärztlich/zahnärztlich veranlasste ambulante Leistungen.

Die TK ist vor der Inanspruchnahme der Leistung vom Versicherten über die Wahl der Kostenerstattung zu informieren. An die gewählte Kostenerstattung ist der Versicherte mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Der Zeitraum beginnt frühestens mit dem Eingang der Erklärung bei der TK. Hat der Versicherte mindestens ein Kalendervierteljahr an der gewählten Kostenerstattung teilgenommen, kann er die Teilnahme jederzeit beenden; die Teilnahme endet frühestens mit Eingang der Beendigungsmitteilung bei der TK.

(2) Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die TK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen.

(3) Die TK kann die Ermittlung des Erstattungsbetrages im Einzelfall vereinfachen. Hinsichtlich der Leistungshöhe gilt Abs. 2 entsprechend.

§ 21a

Kostenerstattung Wahlarzneimittel

(1) Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die TK einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. Versicherte haben jedoch auch die Wahlmöglichkeit, ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabatt-Arzneimittel der TK zu wählen.

(2) Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die TK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Vom Erstattungsbetrag werden 20 vom Hundert als Abschlag für die der TK entgangenen Vertragsrabatte und 10 vom Hundert als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

§ 22

Leistungsanspruch bei Aufenthalt im Ausland

(1) Versicherte, die in Staaten, mit denen Regelungen über die Leistungsaushilfe bei Krankheit und Mutterschaft bestehen, behandlungsbedürftig werden, erhalten im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts Sach- und Dienstleistungen vom aushelfenden ausländischen Krankenversicherungsträger nach dessen Rechtsvorschriften. Haben Versicherte nicht Sach- und Dienstleistungen nach Satz 1 in Anspruch genommen, sondern die Kosten verauslagt, sind

zur Ermittlung eines Erstattungsbetrages spezifizierte Rechnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der Vergütung, die die TK nach Satz 1 zu tragen hätte. Soweit die nach über- und zwischenstaatlichem Recht vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt sind, erfolgt die Erstattung auf der Basis der deutschen Vertragssätze. Der Anspruch ist begrenzt auf die tatsächlich entstandenen Kosten. Versicherte, die sich zur Inanspruchnahme von Leistungen in einen anderen Staat begeben, erhalten im Rahmen der Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts bei Krankheit und Mutterschaft Sach- und Dienstleistungen vom aushelfenden ausländischen Krankenversicherungsträger nach dessen Rechtsvorschriften, soweit die TK die Genehmigung erteilt hat.

Diese Genehmigung wird erteilt, wenn

- ein Anspruch auf die Leistung auch im Inland besteht und
- die Behandlung in Anbetracht des derzeitigen Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit nicht in dem notwendigen Zeitraum in Deutschland erfolgen kann.

Im übrigen steht die Erteilung der Genehmigung im Ermessen der TK. § 21 findet keine Anwendung.

(2) Alternativ zum Leistungsanspruch nach Abs. 1 sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung ist, dass

- alle Voraussetzungen wie bei einer Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind, z.B. die Antragstellung und eine ggf. erforderliche medizinische Begutachtung vor Behandlungsbeginn und
- nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Abweichend von Satz 1 besteht ein Anspruch auf Erstattung der Krankenhauskosten nach § 39 SGB V nur, wenn die TK der Behandlung vor Behandlungsbeginn zugestimmt hat. Vom Erstattungsbetrag werden 5 vom Hundert als Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen abgezogen; hierbei beträgt der Mindestbetrag 2,50 Euro und der Höchstbetrag 25 Euro.

(3) Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich, kann die TK die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen. Die TK kann in diesen Fällen auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesen Fällen nicht.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht für Leistungen an Versicherte, die die TK im anderen Staat auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten hat oder die aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung unterliegen.

§ 23

Häusliche Krankenpflege

- (1)** Zusätzlich zur Behandlungspflege erhalten Versicherte als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung notwendig sind.
- (2)** Der Anspruch besteht ohne zeitliche Begrenzung.

§ 24

Haushaltshilfe

- (1)** Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen Krankheit vorübergehend nicht möglich ist und die TK die Kosten der Behandlung trägt.
- (2)** Haushaltshilfe wird ferner gewährt, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines Versicherten nicht möglich ist.
- (3)** Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

§ 25

Modellvorhaben

Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung

- (1)** Modellvorhaben sind ein wesentliches Element zur Gestaltung der Leistungen der TK. Die Modellvorhaben verfolgen dabei vier übergeordnete Ziele:
 - a) Die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Modellvorhaben der TK stärken die Kompetenz der Versicherten im Umgang mit Erkrankungen und ihre Stellung im Versorgungssystem (Patientenorientierung). Qualität und Effektivität der medizinischen Versorgung in den Strukturen und Prozessen sollen gesteigert werden.
 - b) Die Effizienz der medizinischen Versorgung steigern. Modellvorhaben der TK unterstützen eine zielgerichtete Diagnose und Behandlung und stellen sicher, dass Diagnostik und Therapie auf der jeweils richtigen Ebene des Versorgungssystems erfolgen und die Interessen der Patienten im Sinne einer Ergebnisorientierung einbezogen und geschützt werden.
 - c) Die medizinische Versorgung mit innovativen Ansätzen voranbringen. Modellvorhaben der TK sind durch ein hohes Innovationspotenzial gekennzeichnet. Durch den Einsatz neuer Instrumente und Ansätze tragen sie in besonderem Maße zu Erkenntnisgewinn und Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung bei.
 - d) Die Gesundheitsversorgung an den Bedürfnissen und am Bedarf der Versicherten der TK ausrichten. Im Mittelpunkt der Modellvorhaben der TK stehen die Interessen der TK-Versichertengemeinschaft. Dabei gilt es einerseits, den besonderen Bedarf der Versicherten zu berücksichtigen sowie andererseits den Erwartungen der Versicherten an eine moderne medi-

zinische Versorgung und Dienstleistung Rechnung zu tragen. Mit den Modellvorhaben werden den Versicherten bedarfsgerechte Versorgungsangebote eröffnet.

(2) Die TK leistet einen aktiven Beitrag zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu diesem Zweck kann die TK Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 (Strukturmodelle) und Abs. 2 SGB V (Leistungsmodelle) allein oder zusammen mit dem vdek, anderen gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Verbänden durchführen oder die Durchführung des jeweiligen Vorhabens mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbaren.

(3) Strukturmodelle im Sinne des § 63 Abs. 1 SGB V dienen der Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung. Ziel ist es, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu erhöhen. Eventuelle Mehraufwendungen werden durch eine aus den Modellvorhaben resultierende Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und damit verbundenen Kostensenkung kompensiert. Einsparungen kommen den Vertragspartnern, den Maßnahmen der Vorhaben oder den am Modellvorhaben beteiligten Versicherten zu Gute. Dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird Rechnung getragen.

(4) Leistungsmodelle im Sinne des § 63 Abs. 2 SGB V dienen der Optimierung von Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie der Verbesserung der Therapieformen. Modellvorhaben können nur zu Leistungen durchgeführt werden, über deren Eignung als Leistung der Krankenkasse die Bundesausschüsse keine ablehnende Entscheidung getroffen haben. Fragen der biomedizinischen Forschung sowie die Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

(5) Die Dauer der Modellvorhaben ist befristet und beträgt längstens 8 Jahre. Das Modellvorhaben kann vorzeitig beendet werden, wenn die zu Grunde liegenden Ziele bereits erreicht worden sind oder wenn deutlich wird, dass die Ziele nicht erreicht werden können. Es erfolgt entsprechend § 65 SGB V eine wissenschaftliche Begleitung.

(6) Die Teilnahme der Versicherten an den Modellvorhaben ist freiwillig, sofern die Vorhaben eine Teilnahme vorsehen. Die Voraussetzungen und Modalitäten der Teilnahme sowie des Ausscheidens von Versicherten werden im jeweiligen Modell geregelt.

§ 26

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Versicherte können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig und erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters, mit der die Teilnahmebedingungen in der jeweils geltenden Fassung anerkannt werden. Die Teilnahme erfolgt für jeweils 12 Monate. Bei Widerruf der Teilnahme oder Beendigung der Versicherung bei der TK endet die Teilnahme am Bonusprogramm.

(2) Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention nach § 18 oder anderen qualitätsgesicherten von der TK anerkannten Maßnahmen der Primärprävention oder die vorgegebenen Leistungen im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V in Anspruch nehmen. Der Versicherte weist die Inanspruchnahme der Leistungen durch Bestätigung des Leistungserbringers nach.

(3) Der Bonus wird in Form von Prämien gewährt. Eine Prämienauszahlung ist bis zu einer Höhe von 110 Euro möglich. Näheres regelt die jeweils geltende Teilnahmebedingung bzw. das Bonusheft.

