

Satzung

Techniker Krankenkasse

Stand: 1. Oktober 2026

Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung

Stand: 8. April 2026

Die Techniker

Vorwort

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

die Techniker Krankenkasse (TK) ist ein modernes und fortschrittliches Dienstleistungsunternehmen. Sie steht dabei in der Tradition einer anspruchsvollen Versichertengemeinschaft 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 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 jederzeit mit Rat und Tat zur Seite.

Freundliche Grüße



Dominik Kruchen
Alternierender Vorsitzender
des Verwaltungsrats



Dieter F. Märtens
Alternierender Vorsitzender
des Verwaltungsrats



Dr. Jens Baas
Vorsitzender des Vorstands

Satzung – Herausgegeben von der Techniker Krankenkasse, Unternehmenszentrale: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg; Geschäftsbereich Verwaltungsrat/Vorstand: Gregor Seeger (verantwortlich)

Satzung der Techniker Krankenkasse

Artikel I 6

A Verfassung 6
§ 1 Name, Rechtsstellung, Zuständigkeitsbereich und Sitz 6
§ 2 Verwaltungsrat 6
§ 3 Vorstand 8
§ 4 Widerspruchsausschüsse 9
§ 5 Entschädigung der Organmitglieder 9
§ 6 Bekanntmachungen der TK 9
§ 7 Ehrenamtliche Berater 10

B Mitgliedschaft 10
§ 8 Versicherter Personenkreis 10
§ 9 Beginn und Ende der Mitgliedschaft 10

C Beiträge 10
§ 10 Zusatzbeitragssatz 10
§ 11 zurzeit nicht belegt 11
§ 12 zurzeit nicht belegt 11

D Rücklage 11
§ 13 Rücklage 11

E Aufwendungsausgleich 11
§ 14 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber 11
§ 15 Höhe der Erstattungen 11
§ 16 Aufbringung der Mittel, Umlagen 12
§ 17 Betriebsmittel 12

F Leistungen 12
§ 18 Prävention 12
§ 19 Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe 13
§ 20 Medizinische Leistungen der Vorsorge 14
§ 21 Kostenerstattung 14
§ 21a Kostenerstattung Wahlarzneimittel 14
§ 22 Kostenerstattung bei Aufenthalt im Ausland 15
§ 23 Häusliche Krankenpflege 15
§ 24 Haushaltshilfe 15
§ 25 zurzeit nicht belegt 15
§ 25a Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz 15
§ 26 TK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten 15
§ 26a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung 16
§ 27 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V 16
§ 27a Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie) 16
§ 27b Osteopathie 17
§ 27c Nicht zugelassene Leistungserbringer – Ambulante Behandlung 17
§ 27d Nicht zugelassene Leistungserbringer – Stationäre Behandlung 17
§ 27e Sportmedizinische Untersuchung und Beratung 18
§ 27f Stationäre Vorsorgeleistung für Lebendorganspender 18
§ 27g Rufbereitschaft Hebammen 18
§ 27h Künstliche Befruchtung 18
§ 27i Kieferorthopädische Behandlung 19
§ 27j Arzneimittel während der Schwangerschaft 19
§ 27k Digitale Versorgungsprodukte (Hilfsmittel) 19
§ 27l Partner-Geburtsvorbereitungskurs 20
§ 27m Zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel 20
§ 27n Erweiterte Vorsorgeleistungen bei Risikofaktoren 20
§ 27o Professionelle Zahnreinigung 21

G Private Zusatzversicherungsverträge 21
§ 28 Private Zusatzversicherungsverträge 21

H Wahltarife ... 21
§ 29 Wahltarife für besondere Versorgungsformen ... 21
§ 29a Besondere Versorgung ... 22
§ 29b Hausarztzentrierte Versorgung ... 22
§ 29c Strukturierte Behandlungsprogramme ... 22
§ 30 TK-Tarif PrämieXtra ... 22
§ 31 TK-Tarif 300Plus ... 23
§ 32 TK-Tarif Traveller ... 24
§ 33 TK-Tarif Praxis ... 25
§ 34 zurzeit nicht belegt ... 26
§ 35 TK-Tarife Krankengeld ... 26
§ 36 TK-Tarif Select ... 26
§ 37 TK-PrämieFlex ... 27