(4) Bonusansprüche verfallen, wenn die Inanspruchnahme der Leistungen und Maßnahmen nach Abs. 2 nicht bis spätestens drei Monate nach Ablauf des Teilnahmezeitraumes gemäß Abs. 1 eingereicht werden. Sie verfallen auch bei vorzeitiger Beendigung der Teilnahme am Bonusprogramm sowie bei Beendigung der Versicherung bei der TK.

§ 26a

Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Arbeitgeber erhalten einen Bonus, wenn sie ein mit der TK vereinbartes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Das Programm muss sich an den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossenen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20a Abs. 1 SGB V orientieren. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz gesetzlich verpflichtet ist, kann kein Bonus gewährt werden.

(2) Die TK schließt auf Antrag des Arbeitgebers mit diesem einen Vertrag, der die Voraussetzungen der Bonusgewährung, deren Nachweise sowie die Höhe des Bonus regelt. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden von der TK nach § 20a Abs. 1 SGB V erbracht. Der Bonus kann bis zu 20 vom Hundert der Aufwendungen betragen, die vom Arbeitgeber im Rahmen des vereinbarten Programms nach Abs. 1 für die betriebliche Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen. Dieser Bonus ist vom Arbeitgeber vollständig für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verwenden. In dem Vertrag kann auch vereinbart werden, dass dem Arbeitgeber der Bonus vollständig oder teilweise in Form von Beratungsleistungen gewährt wird. Der Bonus wird für jedes vereinbarte Programm nur einmal gewährt.

§ 27

Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die TK gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

§ 27a

Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

(1) Die TK erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern

- a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
- c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

(2) Die TK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Abs. 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.

(3) Zur Erstattung sind der TK die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

(4) Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7-9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.

(5) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2-5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

§ 27b

Osteopathie

(1) Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

(2) Die TK übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

§ 27c

Nicht zugelassene Leistungserbringer - Ambulante Behandlung

(1) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die TK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

(2) Die TK trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

(3) Die TK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.tk.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die TK den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

(4) Für die veranlassten Leistungen gilt § 21 Abs. 2 entsprechend.

§ 27d

Nicht zugelassene Leistungserbringer - Stationäre Behandlung

(1) Die TK übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:

- a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
- b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
- c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
- d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der TK vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
- e) die TK hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

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

(3) Mit der Zustimmung nach Abs. 1 Buchstabe e erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die TK sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

G Private Zusatzversicherungsverträge

§ 28

Private Zusatzversicherungsverträge

Die TK macht von der ihr in § 194 Abs. 1a SGB V eingeräumten Befugnis Gebrauch, ihren Versicherten den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge auf Grundlage der jeweiligen Kooperationsvereinbarung mit einem Unternehmen der Privaten Krankenversicherung zu ermöglichen. Die Belange des Sozialdatenschutzes werden gewahrt.

H Wahltarife

(1) Die TK bietet Wahltarife nach § 53 SGB V an. Damit schafft sie für ihre Versicherten die Möglichkeit, nach individuellen Bedürfnissen innovative Tarifangebote wählen zu können. Darüber hinaus wird durch das Angebot von Wahltarifen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessert. Die Teilnahme an den einzelnen Wahltarifoptionen ist freiwillig und unterliegt den verschiedenen Teilnahmebedingungen in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Die Versicherten können Tarife aus dem Angebot der TK wählen. Die Höhe der Prämienzahlung aus diesen Tarifen unterliegt den Regelungen des § 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V.

(3) Mindestbindungsfristen werden in den nachfolgenden Satzungsbestimmungen geregelt. In besonderen Härtefällen steht den Versicherten gemäß § 53 Abs. 8 Satz 3 SGB V ein Sonderkündigungsrecht zu.

§ 29

Wahltarife für besondere Versorgungsformen

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

§ 29a

Integrierte Versorgung

(1) Die TK führt integrierte Versorgungsformen auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V durch.

(2) Für Versicherte, die an integrierten Versorgungsformen teilnehmen, kann die TK entsprechend § 53 Abs. 3 SGB V die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen ermäßigen oder Prämienzahlungen anbieten. Voraussetzung ist, dass die jeweiligen Teilnahmebedingungen dies vorsehen und die vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an den Versorgungsverträgen erfüllt sind.

(3) Die TK führt ein Verzeichnis über die Versorgungsverträge nach § 140a SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der Versorgung sowie möglicher Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die TK stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 29b

Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die TK führt hausarztzentrierte Versorgungsformen nach § 73b SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen durch.

(2) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Hausärzte in Anspruch zu nehmen. Ausgenommen hiervon sind grundsätzlich Fachärzte für Gynäkologie, Augenärzte, Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnortwechsel, Praxis-schließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Kosten, die durch Verstöße des Versicherten gegen die freiwilligen Verpflichtungen nach den Sätzen 1 bis 3 entstehen, sollen dem Versicherten auferlegt werden. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach den Sätzen 1 bis 4 kann unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen frühestens zum Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der TK schriftlich zu erklären. Die besonderen Teilnahmevoraussetzungen der jeweiligen hausarztzentrierten Versorgungsformen ergeben sich aus dem in Abs. 4 genannten Verzeichnis.

(3) Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgungsform teilnehmen, kann die TK entsprechend § 53 Abs. 3 SGB V die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen ermäßigen oder Prämienzahlungen anbieten. Voraussetzung ist, dass die jeweiligen Teilnahmebedingungen dies vorsehen und die vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an den Versorgungsverträgen erfüllt sind.

(4) Die TK führt ein Verzeichnis über die Versorgungsverträge nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der Versorgung sowie möglicher Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die TK stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 29c

Besondere ambulante ärztliche Versorgung

(1) Die TK führt besondere ambulante ärztliche Versorgungsleistungen nach § 73c SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen durch. § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt.

(2) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung in die besondere ambulante ärztliche Versorgung. Kosten, die durch Verstöße des Versicherten gegen die freiwilligen Verpflichtungen nach Satz 1 entstehen, sollen dem Versicherten auferlegt werden. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach den Sätzen 1 bis 2 kann unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen frühestens zum Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die besonderen Teilnahmevoraussetzungen ergeben sich aus dem in Abs. 4 genannten Verzeichnis.

(3) Für Versicherte, die an besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsverträgen teilnehmen, kann die TK entsprechend § 53 Abs. 3 SGB V die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen ermäßigen oder Prämienzahlungen anbieten. Voraussetzung ist, dass die jeweiligen Teilnahmebedingungen dies vorsehen und die vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an den Versorgungsverträgen erfüllt sind.

(4) Die TK führt ein Verzeichnis über die Versorgungsverträge nach § 73c SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der Versorgung sowie möglicher Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die TK stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 29d

Strukturierte Behandlungsprogramme

Die TK führt strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V durch.

§ 30

Prämienzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen

(1) Volljährige Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können die Zahlung einer Prämie wählen, wenn

- sie im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert sind und
- sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

Die Wahl des Tarifs ist vom Mitglied unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen schriftlich zu erklären. Die Teilnahme beginnt mit dem 1. Januar des auf den Eingang der Teilnahmeerklärung folgenden Kalenderjahres. Mit Zustimmung der TK kann die Teilnahme auch unterjährig beginnen. Das Mitglied ist an seine Wahl mindestens ein Jahr ab Teilnahmebeginn gebunden. Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von einem Jahr gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). Sofern das Mitglied den Tarif nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt, verlängert sich die Teilnahme automatisch um ein weiteres Jahr. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der TK nicht möglich.

(2) Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach §§ 31a-d, 32 sowie 33 ist ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen ist eine Teilnahme für Mitglieder, die unter die Regelung des Abs. 7 und/oder § 31 Abs. 7 fallen.

(3) Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Leistungen zur Krankheitsverhütung (§§ 20, 20d SGB V)
- Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgekuren (§ 23 Abs. 2 SGB V)
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V).

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme übriger Leistungen durch Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(4) Die volle Prämie beträgt 1/12 des im Kalenderjahr während der Teilnahme vom Mitglied selbst getragenen Beitrages. Für das erste Teilnahmejahr ohne Inanspruchnahme von Leistungen erhält der Teilnehmer 50 vom Hundert der vollen Prämie. Nimmt das Mitglied weiter ununterbrochen am Tarif teil, steigt die Prämie im folgenden Teilnahmejahr auf 75 vom Hundert und in den darauf folgenden Teilnahmejahren auf 100 vom Hundert der vollen Prämie, wenn durchgehend keine Leistungen in Anspruch genommen wurden. Nach jedem Teilnahmejahr, in dem Leistungen bezogen wurden und deswegen keine Prämie ausgezahlt wurde, beginnt der Prämienanspruch ab dem folgenden leistungsfreien Teilnahmejahr mit dem nächstniedrigen Vomhundertsatz, mindestens jedoch mit 50 vom Hundert der vollen Prämie. Prämienzahlungen der Mitglieder für Wahltarife nach § 53 Abs. 4, 5 und 6 SGB V sowie der Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V gelten nicht als Beiträge im Sinne von Satz 1. Bei freiwillig versicherten Arbeitnehmern wird die Höhe der Prämie ohne Berücksichtigung der Beitragszuschüsse nach § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V ermittelt; bei freiwillig versicherten Beziehern einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Berücksichtigung der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI.

(5) Die Höhe der Prämie ist auf 20 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr während der Teilnahme selbst getragenen Beiträge begrenzt, höchstens jedoch auf 600 Euro. Die in Abs. 4 Satz 6 genannten Beitragszuschüsse bleiben dabei unberücksichtigt. Nimmt das Mitglied an weiteren Tarifen der TK mit einem Anspruch auf Prämienzahlung teil oder zahlt die TK eine Prämie nach § 242 Abs. 2 SGB V, beträgt die maximale Prämie insgesamt 30 vom Hundert bzw. 900 Euro.

(6) Die Prämienzahlung an das Mitglied erfolgt jeweils bis zum Ende des auf das Teilnahmejahr folgenden Kalenderjahres. Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am Tarif teilgenommen, wird die Prämie entsprechend anteilig für den Teilnahmezeitraum errechnet.

(7) Für Mitglieder, die bis zum 31.12.2008 wirksam einen Wahltarif nach § 29 a.F. (Prämienzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen) der bis zum 31.12.2008 geltenden Satzungsregelung der TK gewählt haben, bleibt § 29 a.F. der Satzung der TK mit der Maßgabe gültig, dass die Mindestbindungsfrist an den Tarif ein Jahr beträgt.

§ 31

Selbstbehalt

(1) Volljährige Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der für sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten volljährigen Familienangehörigen von der TK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Das Mitglied erhält im Gegenzug eine Prämienzahlung. Gewählt werden kann dafür einer der Tarife nach §§ 31a-d.

(2) Die Wahl eines Tarifs ist vom Mitglied unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen schriftlich zu erklären. Die Teilnahme beginnt mit dem 1. Januar des auf den Eingang der Teilnahmeerklärung folgenden Kalenderjahres. Mit Zustimmung der TK kann die Teilnahme auch unterjährig beginnen. Das Mitglied ist an seine Wahl mindestens drei Jahre nach Teilnahmebeginn gebunden. Die Mitgliedschaft bei der TK kann erst zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). Sofern das Mitglied den Tarif nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt, verlängert sich die Teilnahme automatisch um ein weiteres Jahr. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der TK nicht möglich.

(3) Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach §§ 30, 32 sowie 33 ist ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen ist eine Teilnahme für Mitglieder, die unter die Regelung der Abs. 7 und/oder § 30 Abs. 7 fallen.

(4) Die TK stellt die anzurechnenden Kosten (z.B. für Medikamente, Massagen, Krankengeld, Zahnersatz, kieferorthopädische Behandlung und stationäre Behandlungen) grundsätzlich in tatsächlicher Höhe in Rechnung. Von diesem Grundsatz gilt folgende Ausnahme:

- Entstehen der TK Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen im Ausland, die als Sachleistung nach Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte –EHIC– oder einer entsprechenden Anspruchsbescheinigung erbracht wurden, werden die Kosten pauschal abgerechnet. Die Höhe der Pauschale beträgt 300 Euro je Behandlungstag.

Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Ambulante vertragsärztliche bzw. -zahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen,
- Gesundheitskurse zur Prävention von Krankheiten (§ 18 Abs. 1 und 2 der TK-Satzung),
- Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten (§ 20d SGB V, § 19 der TK-Satzung),
- ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (Gesundheits-Checkup) nach § 25 Abs. 1 SGB V,
- ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsvorsorge) nach § 25 Abs. 2 SGB V,
- jährlich zwei Untersuchungen zur Gesunderhaltung der Zähne (§ 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
- Praxisbesuche, die ausschließlich dem Abholen einer Überweisung dienen.

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme übriger Leistungen durch Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(5) Die Höhe der Prämie ist auf 20 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr während der Teilnahme selbst getragenen Beiträge begrenzt, höchstens jedoch auf 600 Euro. Nimmt das Mitglied an weiteren Tarifen der TK mit einem Anspruch auf Prämienzahlung teil oder zahlt die TK eine Prämie nach § 242 Abs. 2 SGB V, beträgt die maximale Prämie insgesamt 30 vom Hundert bzw. 900 Euro. Prämienzahlungen der Mitglieder für Wahltarife nach § 53 Abs. 4, 5 und 6 SGB V sowie den Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V gelten nicht als Beiträge im Sinne des Satz 1. Bei freiwillig versicherten Arbeitnehmern wird die Höhe der Prämie ohne Be-

rücksichtigung der Beitragszuschüsse nach § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V ermittelt; bei freiwillig versicherten Beziehern einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Berücksichtigung der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI.

(6) Die Prämienzahlung an das Mitglied erfolgt jeweils bis zum Ende des auf das Teilnahmejahr folgenden Kalenderjahres. Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am Tarif teilgenommen, werden Selbstbehalt und Prämie entsprechend anteilig für den Teilnahmezeitraum errechnet.

(7) Für Mitglieder, die bis zum 31.12.2008 wirksam einen Selbstbehalttarif nach § 30 a.F. der bis zum 31.12.2008 geltenden Satzungsregelung der TK gewählt haben, bleibt § 30 a.F. der Satzung der TK gültig.

§ 31a

Selbstbehalt Prämie 100

Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 7.200 Euro sowie pflichtversicherten Studenten und Auszubildende können in diesem Wahltarif einen Selbstbehalt in Höhe von 120 Euro jährlich wählen. Die TK gewährt dafür eine Prämienzahlung von bis zu 100 Euro pro Jahr.

§ 31b

Selbstbehalt Prämie 240

Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 18.000 Euro können in diesem Wahltarif einen Selbstbehalt in Höhe von 300 Euro jährlich wählen. Die TK gewährt dafür eine Prämienzahlung von bis zu 240 Euro pro Jahr.

§ 31c

Selbstbehalt Prämie 400

Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 30.000 Euro können in diesem Wahltarif einen Selbstbehalt in Höhe von 670 Euro jährlich wählen. Die TK gewährt dafür eine Prämienzahlung von bis zu 400 Euro pro Jahr.

§ 31d

Selbstbehalt Prämie 600

Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 42.000 Euro können in diesem Wahltarif einen Selbstbehalt in Höhe von 1.100 Euro jährlich wählen. Die TK gewährt dafür eine Prämienzahlung von bis zu 600 Euro pro Jahr.

§ 32

Wahltarif Kleiner Selbstbehalt

(1) Anstelle der Tarife nach §§ 31a-d, können volljährige Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, für sich sowie wahlweise für sich und ihre nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen einen Selbstbehalt für bestimmte Leistungen

wählen. Diese Leistungen sind die ambulanten Vorsorgeleistungen (Kuren) nach § 23 Abs. 2 SGB V, die im Inland anfallen und Fahrkosten nach § 60 SGB V zu stationären Vorsorgemaßnahmen nach § 23 Abs. 4 SGB V sowie zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Abs. 2 SGB V, bei denen die TK Kostenträger ist. Anfallende Kosten werden dem Mitglied von der TK neben der gesetzlichen Zuzahlung nach § 61 SGB V bis zur maximalen Höhe des Selbstbehalts (24 Euro in Stufe 1 und 48 Euro in Stufe 2) in Rechnung gestellt. Alle anderen Leistungen der TK werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet. Die Wahl des Tarifs ist vom Mitglied unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen schriftlich zu erklären.

(2) Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach §§ 30, 31 sowie 33 ist ausgeschlossen.

(3) Die Teilnahme am Tarif kann unterjährig erklärt werden. Nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung beginnt die Teilnahme mit Wirkung zum nächsten Monatsersten. Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme drei Jahre an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der TK kann gemäß § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren gekündigt werden.

(4) Mit dem Selbstbehalttarif übernehmen die Mitglieder einen Teil der für sie und/oder ihre familienversicherten Angehörigen durch die TK zu tragenden Kosten (Selbstbehalt). Für die Teilnahme erhält das Mitglied eine Prämie. Die Selbstbehaltstufe ist abhängig von der persönlichen

Familiensituation des Mitgliedes zum Beginn der Teilnahme. Mitglieder ohne bei der TK familienversicherte Angehörige können nur die Stufe 1 des Tarifes wählen, Mitglieder mit bei der TK familienversicherten Angehörigen können wahlweise die Stufe 1 oder die Stufe 2 des Tarifes abschließen.

	Mitgliederstatus	Prämie jährlich	Selbstbehalt jährlich
Stufe 1	Mitglied	12 Euro	24 Euro
Stufe 2	Mitglied mit TK-Familienversicherten	24 Euro	48 Euro

(5) Wahlweise kann sich das Mitglied zu Beginn der Teilnahme zwischen einer Auszahlung der Prämie und einer durch die TK nach § 28 dieser Satzung vermittelten privaten Auslandsreisekrankenversicherung mit zusätzlichen Assistance-Leistungen entscheiden.