Artikel II ... 29
Inkrafttreten ... 29

Anlage 1 ... 30
Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung ... 30

Anlage 2 ... 32
Teilnahmebedingungen nach § 26 ... 32

Anlage 3 ... 34
Katalog der Gesundheitsmaßnahmen nach § 26 ... 34

Anlage 4 ... 35
Leistungskatalog der TK-Gesundheitsdividende ... 35

Anlage 5 ... 36
Voraussetzungen für die Bonusgewährung nach § 26a
Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ... 36

Anlage 6 ... 37
Teilnahmebedingungen nach § 35
TK-Tarife Krankengeld (KG) ... 37

Anlage 7 ... 41
Erstattungsfähige digitale Versorgungsprodukte nach § 27k ... 41

Satzung der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung ... 42

Artikel I ... 42

A Verfassung ... 42
§ 1 Name, Rechtsstellung, Zuständigkeitsbreich und Sitz ... 42
§ 2 Verwaltungsrat ... 42
§ 3 Vorstand ... 43
§ 4 Widerspruchsausschüsse ... 44
§ 5 Entschädigung der Organmitglieder ... 44
§ 6 Bekanntmachungen der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung ... 44

B Mitgliedschaft ... 44
§ 7 Versicherter Personenkreis ... 44
§ 8 Beginn und Ende der Mitgliedschaft ... 45

C Beiträge ... 45
§ 9 Beitragsbemessung ... 45
§ 10 zurzeit nicht belegt ... 45
§ 11 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge ... 45

D Rücklage ... 45
§ 12 Rücklage ... 45

E Leistungen ... 46
§ 13 Leistungen ... 46

F Private Pflege-Zusatzversicherungen ... 46
§ 14 Vermittlung privater Pflege-Zusatzversicherungen ... 46

Artikel II ... 46
Inkrafttreten ... 46

Satzung der Techniker Krankenkasse

vom 1. Januar 2009 unter Berücksichtigung des 131. Nachtrags

Stand: 1. Oktober 2026

Artikel I

A Verfassung

§ 1 Name, Rechtsstellung, Zuständigkeitsbereich 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) Der Zuständigkeitsbereich der TK umfasst das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

(5) Sitz der TK ist Hamburg.

§ 2 Verwaltungsrat

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

(1a) Wahlberechtigte der Gruppe der Versicherten können bei den Sozialversicherungswahlen alternativ zur brieflichen Stimmabgabe auch durch elektronische Stimmabgabe (Online-Wahl) wählen.

(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 derselben 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. Die Regelungen der Absätze 13 bis 16 gelten für Erledigungsausschüsse entsprechend. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied der Feststellung widerspricht.

(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 Verwaltungsrats zu beschließen.
- Wahl der alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats.
- 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 Verwaltungsrats.
- Bestellung der Vertreter des Verwaltungsrats 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 Verwaltungsrats 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) bedürfen der Zustimmung von zwei Drittel der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrats.

(11) Beschlüsse über die Erhebung eines Zusatzbeitrages (§ 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V) bedürfen der Zustimmung der Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrats.

(12) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen bei

1. Angelegenheiten, in denen auf einer Sitzung des Verwaltungsrats 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 Verwaltungsrats 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.

(13) Sitzungen des Verwaltungsrats können durch Zuschaltung von Mitgliedern mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung durchgeführt werden (hybride Sitzung). Der Vorsitzende entscheidet im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitzenden über die Durchführung einer hybriden Sitzung. Bei öffentlichen Sitzungen wird der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung in Präsenz ermöglicht.