(6) Die Teilnahme endet, wenn das Mitglied den Tarif mit einer Frist von 3 Monaten vor Ablauf der Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt. Danach verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des jeweiligen Teilnahmejahres eine schriftliche Kündigung erfolgt. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der TK nicht möglich.

(7) Die Höhe der Prämie ist auf 20 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr während der Teilnahme selbst getragenen Beiträge begrenzt, höchstens jedoch auf 600 Euro. Nimmt das Mitglied an weiteren Tarifen der TK mit einem Anspruch auf Prämienzahlung teil oder zahlt die TK eine Prämie nach § 242 Abs. 2 SGB V, beträgt die maximale Prämie insgesamt 30 vom Hundert bzw. 900 Euro. Prämienzahlungen der Mitglieder für Wahltarife nach § 53 Abs. 4, 5 und 6 SGB V sowie den Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V gelten nicht als Beiträge im Sinne des Satz 1. Bei freiwillig versicherten Arbeitnehmern wird die Höhe der Prämie ohne Berücksichtigung der Beitragszuschüsse nach § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V ermittelt; bei freiwillig versicherten Beziehern einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Berücksichtigung der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI.

§ 33

Wahltarif TK-Tarif Praxis

(1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen anstelle der Sach- oder Dienstleistung diesen Tarif für die Erstattung von Kosten bei ambulanter ärztlicher Behandlung wählen.

(2) Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach §§ 29 b, 30 - 32 sowie 36 ist ausgeschlossen.

(3) Die Wahl des Tarifs ist vom Mitglied unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen schriftlich zu erklären. Die Teilnahme beginnt drei Monate nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der TK. Das Mitglied kann einen weiter in der Zukunft liegenden Teilnahmebeginn wählen. Bis zum Teilnahmebeginn kann die Wahl des Tarifs vom Mitglied schriftlich widerrufen werden; die Erklärung muss vor Teilnahmebeginn bei der TK eingegangen sein. Das Mitglied und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, sind ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme mindestens ein Jahr an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von einem Jahr gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

Sofern das Mitglied die Teilnahme am Tarif nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Jahr. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen. Auch für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der TK nicht möglich.

Unabhängig davon, endet die Teilnahme am Tarif automatisch mit dem Ende der TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz oder dem Ende der TK-Familienversicherung.

(4) Die dem Versicherten entstandenen Kosten für ambulante ärztliche Leistungen werden aus diesem Tarif erstattet, wenn es sich um in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch einen zugelassenen Leistungserbringer handelt. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder ruht dieser Anspruch, ist eine Erstattung im Rahmen des Tarifs ausgeschlossen.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen vorzulegen. Die Höhe der Erstattung beträgt 80 vom Hundert des Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen ärztlichen Leistungen. Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages werden die in Rechnung gestellten ärztlichen Leistungen bis zum 3,5fachen des einfachen Gebührensatzes nach der GOÄ berücksichtigt. Der dem Versicherten verbleibende Kostenanteil für die erstattungsfähigen ärztlichen Leistungen in Höhe von 20 vom Hundert des Rechnungsbetrages ist je Versicherten auf maximal 800 Euro pro Jahr der Teilnahme am Tarif begrenzt.

(5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und jeden nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, eine Monatsprämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 5. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Beginnt die Teilnahme nicht am 1. Tag eines Kalendermonats oder endet die Teilnahme nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie für den betreffenden Monat anteilig nach den tatsächlichen Kalendertagen berechnet.

Für die Bestimmung der Prämienhöhe ist das Alter des Versicherten zu Beginn des jeweiligen Teilnahmejahres maßgebend.

Die Höhe der altersabhängigen Monatsprämie beträgt:

Alter in Jahren	Monatsprämie in Euro
0 - 18	30,90 Euro
19 - 25	43,90 Euro
26 - 35	66,90 Euro
36 - 45	70,90 Euro
46 - 55	84,90 Euro
56 - 65	101,90 Euro
ab 66	127,90 Euro

Anstelle der kalendermonatlichen Zahlung der Prämie kann die Prämie wahlweise auch für ein halbes Jahr oder für ein Jahr im Voraus entrichtet werden. Das Mitglied erhält bei halbjährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 2 vom Hundert der Prämie oder bei jährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 4 vom Hundert der Prämie.

(6) Für Versicherte, die in einem vollständigen Teilnahmejahr keine Leistungen aus dem Tarif in Anspruch genommen haben, erhält das Mitglied eine Prämienrückerstattung. Voraussetzung ist, dass die Prämie für das Teilnahmejahr sowie eventuell angefallene Kosten, die durch verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig gezahlt wurden. Die Höhe der Prämienrückerstattung beträgt 5 vom Hundert der für den Versicherten im Teilnahmejahr gezahlten Prämie. Sofern ein Versicherter in mehreren ohne Unterbrechung aufeinanderfolgenden Teilnahmejahren keine Leistungen aus dem Tarif in Anspruch nimmt, erhöht sich die Prämienrückerstattung mit jedem weiteren Jahr ohne Leistungen aus dem Tarif um 5 vom Hundert. Die Höhe der Prämienrückerstattung ist auf maximal 50 vom Hundert der für den Versicherten im Teilnahmejahr gezahlten Prämie begrenzt.

§ 34

Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

(1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen ab dem Alter von zwölf Jahren den Tarif nach § 53 Abs. 5 SGB V für die Erstattung von Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie) wählen. Die Wahl des Tarifs erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung.

(2) Die Teilnahme an dem Tarif beginnt mit dem ersten Tag des Monats, der auf den Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der TK folgt. Das Mitglied und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, sind ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme ein Jahr an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der TK kann gemäß § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von einem Jahr gekündigt werden.

(3) Erstattet werden dem Mitglied die für sich selbst und/oder seine familienversicherten Angehörigen entstandenen und nachgewiesenen Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie bei Verordnung auf Privatrezept durch einen Arzt und anschließendem Bezug über eine Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen vorzulegen. Die Höhe der Erstattung beträgt 90 vom Hundert der Kosten für jedes einzelne im Rahmen des Tarifs erstattungsfähige Arzneimittel. Maßgeblich ist der zum Zeitpunkt der Abgabe des Arzneimittels gültige Apothekenabgabepreis.

Je Versicherten, für den eine Prämie entrichtet wird, ist die Leistung im Rahmen des Tarifs auf einen jährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt, der abhängig ist vom Eintrittsalter des Versicherten zum Zeitpunkt des Teilnahmebeginns. Nach Ablauf der Mindestbindungsfrist richtet sich der jährliche Rechnungshöchstbetrag nach dem aktuellen Alter des Versicherten zu Beginn des Verlängerungsjahres.

Erstattungen im Rahmen dieses Tarifs für prämienvfrei mitversicherte Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren werden auf den jährlichen Rechnungshöchstbetrag des Mitgliedes angerechnet. Hat das Mitglied diesen Tarif nur für seinen familienversicherten Ehegatten / Lebenspartner gewählt, werden die Erstattungen für prämienvfrei mitversicherte Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren auf den jährlichen Rechnungshöchstbetrag des familienversicherten Ehegatten / Lebenspartners angerechnet.

Es gelten die folgenden jährlichen Rechnungshöchstbeträge:

<u>Altersklassen</u> (Alter in Jahren)		<u>Rechnungshöchstbetrag</u> (in Euro)
• 12 - 25	=	140,00 Euro
• 26 - 35	=	160,00 Euro
• 36 - 45	=	180,00 Euro
• 46 - 55	=	200,00 Euro
• 56 - 65	=	240,00 Euro
• über 65	=	280,00 Euro

Sofern Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht der Anspruch auf Erstattung der Arzneimittelkosten ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tag, an dem die Prämien zuzüglich sämtlicher ausstehender Kosten, die durch die verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig nachentrichtet werden.

(4) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen ab dem Alter von zwölf Jahren, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Monatsprämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 5. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Endet die Teilnahme nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie für den betreffenden Monat anteilig nach den tatsächlichen Kalendertagen berechnet. Wählt das Mitglied für sich selbst oder für seinen familienversicherten Ehegatten/Lebenspartner diesen Tarif, sind die familienversicherten Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren bis längstens zum Ende der Familienversicherung prämienvfrei mitversichert.

Für die Bestimmung der Prämienhöhe ist das Alter des Versicherten zu Beginn des jeweiligen Teilnahmejahres maßgebend.

Die Höhe der altersabhängigen Monatsprämie beträgt:

<u>Altersklassen</u> (Alter in Jahren)		<u>Monatsprämie</u> (in Euro)
• 12 – 25	=	4,90 Euro
• 26 – 35	=	5,90 Euro
• 36 – 45	=	6,90 Euro
• 46 – 55	=	8,90 Euro
• 56 – 65	=	11,90 Euro
• über 65	=	14,90 Euro

Anstelle der kalendermonatlichen Zahlung der Prämie kann die Prämie wahlweise auch für ein halbes Jahr oder für ein Jahr im Voraus entrichtet werden. Das Mitglied erhält bei halbjährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 2 vom Hundert der Prämie oder bei jährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 4 vom Hundert der Prämie.

(5) Die Teilnahme endet, wenn das Mitglied den Tarif mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt; maßgebend ist der Eingang der Kündigung bei der TK. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr, wenn zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres keine schriftliche Kündigung durch das Mitglied erfolgt. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der TK nicht möglich.

Die Teilnahme des Versicherten endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder dem Ende der Familienversicherung bei der TK.

§ 35

Wahltarife Krankengeld

(1) Die TK bietet Wahltarife für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V an.

(2) Die Teilnahme am Tarif beginnt drei Monate nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der TK. Das Mitglied kann einen weiter in der Zukunft liegenden Teilnahmebeginn wählen. Bis zum Teilnahmebeginn kann die Wahl des Tarifs vom Mitglied schriftlich widerrufen werden; die Erklärung muss vor Teilnahmebeginn bei der TK eingegangen sein. Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme drei Jahre an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der TK kann gemäß § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren gekündigt werden.

(3) Das Mitglied wählt die Höhe des Krankengeldes. Für die Dauer des Bezugs von Krankengeld ist das Mitglied beitragsfrei in der Krankenversicherung (§ 224 SGB V), wenn das gewählte Krankengeld der Höhe nach mindestens der Hälfte des Betrags entspricht, der unter Anwendung des § 47 SGB V als Brutto-Krankengeld zu zahlen wäre bzw. zu zahlen ist. Im Falle der Versicherungspflicht in den anderen Zweigen der Sozialversicherung und zur Bundesagentur für Arbeit behält die TK den vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteil vom Krankengeld ein und entrichtet diesen an den zuständigen Sozialversicherungsträger.

(4) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs eine monatliche Prämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 5. Tag eines Kalendermonats für den laufenden Monat fällig. Beginnt die Teilnahme nicht am 1. Tag eines Kalendermonats oder endet die Teilnahme nicht am letzten Tag eines Kalendermonats, wird die Prämie für den betreffenden Monat anteilig nach den tatsächlichen Kalendertagen berechnet.

Anstelle der kalendermonatlichen Zahlung der Prämie kann die Prämie wahlweise auch für ein halbes Jahr oder ein Jahr im Voraus entrichtet werden. Das Mitglied erhält bei halbjährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 2 vom Hundert der Prämie oder bei jährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 4 vom Hundert der Prämie.

(5) Die Teilnahme endet, wenn das Mitglied den Tarif mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt; maßgebend ist der Eingang der Kündigung bei der TK. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils um drei weitere Jahre, wenn zum Ablauf des jeweiligen Dreijahreszeitraumes keine schriftliche Kündigung durch das Mitglied erfolgt. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der TK nicht möglich.

§ 35a

Wahltarif Krankengeld für Selbstständige und bestimmte Arbeitnehmer

(1) Mitglieder, die

- hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind oder
- bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben,

können einen der nachfolgenden Tarife wählen:

a) TK-Tarif KG Klassik 22

Dieser Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 oder 3 SGB V gewählt werden.

Leistungshöhe:

Das Mitglied wählt die Höhe des Krankengeldes in 10-Euro-Schritten von 30,00 bis 90,00 Euro. Beträgt das gewählte Krankengeld mehr als 30,00 Euro, darf es 70 vom Hundert des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen.

durchschnittliches monatliches Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt in Euro	wählbares Krankengeld pro Kalendertag in Euro						
	30	40	50	60	70	80	90
0,01 - 1.714,28	X						
1.714,29 - 2.142,85	X	X					
2.142,86 - 2.571,42	X	X	X				
2.571,43 - 2.999,99	X	X	X	X			
3.000,00 - 3.428,56	X	X	X	X	X		
3.428,57 - 3.857,13	X	X	X	X	X	X	
ab 3.857,14	X	X	X	X	X	X	X

Während der jeweiligen dreijährigen Bindungsfrist kann das Mitglied die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Wartezeit beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die TK.

Eine Absenkung des gewählten Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Absenkung des Krankengeldes ist ausgeschlossen, wenn in dem laufenden Dreijahreszeitraum der Anspruch auf Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

Das Mitglied ist verpflichtet, nach Aufforderung der TK die verlangten Nachweise über das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der selbstständigen Tätigkeit/Beschäftigung herrührenden Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts unverzüglich mitzuteilen. Erlangt die TK davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis ent-

sprechend dem geminderten Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit oder begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.

Leistungsinhalt und Voraussetzungen:

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht am 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder am 22. Tag der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V), die auf Kosten der TK erfolgt. Das Krankengeld wird längstens bis zum Beginn des gesetzlichen Anspruchs am 43. Tag gezahlt. Das Krankengeld wird für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Außerdem erhält das Mitglied Krankengeld bereits ab dem ersten Tag einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus, die vor dem Leistungsbeginn am 22. Tag beginnt. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handelt, die Behandlung auf Kosten der TK erfolgt und das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Das Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Die Dauer des Krankengeldbezuges wird nicht auf die zuvor genannte Höchstbezugsdauer von 26 Wochen angerechnet.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

Leistungsausschluss und -kürzung:

Teilnehmer, deren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 16 SGB V ruht oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften ausgeschlossen ist (insbesondere § 11 Abs. 5 SGB V, § 52a SGB V), haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den Bestimmungen dieses Tarifs.

Der Anspruch auf Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme begonnen haben, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif, es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der TK bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert.

Der Anspruch auf Krankengeld ist ausgeschlossen, solange der Teilnehmer während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung

- Arbeitseinkommen aus eigener Arbeitsleistung bzw. Arbeitsentgelt erzielt,
- Elterngeld bezieht,
- Elternzeit nach dem "Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz - BEEG)" in Anspruch nimmt,
- Mutterschaftsgeld oder Verletztengeld bezieht,
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezieht oder ihrer Art nach vergleichbare Leistungen von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhält.

Bezieht der Teilnehmer eine der in § 50 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen, wird das Krankengeld um den Zahlbetrag der Leistung gekürzt.

Prämie:

Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt:

kalendertägliches Krankengeld in Euro	30,00	40,00	50,00	60,00	70,00	80,00	90,00
monatlich Prämie in Euro	17,40	23,20	29,00	34,80	40,60	46,40	52,20

b) TK-Tarif KG Klinik

Dieser Tarif kann separat oder in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld gewählt werden.

Leistungshöhe:

Das Mitglied wählt die Höhe des Krankengeldes in 10-Euro-Schritten von 30,00 bis 90,00 Euro. Beträgt das gewählte Krankengeld mehr als 30 Euro, darf es 70 vom Hundert des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen.

durchschnittliches monatliches Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt in Euro	wählbares Krankengeld pro Kalendertag in Euro						
	30	40	50	60	70	80	90
0,01 - 1.714,28	X						
1.714,29 - 2.142,85	X	X					
2.142,86 - 2.571,42	X	X	X				
2.571,43 - 2.999,99	X	X	X	X			
3.000,00 - 3.428,56	X	X	X	X	X		
3.428,57 - 3.857,13	X	X	X	X	X	X	
ab 3.857,14	X	X	X	X	X	X	X

Während der jeweiligen dreijährigen Bindungsfrist kann das Mitglied die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Wartezeit beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die TK.

Eine Absenkung des gewählten Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Absenkung des Krankengeldes ist ausgeschlossen, wenn in dem laufenden Dreijahreszeitraum der Anspruch auf Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

Das Mitglied ist verpflichtet, nach Aufforderung der TK die verlangten Nachweise über das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der selbstständigen Tätigkeit/Beschäftigung herrührenden Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts unverzüglich mitzuteilen. Erlangt die TK davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt herabsetzen.

Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit oder begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.

Leistungsinhalt und Voraussetzungen:

Das Mitglied erhält Krankengeld bei einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handelt, die Behandlung auf Kosten der TK erfolgt und das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Der Anspruch entsteht am 1. Tag der Behandlung. Hat das Mitglied neben diesem Tarif auch das gesetzliche Krankengeld gewählt, wird das Krankengeld aus diesem Tarif längstens bis zum 42. Tag der Krankenhausbehandlung gezahlt. Das Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt. Der Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Bei Krankenhausbehandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

Leistungsausschluss und -kürzung:

Teilnehmer, deren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 16 SGB V ruht oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften ausgeschlossen ist (insbesondere § 11 Abs. 5 SGB V, § 52a SGB V), haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den Bestimmungen dieses Tarifs.

Der Anspruch auf Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme begonnen haben, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif, es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der TK bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert.

Der Anspruch auf Krankengeld ist ausgeschlossen, solange der Teilnehmer während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung

- Arbeitseinkommen aus eigener Arbeitsleistung bzw. Arbeitsentgelt erzielt,
- Elterngeld bezieht,
- Elternzeit nach dem "Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz - BEEG)" in Anspruch nimmt,
- Mutterschaftsgeld oder Verletztengeld bezieht,
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezieht oder ihrer Art nach vergleichbare Leistungen von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhält.