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

(15) Die Beschlussfassung in hybriden und digitalen Sitzungen erfolgt nach Festlegung durch die Sitzungsleitung durch Stimmabgabe per Handzeichen, mündlich oder über ein geeignetes technisches Abstimmungstool. Bei Bedarf erfolgt für die Abstimmung ein namentlicher Aufruf.

(16) Eine ausschließlich telefonische Teilnahme an hybriden und digitalen Sitzungen ist nicht zulässig.

§ 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 Verwaltungsrats ist aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

§ 4 Widerspruchsausschüsse

(1) Für den Erlass von Widerspruchsbescheiden werden besondere Ausschüsse nach den Vorschriften des SGB gebildet. Ausgenommen hiervon sind Widerspruchsbescheide aufgrund von Widersprüchen gem. § 275c Abs. 3 und 5 SGB V. Die Widerspruchsausschüsse 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 zwei Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Jedes Mitglied hat mindestens einen Stellvertreter.

(4) Die Mitglieder und Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat mit einfacher Mehrheit für die Amtsdauer der Mitglieder des Verwaltungsrats gewählt, wobei grundsätzlich die Verhältniswahl nach dem Höchstzahlverfahren d'Hondt angewendet wird. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse müssen Mitglied des Verwaltungsrats sein oder die Voraussetzung der Wählbarkeit dafür erfüllen. Die Vorschrift des SGB zum Verlust der Mitgliedschaft gilt entsprechend.

(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.

(7) Die Widerspruchsausschüsse können ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Wenn mindestens ein Mitglied des jeweiligen Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Widerspruchsverfahren in der jeweils nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

(8) Sitzungen der Widerspruchsausschüsse können durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung von Mitgliedern durchgeführt werden (hybride Sitzungen). Der Vorsitzende entscheidet im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitzenden über die Durchführung einer hybriden Sitzung.

(9) Sitzungen der Widerspruchsausschüsse können in außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild und Tonübertragung stattfinden (digitale Sitzungen). Der Vorsitzende stellt den Ausnahmefall fest und entscheidet im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitzenden über die Durchführung einer digitalen Sitzung. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht. In der Einladung zur Sitzung ist festzulegen, in welcher Frist und Form der Widerspruch zu erfolgen hat.

(10) Die Beschlussfassung in hybriden und digitalen Sitzungen erfolgt nach Festlegung durch die Sitzungsleitung durch Stimmabgabe per Handzeichen, mündlich oder über ein geeignetes technisches Abstimmungstool. Bei Bedarf erfolgt für die Abstimmung ein namentlicher Aufruf.

(11) Eine ausschließlich telefonische Teilnahme an hybriden und digitalen Sitzungen ist nicht zulässig.

(12) Das Nähere regelt die Geschäftsordnung für die Widerspruchsausschüsse.

§ 5 Entschädigung der Organmitglieder

Die Mitglieder des Verwaltungsrats 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 auf der Internetseite www.tk.de öffentlich bekannt gemacht.

(2) Die „Öffentliche Zustellung“ nach dem Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Bekanntmachung einer Benachrichtigung am Sitz der TK.

(3) Die wesentlichen Ergebnisse der Rechnungslegung werden den Versicherten zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres im elektronischen Bundesanzeiger, auf der Internetseite www.tk.de und durch Einsichtnahme in den Dienststellen zugänglich gemacht.

§ 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 sowie Kinder von familienversicherten Kindern 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 3 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 Zusatzbeitragssatz

Die TK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag (§ 242 Abs. 1 SGB V) in Höhe von 2,69 Prozent der monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung. Für diejenigen Mitglieder, für die der gesetzlich bestimmte allgemeine Beitragssatz in Höhe von 14,6 Prozent anzuwenden ist (§ 241 SGB V), werden die Beiträge insgesamt mit 17,29 Prozent erhoben. Für die Mitglieder, für die der gesetzlich bestimmte ermäßigte Beitragssatz in Höhe

von 14,0 Prozent anzuwenden ist (§ 243 SGB V), werden die Beiträge insgesamt mit 16,69 Prozent erhoben.