Bezieht der Teilnehmer eine der in § 50 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen, wird das Krankengeld um den Zahlbetrag der Leistung gekürzt.

Prämie:

Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt:

kalendertägliches Krankengeld in Euro	30,00	40,00	50,00	60,00	70,00	80,00	90,00
monatlich Prämie in Euro	5,10	6,80	8,50	10,20	11,90	13,60	15,30

c) TK-Tarif KG Premium 43

Dieser Tarif kann nicht in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld gewählt werden.

Leistungshöhe:

Das Mitglied wählt die Höhe des Krankengeldes in 20-Euro-Schritten von 100,00 bis 200,00 Euro. Das gewählte Krankengeld darf 70 vom Hundert des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen.

durchschnittliches monatliches Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt in Euro	wählbares Krankengeld pro Kalendertag in Euro					
	100	120	140	160	180	200
4.285,71 - 5.142,85	X					
5.142,86 - 5.999,99	X	X				
6.000,00 - 6.857,13	X	X	X			
6.857,14 - 7.714,28	X	X	X	X		
7.714,29 - 8.571,42	X	X	X	X	X	
ab 8.571,43	X	X	X	X	X	X

Während der jeweiligen dreijährigen Bindungsfrist kann das Mitglied die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Wartezeit beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die TK.

Eine Absenkung des gewählten Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Absenkung des Krankengeldes ist ausgeschlossen, wenn in dem laufenden Dreijahreszeitraum der Anspruch auf Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

Das Mitglied ist verpflichtet, nach Aufforderung der TK die verlangten Nachweise über das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der selbstständigen Tätigkeit/Beschäftigung herührenden Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts unverzüglich mitzuteilen. Erlangt die TK davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit oder begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.

Leistungsinhalt und Voraussetzungen:

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht am 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder am 43. Tag der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V), die auf Kosten der TK erfolgt. Das Krankengeld wird für insgesamt 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Außerdem erhält das Mitglied Krankengeld bei einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus, die vor dem Leistungsbeginn am 43. Tag beginnt. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handelt, die Behandlung auf Kosten der TK erfolgt und das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Das Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Die Dauer des Krankengeldbezuges wird nicht auf die zuvor genannte Höchstbezugsdauer von 78 Wochen angerechnet.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

Zudem besteht ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes ab dem 1. Tag, an dem das Mitglied zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit fernbleibt. Es wird unter den Voraussetzungen und in dem zeitlichen Umfang des § 45 SGB V gezahlt.

Leistungsausschluss und -kürzung:

Teilnehmer, deren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 16 SGB V ruht oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften ausgeschlossen ist (insbesondere § 11 Abs. 5 SGB V, § 52a SGB V), haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den Bestimmungen dieses Tarifs.

Der Anspruch auf Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme begonnen haben, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif, es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der TK bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert.

Der Anspruch auf Krankengeld ist ausgeschlossen, solange der Teilnehmer während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung

- Arbeitseinkommen aus eigener Arbeitsleistung bzw. Arbeitsentgelt erzielt,
- Elterngeld bezieht,
- Elternzeit nach dem "Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz - BEEG)" in Anspruch nimmt,
- Mutterschaftsgeld oder Verletztengeld bezieht,
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezieht oder ihrer Art nach vergleichbare Leistungen von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhält.

Bezieht der Teilnehmer eine der in § 50 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen, wird das Krankengeld um den Zahlbetrag der Leistung gekürzt.

Prämie:

Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt:

kalendertägliches Krankengeld in Euro	100,00	120,00	140,00	160,00	180,00	200,00
monatliche Prämie in Euro	50,00	60,00	70,00	80,00	90,00	100,00

§ 35b

Wahltarif Krankengeld für Künstler und Publizisten

Die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder können den TK-Tarif KG Künstler und Publizisten wählen.

Leistungshöhe:

Das Mitglied wählt die Höhe des Krankengeldes in 10-Euro-Schritten von 30,00 bis 90,00 Euro. Beträgt das gewählte Krankengeld mehr als 30,00 Euro, darf es 70 vom Hundert des durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens nicht übersteigen.

durchschnittliches monatliches Arbeitseinkommen in Euro	wählbares Krankengeld pro Kalendertag in Euro						
	30	40	50	60	70	80	90
0,01 - 1.714,28	X						
1.714,29 - 2.142,85	X	X					
2.142,86 - 2.571,42	X	X	X				
2.571,43 - 2.999,99	X	X	X	X			
3.000,00 - 3.428,56	X	X	X	X	X		
3.428,57 - 3.857,13	X	X	X	X	X	X	
ab 3.857,14	X	X	X	X	X	X	X

Während der jeweiligen dreijährigen Bindungsfrist kann das Mitglied die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrages). Mit der Anpassung des Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Wartezeit beginnt mit der Bestätigung der Anpassung durch die TK.

Eine Absenkung des gewählten Krankengeldes ist zum Ersten des Folgemonats möglich. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Sie ist jedoch ausgeschlossen, wenn in dem laufenden Dreijahreszeitraum der Anspruch auf Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

Das Mitglied ist verpflichtet, nach Aufforderung der TK die verlangten Nachweise über das Arbeitseinkommen vorzulegen sowie eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der selbstständigen Tätigkeit herrührenden Arbeitseinkommens unverzüglich mitzuteilen. Erlangt die TK davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen des Mitglieds unter die Höhe des zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Arbeitseinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit oder begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.

Leistungsinhalt und Voraussetzungen:

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht am 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder am 15. Tag der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V), die auf Kosten der TK erfolgt. Das Krankengeld wird bis zum Beginn der gesetzlichen Leistung am 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit bzw. stationären Behandlung (§ 46 Satz 2 SGB V) gezahlt. Das Krankengeld wird für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Teilnahme am Tarif.

Außerdem erhält das Mitglied Krankengeld bereits ab dem ersten Tag einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus, die vor dem Leistungsbeginn am 15. Tag beginnt. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V handelt, die Behandlung auf Kosten der TK erfolgt und das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Das Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Die Dauer des Krankengeldbezuges wird nicht auf die zuvor genannte Höchstbezugsdauer von 26 Wochen angerechnet.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

Leistungsausschluss und -kürzung:

Teilnehmer, deren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 16 SGB V ruht oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften ausgeschlossen ist (insbesondere § 11 Abs. 5 SGB V, § 52a SGB V), haben keinen Anspruch auf Leistungen nach den Bestimmungen dieses Tarifs.

Der Anspruch auf Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt.

Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme begonnen haben, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif, es sei denn, der Teilnehmer war unmittelbar vorher bei der TK bereits mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V versichert. Der Anspruch auf Krankengeld ist ausgeschlossen, solange der Teilnehmer während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung

- Arbeitseinkommen aus eigener Arbeitsleistung bzw. Arbeitsentgelt erzielt,
- Elterngeld bezieht,
- Elternzeit nach dem "Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz - BEEG)" in Anspruch nimmt,
- Mutterschaftsgeld oder Verletztengeld bezieht,
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezieht oder ihrer Art nach vergleichbare Leistungen von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhält.

Bezieht der Teilnehmer eine der in § 50 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen, wird das Krankengeld um den Zahlbetrag der Leistung gekürzt.

Prämie:

Die Höhe der monatlichen Prämie beträgt:

kalendertägliches Krankengeld in Euro	30,00	40,00	50,00	60,00	70,00	80,00	90,00
monatlich Prämie in Euro	10,50	14,00	17,50	21,00	24,50	28,00	31,50

§ 36

TK-Tarif Select

(1) Volljährige Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen ab 8.000 Euro, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können einen Teil der Kosten übernehmen, die von der TK für sie zu tragen sind (Selbstbehalt). Der Selbstbehalt gilt nur für bestimmte Leistungen. Im Gegenzug erhält das Mitglied eine Prämienzahlung. Die Einkommensgrenze nach Satz 1 gilt nicht für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V.

(2) Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach §§ 30, 31a-d, 32, 33 sowie 34 ist ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen ist eine Teilnahme für Mitglieder, die unter die Regelung des § 30 Abs. 7 und/oder § 31 Abs. 7 fallen.

(3) Die Wahl des Tarifs ist vom Mitglied unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen schriftlich zu erklären. Nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung beginnt die Teilnahme mit Wirkung zum nächsten Monatsersten. Das Mitglied ist ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme mindestens drei Jahre an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der TK kann erst zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

Sofern das Mitglied den Tarif nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt, verlängert sich die Teilnahme automatisch um ein weiteres Jahr. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen. Hat die Teilnahme unterjährig begonnen, verlängert sich der Tarif zunächst bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres und erst danach jeweils um ein weiteres Jahr. Auch für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der TK nicht möglich.

(4) Das Mitglied wählt für sich einen Selbstbehalt in Höhe von maximal 150 Euro pro Kalenderjahr. Dafür zahlt die TK dem Mitglied eine kalenderjährliche Prämie von maximal 120 Euro.

Die Höhe des Selbstbehalts und der Prämie hängt davon ab, ob sich das Mitglied für eine, mehrere oder alle der folgenden Leistungen entscheidet:

Leistung	Prämie pro Kalenderjahr	Selbstbehalt pro Kalenderjahr
Zuschuss zu den übrigen Kosten bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 Satz 2 SGB V, § 20 Satz 3 TK-Satzung)	24 Euro	30 Euro
Fahrkosten (§ 60 Abs. 3 Nr. 1, 2 und 4 SGB V), ausgenommen für Transporte in Krankenwagen oder Rettungsfahrzeugen bei medizinischen Notfällen	24 Euro	30 Euro
Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 2 SGB V, § 24 Abs. 3 TK-Satzung), ausgenommen im Haushalt lebt ein Kind, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist	24 Euro	30 Euro
Leistungen nach dem Homöopathievertrag zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V, § 29a TK-Satzung)	24 Euro	30 Euro
Reiseschutzimpfungen im Zusammenhang mit privaten Auslandsreisen (§ 20d Abs. 2 SGB V, § 19 Abs. 1 Satz 2 TK-Satzung)	24 Euro	30 Euro
Gesamt maximal:	120 Euro	150 Euro

Die zum Teilnahmebeginn maßgebliche Wahl gilt für mindestens drei Jahre. Bei weiterer durchgehender Teilnahme am Tarif kann die Wahl jeweils zum Beginn eines Kalenderjahres geändert werden. Eine entsprechende schriftliche Erklärung des Mitglieds muss bis zum 30.11. des Vorjahres bei der TK eingehen.

(5) Die Höhe der Prämie ist auf 20 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr während der Teilnahme selbst getragenen Beiträge begrenzt, höchstens jedoch auf 600 Euro. Nimmt das Mitglied an weiteren Tarifen der TK mit einem Anspruch auf Prämienzahlung teil oder zahlt die TK eine Prämie nach § 242 Abs. 2 SGB V, beträgt die maximale Prämie insgesamt 30 vom Hundert bzw. 900 Euro. Prämienzahlungen der Mitglieder für Wahltarife nach § 53 Abs. 4, 5 und 6 SGB V sowie den Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V gelten nicht als Beiträge im Sinne des Satz 1. Bei freiwillig versicherten Arbeitnehmern wird die Höhe der Prämie ohne Berücksichtigung der Beitragszuschüsse nach § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V ermittelt; bei freiwillig versicherten Beziehern einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Berücksichtigung der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI.

(6) Das Mitglied erhält die Prämie erstmalig mit Beginn der Teilnahme für die Zeit bis zum Ende des Kalenderjahres im Voraus. In den Folgejahren wird die Prämie ebenfalls im Voraus bis zum 31.03. des jeweiligen Kalenderjahres ausgezahlt. Nimmt das Mitglied nicht im gesamten Kalenderjahr am Tarif teil, erfolgt die Berechnung und Auszahlung der Prämie entsprechend anteilig.

(7) Die Abrechnung erfolgt bis zum Ende des Kalenderjahres, welches auf das Kalenderjahr folgt, für das die Prämie gezahlt wurde. Hat das Mitglied auf den Selbstbehalt anzurechnende Leistungen in Anspruch genommen, stellt die TK dem Mitglied die Kosten in tatsächlicher Höhe in Rechnung, begrenzt auf den Selbstbehalt je gewählter Leistung. Die TK macht ihre Forderung gegen das Mitglied schriftlich geltend. Das Mitglied gleicht die Forderung innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der schriftlichen Mitteilung aus.

Artikel II

Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

Anlage 1

Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung

Einen Anspruch haben Mitglieder der Selbstverwaltung der TK unter der Berücksichtigung der Beschlüsse des Verwaltungsrates bei Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit, insbesondere für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates und dessen Ausschüssen, des hauptamtlichen Vorstands und der Widerspruchsausschüsse.

A. Ersatz von baren Auslagen

I. Inlandsdienstreise

Fahrkosten

Es werden erstattet:

a) Bei Benutzung

- der Bahn oder eines Schiffes der Fahrpreis der 1. Klasse einschließlich der Zuschläge und Schlafwagenkosten,
- eines privaten PKW ein Kilometergeld in Höhe von 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer,
- eines Flugzeuges die Kosten für die Economy-Klasse.

b) Zubringerkosten

c) Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten, wie Parkgebühren, Telefon- und Portoauslagen.

Tagegeld

Die Höhe des Tagegeldes richtet sich nach der Dauer der Dienstreise. Gezahlt werden bei einer Abwesenheit pro Kalendertag von

- mindestens 8 aber weniger als 14 Stunden 6 Euro
- ab 14 aber weniger als 24 Stunden 12 Euro
- ab 24 Stunden 24 Euro.

Übernachtungsgeld/-kosten

a) Das pauschale Übernachtungsgeld beträgt 20 Euro. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig und nachgewiesen sind.

b) Wird des Amtes wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 vom Hundert, für Hauptmahlzeiten um jeweils 40 vom Hundert des vollen Tagegeldes gekürzt.

II. Auslandsdienstreise

Es werden erstattet:

a) Bei Benutzung

- der Bahn der Fahrpreis der 1. Klasse oder eines Schiffes der Fahrpreis der 2. Klasse einschließlich der Zuschläge und Schlafwagenkosten, die Kosten für die Spezial- oder Doppelbettklasse,
- eines privaten PKW ein Kilometergeld in Höhe von 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer,
- eines Flugzeuges innerhalb Europas die Kosten für die Economy-Klasse; ansonsten werden die Kosten der Business- bzw. einer vergleichbaren Klasse erstattet.

b) Zubringerkosten

c) Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten wie Parkgebühren, Telefon- und Portoauslagen.

d) Ein Auslandstagegeld in Höhe von 150 vom Hundert des vergleichbaren Inlandstagegeldes.

e) Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig und nachgewiesen sind.

B. Pauschbeträge

I. für Zeitaufwand

a) Für die Teilnahme an Sitzungen einschließlich der Gruppenvorbesprechungen, die im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Organsitzung stehen, wird für jeden Kalendertag ein Pauschbetrag von 62 Euro gezahlt. Die Vorsitzenden der Ausschüsse und deren Stellvertreter erhalten bei Sitzungen der Ausschüsse kalendertäglich den 2-fachen Pauschbetrag für Zeitaufwand. Bei mehreren Sitzungen am selben Tag wird der Pauschbetrag für Zeitaufwand nur einmal gewährt.

b) Für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen erhalten monatlich:

- der Vorsitzende des Verwaltungsrates sowie sein Stellvertreter das 8-fache des Pauschbetrages nach Buchstabe a).

c) Anderen Mitgliedern der Selbstverwaltung kann aufgrund eines besonderen Auftrages für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ein Pauschbetrag gemäß Buchstabe a) gezahlt werden. Der Pauschbetrag kann ausnahmsweise nur dann gewährt werden, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Selbstverwaltungsmitgliedes vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

d) Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig.

II. für Auslagen außerhalb von Sitzungen

Als Pauschbetrag für alle weiteren baren Auslagen, die im Interesse der Wahrnehmung der Aufgaben entstehen, wie Kosten, die durch Zurverfügungstellung der eigenen Wohnräume für Aufgaben der Kasse eintreten, Telefongebühren, Porti, Schreibmaterial usw. werden dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter monatlich je 64 Euro gezahlt.

C. Ersatz für entgangenen Bruttoverdienst bzw. Verdienstaufschlag sowie für Beiträge zur Rentenversicherung

Die Entschädigung nach § 41 Abs. 2 SGB IV beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens $\frac{1}{75}$ der monatlichen Bezugsgröße. Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaufschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit $\frac{1}{3}$ des in Satz 1 genannten Höchstbetrages zu ersetzen. Der Verdienstaufschlag wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden geleistet; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen. Erstattet werden die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge zur Rentenversicherung.

D. Ersatz bei Sachschäden, die im Dienst entstanden sind

Bei Dienstunfällen kommen die für den Öffentlichen Dienst geltenden Gesetze und Verwaltungsvorschriften zur Anwendung.

Einem Antrag auf Kostenerstattung sind ein Sachbericht über den Unfall und die Originalrechnung über die entstandenen Kosten beizufügen.

Satzung der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung vom 1. Januar 2009 unter Berücksichtigung des 3. Nachtrages

Stand: 1. Juli 2011

Artikel I A Verfassung

§ 1

Name, Rechtsstellung, Geschäftsgebiet und Sitz

(1) Die im Jahre 1994 nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) errichtete Pflegekasse und im Jahre 2000 mit der "Pflegekasse bei der Gärtner-Krankenkasse (Ersatzkasse)" und im Jahre 2009 mit der "IKK-Direkt Pflegekasse" vereinigte Kasse führt den Namen Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung.