§ 11 zurzeit nicht belegt

§ 12 zurzeit nicht belegt

D Rücklage

§ 13 Rücklage

Die Höhe der Rücklage hat 20 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 Verwaltungsrats 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 § 20 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld,

2. 100 vom Hundert des vom Arbeitgeber nach § 18 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 50 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 0,44 vom Hundert.

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

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

(1) Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Vorschriften. Im Übrigen gelten die folgenden Bestimmungen der Satzung.

(2) 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 entspricht den vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V (Leitfaden Prävention) in der jeweils gültigen Fassung. 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) 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 vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

(3) Die TK gewährt Leistungen für Maßnahmen nach Abs. 1 (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V) nach den nachfolgenden Regelungen. Die TK informiert über diese Maßnahmen auf ihrer Homepage tk.de. Die TK bezuschusst die Teilnahme an Maßnahmen zu 80 Prozent bis zu einer maximalen Höhe von 150 Euro. Ferner erfolgt eine vollständige Kostenübernahme für die Teilnahme an Maßnahmen auf Grundlage von Verträgen, die die TK individuell mit Anbietern von Maßnahmen nach Abs. 1 schließt. Die Leistungen werden für zwei Maßnahmen innerhalb eines Kalenderjahres gewährt. Kosten, die nicht unmittelbar diesen Maßnahmen zuzuordnen sind (z.B. für Verpflegung, Unterkunft, An- und Abreise), werden nicht bezuschusst.

(4) Abweichend können leitfadenkonforme Kompaktangebote ab einer Kursgebühr von mehr als 450 Euro, die auf Grundlage von TK-eigenen Verträgen angeboten werden, nur einmalig während des Versicherungszeitraums in Anspruch genommen werden.

(5) Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres haben für Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention (Abs. 1) einen Eigenanteil von 20 Prozent zu tragen. Für Versicherte, die mit ihren gesetzlichen Zuzahlungen die Belastungsgrenze des jeweiligen Kalenderjahres nach § 62 SGB V erreicht haben, reduziert sich der Eigenanteil auf zehn Prozent. Für Maßnahmen auf Grundlage von Verträgen, die die TK individuell mit Anbietern von Leistungen nach Abs. 1 schließt, sowie für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres entfällt der Eigenanteil.

§ 19 Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

(1) Die TK gewährt über die Regelversorgung hinaus auf Grundlage von § 20i Abs. 2 SGB V Leistungen zur Verhütung gegen übertragbare Krankheiten. Kosten für Schutzimpfungen werden übernommen, sofern diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlen werden. Die Versicherten erhalten die Leistungen nach Satz 2 auch gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind. Darüber hinaus übernimmt die TK die Kosten für folgende Schutzimpfungen:

- HPV-Impfung bis zum Alter von 26 Jahren,
- Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) sofern kein anderweitiger Anspruch besteht, bzw. anderer Kostenträger zuständig ist,
- Grippeschutzimpfung ab dem 1. bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres sofern kein anderweitiger Anspruch besteht, bzw. anderer Kostenträger zuständig ist.

Außerdem übernimmt die TK die Kosten der medikamentösen Malariaprophylaxe, sofern nicht bereits aufgrund anderer Vorschriften eine Leistungspflich besteht.

(2) Die TK gewährt die Leistungen nach Abs. 1 grundsätzlich als Sachleistungen. Kann die Erbringung als Sachleistung nicht erfolgen, sind nur tatsächlich entstandene Kosten erstattungsfähig. Den Versicherten entsteht für die Arzneimittel eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 31 Abs. 3 SGB V. Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, gewährt die TK keine Leistungen.