(2) Die Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und ist Träger der sozialen Pflegeversicherung.

(3) Die Organe der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung sind der Verwaltungsrat der Techniker Krankenkasse als Selbstverwaltungsorgan und der Vorstand der Techniker Krankenkasse.

(4) Das Geschäftsgebiet der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung umfasst das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

(5) Sitz der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung ist Hamburg.

§ 2

Verwaltungsrat

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Wahl, Amtsdauer sowie Rechte und Pflichten richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen der Satzung.

(2) Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.

(3) Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen den alternierenden Vorsitzenden jeweils jährlich zum 1. Januar. Die alternierenden Vorsitzenden dürfen nicht der selben Gruppe angehören.

(4) Der Verwaltungsrat bildet zur Vorbereitung oder zur Erledigung von Aufgaben - mit Ausnahme der Rechtssetzung - Fachausschüsse. Die Ausschüsse werden paritätisch und grundsätzlich unter Anwendung der Verhältniswahl nach dem Höchstzahlverfahren d'Hondt besetzt.

(5) Der Verwaltungsrat bestimmt die Grundzüge der Kassenpolitik - auch für die Verbandsarbeit - und trifft alle Entscheidungen, die für die Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung von grundsätzlicher Bedeutung sind.

(6) Der Verwaltungsrat hat insbesondere folgende Aufgaben:

- Die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen.
- Die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates zu beschließen.
- Überwachung der Vorstandsarbeit.
- Beschlussfassung über die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltung.
- Feststellung des Haushaltsplanes.
- Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes.
- Bestellung sachverständiger Prüfer zur jährlichen Prüfung der Betriebsführung.
- Bestellung sachverständiger Prüfer zur jährlichen Prüfung der Rechnungsführung.
- Die Bestimmung der Widerspruchsstelle nach den Vorschriften des SGB.
- Die Bestimmung der Einspruchsstelle nach den Vorschriften des SGB und Ordnungswidrigkeitengesetzes.
- Vertretung der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern.
- Beschlussfassung über Vereinbarungen und Verträge mit anderen Pflegekassen, soweit diese nicht in die Zuständigkeit des Vorstandes fallen.

(7) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(8) Die ordentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates finden nach Bedarf, jedoch mindestens dreimal jährlich statt. Der Verwaltungsrat ist außerdem einzuberufen, wenn es ein Drittel seiner Mitglieder oder die Aufsichtsbehörde verlangt. Derartige Sitzungen müssen innerhalb von vier Wochen stattfinden.

(9) Für die Beratung und Beschlussfassung gelten die entsprechenden Vorschriften des SGB.

(10) Änderungen der Satzung bedürfen der Zustimmung von zwei Drittel der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates.

(11) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen bei

1. Angelegenheiten, in denen auf einer Sitzung des Verwaltungsrates oder einzelner von ihm zu bestimmender Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
2. Angelegenheiten, die nach Beratung auf einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen.

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

§ 3

Vorstand

(1) Der aus drei Mitgliedern bestehende Vorstand übt seine Tätigkeit hauptamtlich aus.

(2) Der Vorstand verwaltet die Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

(3) Die Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung kann im Einzelfall auf Beschluss des Vorstandes auch durch ein Mitglied des Vorstandes allein vertreten werden.

(4) Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:

- Ausgestaltung und Leitung der Verwaltung.
- Entscheidung über die Anlegung der Rücklagen, die der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen.
- Aufnahme von Darlehen.
- Erlass von Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte.
- Aufstellung des Haushaltsplanes.
- Aufstellung der Jahresrechnung.
- Vorlage der geprüften Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Feststellungen des Prüfberichtes beim Verwaltungsrat.
- Vorlage des Berichtes über die jährliche Prüfung der Betriebsführung beim Verwaltungsrat.

(5) Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat zu berichten über

- die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung.
- die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung.
- alle Angelegenheiten, in denen der Vorstand Entscheidungen im Benehmen mit dem Verwaltungsrat zu treffen hat.

(6) Den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates ist aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

§ 4

Widerspruchsausschüsse

(1) Jeder Widerspruchsausschuss besteht aus je 2 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Jedes Mitglied hat mindestens einen Stellvertreter.

(2) Die Widerspruchsausschüsse der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung sind die Widerspruchsausschüsse der Techniker Krankenkasse und nehmen die Aufgaben nach § 85 Abs. 2 SGG - Erlass von Widerspruchsbescheiden - wahr. Im Übrigen gilt § 4 der Satzung der Techniker Krankenkasse entsprechend.

§ 5

Entschädigung der Organmitglieder

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine Entschädigung nach der entsprechenden Vorschrift des SGB. Die Entschädigungsregelung ist als Anlage 1 Bestandteil der Satzung der Techniker Krankenkasse und gilt entsprechend, soweit der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan Aufgaben der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung wahrnimmt.

§ 6

Bekanntmachungen der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung

(1) Die Satzung und sonstiges autonomes Recht werden durch datierten und befristeten Aushang in der Hauptverwaltung und in den Dienststellen sowie auf der Internetseite www.tk.de öffentlich bekannt gemacht. Es ist eine Aushangfrist von einer Woche einzuhalten;

auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

(2) Die "Öffentliche Zustellung" nach dem Verwaltungszustellungsgesetz wird in einer Dienststelle oder in der Hauptverwaltung ausgehängt.

B Mitgliedschaft

§ 7

Versicherter Personenkreis

(1) Zum Mitgliederkreis der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung gehören

1. die bei der Techniker Krankenkasse pflicht- und freiwillig versicherten Mitglieder, soweit sie nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind.

2. Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Geschäftsgebiet der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung, die weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, wenn sie

a) nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die dessen entsprechende Anwendung vorsehen, Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben,

b) Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,

c) ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die dessen entsprechende Anwendung vorsehen,

d) laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem SGB VIII beziehen,

e) krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind, und die Techniker Krankenkasse mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist,

3. die unter Ziffer 2 genannten Personen, für die keine Krankenkasse mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist,

4. Soldaten auf Zeit, die weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind,

5. die nach den gesetzlichen Bestimmungen Weiterversicherungsberechtigten, wenn sie zuletzt bei der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung versichert waren,

6. Personen, die nach den gesetzlichen Bestimmungen zum Beitritt berechtigt sind.

(2) Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 8

Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Ziffer 1 und 2 genannten Personenkreise entsteht kraft Gesetzes.

(2) Wer der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung nicht kraft Gesetzes angehört (§ 9 Abs. 1 Ziffern 3 bis 6), hat seinen Beitritt zu erklären. Der Beitritt nach § 9 Abs. 1 Ziffer 6 bedarf der Schriftform.

(3) Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die gesetzlichen Vorschriften.

C Beiträge

§ 9

Beitragsbemessung

Die Beiträge werden nach den gesetzlich festgelegten Vomhundertsätzen der beitragspflichtigen Einnahmen bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze in der Pflegeversicherung festgesetzt.

§ 10

Personen, für die bisher keine Absicherung im Krankheitsfall bestand

Für Mitglieder, die verspätet angezeigt haben, dass bei ihnen die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI vorliegen, gelten die Regelungen in § 11 der Satzung der Techniker Krankenkasse entsprechend.

§ 11

Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

(1) Für die Fälligkeit der Beiträge gilt § 23 SGB IV.

(2) Zahlungspflichtige, die mit der Beitragszahlung in Rückstand sind, werden gemahnt. Mit der Mahnung wird eine Mahngebühr erhoben, soweit die rückständigen Beiträge gesondert angefordert werden müssen. Sie wird nach den Bestimmungen des § 19 Abs. 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG) berechnet mit der Maßgabe, dass der Höchstbetrag 5 Euro beträgt.

D Rücklage

§ 12

Rücklage

Die Höhe der Rücklage beträgt 50 vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

E Leistungen

Die Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung stellt durch ihre Leistungen die am individuellen Bedarf ausgerichtete, pflegerische Versorgung ihrer Versicherten sicher. Diese entspricht jeweils dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse. Zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit wirkt sie mit den zuständigen Leistungsträgern auf die frühzeitige Einleitung geeigneter Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation hin und koordiniert die für den betroffenen Versicherten erforderlichen Hilfen.

Durch Aufklärung und gezielte Beratung unterstützt sie ihre Versicherten bei einer gesundheitsbewussten, der Pflegebedürftigkeit vorbeugenden Lebensführung und unterrichtet sie in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen.

Folgende Leistungen werden den Versicherten entsprechend den Vorschriften des SGB XI zur Verfügung gestellt:

- Pflegesachleistung
- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
- Kombination von Geldleistung und Sachleistung
- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- Tagespflege und Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Vollstationäre Pflege
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- zusätzliche Betreuungsleistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf.

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB begeben, um in einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 25 SGB XI missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Kann Mangels ausreichender Mitwirkung des Versicherten die Frage des Leistungsausschlusses nicht geklärt werden, so sind die Leistungen zu versagen.

Artikel II

Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.