§ 20 Medizinische Leistungen der Vorsorge

Zu den übrigen Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten wird ein Zuschuss gewährt, sofern die Maßnahme mindestens 21 Kalendertage dauert. Der Zuschuss beträgt für chronisch kranke Kleinkinder 25 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. Die TK ermittelt den Erstattungsbetrag in pauschalisierter Form. Für die Arzneimittelversorgung beträgt er 65, für die Heilmittelversorgung 45 und für die ärztliche Behandlung 25 vom Hundert der berücksichtigungsfähigen Rechnungsbeträge. Für alle weiteren Leistungsbereiche und auf Antrag des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages. Vom individuell ermittelten Erstattungsbetrag werden 5 vom Hundert als Abschlag für Verwaltungskosten abgezogen.

§ 21a Kostenerstattung Wahlarzneimittel

(1) Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der vier 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 vier 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 Prozent als Abschlag für die der TK entgangenen Vertragsrabatte und 10 Prozent als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.

§ 22 Kostenerstattung bei Aufenthalt im Ausland

Für die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 und 5 SGB V 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. § 21 Abs. 2 Satz 7 gilt entsprechend. § 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V bleibt unberührt.

§ 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) Über die gesetzlichen Ansprüche hinaus erhalten Versicherte Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen Krankheit vorübergehend nicht möglich ist und die TK die Kosten der Behandlung trägt.

(2) Voraussetzung für Leistungen nach Abs. 1 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.

(3) In den Fällen des § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V erhalten Versicherte Haushaltshilfe für weitere zwei Wochen.

§ 25 zurzeit nicht belegt

§ 25a Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

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

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

§ 26 TK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

Versicherte können am TK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten auf der Grundlage von § 65a Abs. 1 und 1a SGB V teilnehmen. Die Teilnehmer erhalten einen Gesundheitsbonus, wenn sie sich durch die Inanspruchnahme von

- Leistungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a und 26 SGB V), Zahnvorsorge (§§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V), Mutterschaftsvorsorge (§ 24d SGB V),
- Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i SGB V, § 19 TK-Satzung) oder
- regelmäßigen Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V, § 18 TK-Satzung) oder vergleichbaren qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

aktiv für ihre Gesundheit einsetzen. Das Nähere regeln die Anlagen 2 bis 4 zur TK-Satzung.

§ 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 den vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20b Abs. 1 SGB V entsprechen. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz gesetzlich verpflichtet ist, kann kein Bonus gewährt werden. Dies gilt ebenso für Maßnahmen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention, die nicht zertifiziert sind (§§ 20b Abs. 1 Satz 2, 20 Abs. 5 Satz 1 SGB V).

(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 § 20b Abs. 1 SGB V erbracht. Der Arbeitgeber erhält den Bonus für die nachgewiesene Durchführung von qualitätsgesicherten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen.

(3) TK-versicherte Beschäftigte haben Anspruch auf einen Bonus (TK-Gesundheitsbonus) für die nachgewiesene Teilnahme an zertifizierten Maßnahmen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention, die der Arbeitgeber aufgrund des mit der TK geschlossenen Vertrages nach Absatz 2 anbietet. Die Höhe des an die TK-versicherten Beschäftigten zu zahlenden Bonus richtet sich nach der Anzahl der erfolgreich absolvierten Maßnahmen unterschiedlichen Inhalts. Während der jeweiligen Vertragslaufzeit erhalten TK-versicherte Beschäftigte den TK-Gesundheitsbonus für maximal drei erfolgreich absolvierte Maßnahmen. Maßnahmen nach § 26a können nicht nach § 26 bonifiziert werden. Näheres zur Bonusgewährung ist in der Anlage 5 zu dieser Satzung geregelt.

§ 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 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 auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen Parietale, Viszerale und Craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre.

(2) Die TK übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 40 Euro pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die schriftliche ärztliche Anordnung 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. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt 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.

§ 27e Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

(1) Im Einzelfall können Versicherte eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.

(2) Die TK erstattet 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Behandlung nach Abs. 1 Satz 1 und nicht mehr als 120 Euro pro Behandlung nach Abs. 1 Sätze 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

§ 27f Stationäre Vorsorgeleistung für Lebendorganspender

(1) Bei der TK versicherte Lebendorganspender erhalten zur Regenerierung ihrer Gesundheit sowie zur Vermeidung ambulanter Behandlungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Organentnahme nach vorheriger Bewilligung eine stationäre Vorsorgeleistung entsprechend § 23 SGB V. § 23 Abs. 6 SGB V findet keine Anwendung.

(2) Eine Leistung nach Abs. 1 kommt nur in Betracht, sofern nach den für andere Leistungsträger geltenden Vorschriften keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gewährt wird.

§ 27g Rufbereitschaft Hebammen

(1) Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die TK Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

(2) Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstanden Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 Euro einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Die Erstattung erfolgt auf Grundlage der nachgewiesenen Kosten.

§ 27h Künstliche Befruchtung

(1) Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27a SGB V haben, erhalten bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzlich zu den im Behandlungsplan genehmigten Kosten einen Zuschuss je durchgeführten Behandlungsversuch. Der Zuschuss beträgt 500 Euro pro Ehepaar, jedoch nicht mehr als die dem jeweiligen bei der TK versicherten Ehepartner tatsächlich entstandenen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Behandlungsversuch nicht vor Inkrafttreten dieser Satzungsregelung durchgeführt wurde. Die Erstattung erfolgt auf Grundlage der nachgewiesenen Kosten.

(2) Männliche Versicherte erhalten für die Durchführung einer medizinisch erforderlichen testikulären Spermienextraktion (TESE) im Zusammenhang mit einer Maßnahme der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a Abs. 1 und 3 SGB V einen Zuschuss zu den hierfür entstandenen Kosten. Der Zuschuss wird einmalig nach Vorlage einer spezifizierten Rechnung gewährt und beträgt 300 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(3) Weibliche Versicherte, die bei Antragstellung bereits das 37. Lebensjahr vollendet haben, erhalten für die Durchführung des Assisted Hatching („Schlüpfhilfe“) im Zusammenhang mit einer Maßnahme der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a Abs. 1 und 3 SGB V einen Zuschuss zu den hierfür entstandenen Kosten, sofern

a) bereits erfolglose IVF- bzw. erfolglose ICSI-Versuche trotz erfolgversprechender Embryonen durchgeführt wurden oder

b) eine messbar verdickte Zona pellucida vorliegt oder

c) Embryonen nach Kryokonservierung von Eizellen oder Vorkernzellen bei Krebserkrankung der Frau verwendet werden.

Der Zuschuss wird nach Vorlage einer spezifizierten Rechnung und der ärztlichen Bestätigung über das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Buchstabe a) bis c) einmalig gewährt und beträgt 200 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

§ 27i Kieferorthopädische Behandlung

(1) Die TK beteiligt sich zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer kieferorthopädischen Behandlung an den Kosten eines festsitzenden Frontzahnretainers (Retainer) im Ober- und/oder Unterkiefer, soweit die Versorgung den gesetzlichen Leistungsumfang überschreitet. Die Leistung kann nur im Anschluss an eine erfolgreich abgeschlossene kieferorthopädische Behandlung durch einen Vertragszahnarzt oder einen nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass die Versicherten das 18. Lebensjahr zu Beginn der Behandlung noch nicht vollendet haben und zum Zeitpunkt der Retainerversorgung bei der TK versichert sind. Der Retainereinsatz muss spätestens 12 Monate nach dem Ausstellungsdatum der Bestätigung über den erfolgreichen Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung durch einen zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erfolgen. Der Zuschuss wird nach Vorlage einer spezifizierten Rechnung gewährt. Er beträgt für die gesamte Retainerversorgung einmalig maximal 100 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Reparaturleistungen werden nicht bezuschusst.

(2) Zur Versiegelung der Glattflächen vor dem erstmaligen Einsetzen der Brackets während einer kieferorthopädischen Behandlung, für die die TK nach § 29 SGB V die Kosten übernimmt, beteiligt sie sich einmalig mit einem Zuschuss. Die Leistung muss von zugelassenen Vertragszahnärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern vor Vollendung des 18. Lebensjahres erbracht werden. Der Zuschuss wird nach Vorlage einer spezifizierten Rechnung gewährt und beträgt einmalig maximal 50 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

§ 27j Arzneimittel während der Schwangerschaft

(1) Die TK erstattet schwangeren Versicherten 100 Prozent der entstandenen Kosten für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium, Folsäure und Jod als Monopräparate und Kombinationspräparate aus diesen Wirkstoffen zur Vermeidung eines Mangels während der Schwangerschaft. Voraussetzung ist die Verordnung dieser Mittel durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder einen nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt.

(2) Für die Erstattung der Kosten sind Nachweise über die Kosten (Rechnung einer Apotheke oder eines nach deutschem Recht zugelassenen Arzneimittelversandhändlers), die Verordnung eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder eines nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arztes sowie ein Nachweis über die Schwangerschaft einzureichen.

(3) Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Der gesetzliche Anspruch nach § 34 Abs. 1 Satz 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

§ 27k Digitale Versorgungsprodukte (Hilfsmittel)

(1) Versicherte haben Anspruch auf digitale Versorgungsprodukte. Für Leistungen nach Satz 1 erstattet die TK die tatsächlichen Kosten abzüglich eines Eigenanteils entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V, insgesamt maximal 300 Euro je Versicherten im Kalenderjahr. Eine Übertragung von nicht in Anspruch genommenen Beträgen auf das folgende Kalenderjahr ist nicht möglich.

(2) Voraussetzungen für eine Kostenerstattung für Leistungen nach Abs. 1 sind:

a) Das digitale Versorgungsprodukt wurde in das Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Versorgungprodukte der TK aufgenommen, welches als Anlage 7 Bestandteil dieser Satzung ist,

b) ein zugelassener Arzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat das digitale Versorgungsprodukt der Anlage 7 verordnet,

c) es wurde vor der Inanspruchnahme der Leistung ein Antrag auf Kostenübernahme unter Vorlage der ärztlichen Verordnung gegenüber der TK gestellt und von der TK genehmigt,

d) es wird eine spezifizierte Originalrechnung vorgelegt,

e) die Versicherten sind in der sicheren Anwendung des digitalen Versorgungsprodukts geschult.

(3) In das Verzeichnis nach Abs. 2 Buchst. a) werden ausschließlich Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V aufgenommen, die nachfolgende Voraussetzungen erfüllen:

a) Es handelt sich um zulässige Medizinprodukte im Sinne der Verordnung (EU) 2017/745 sowie des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes - MPDG,

b) die anwendbaren Bestimmungen des Datenschutzes und der Datensicherheit sind eingehalten.

Das Verzeichnis enthält Angaben darüber, für welche Erkrankungen eine Kostenübernahme erfolgt. Dabei werden die Erkrankungen mit speziellen international anerkannten ICD-Codes näher definiert.

§ 27l Partner-Geburtsvorbereitungskurs

Die TK erstattet Versicherten mit ärztlich festgestellter Schwangerschaft die Kosten der Teilnahme ihrer Begleitperson bei einem von einer Hebamme durchgeführten Partner-Geburtsvorbereitungskurs in Höhe von 80 Prozent der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch 100 Euro, soweit die Kosten nicht anderweitig erstattet wurden. Voraussetzungen sind, dass die Hebammen gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sind und der Kurs nicht vor Inkrafttreten der Satzungsregelung begonnen wurde. Die Erstattung erfolgt auf Grundlage der nachgewiesenen Kosten.

§ 27m Zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel

(1) Für Versicherte ab dem 4. und bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden von der TK die Kosten für die Versorgung mittels Kopforthesen (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie) übernommen, wenn dies nach der Schwere der Erkrankung erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Die Indikationsstellung und Verordnung muss durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung bzw. Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgen und den Kriterien entsprechen, die nach dem Stand der Medizin für die Verordnung dieser Therapieform angemessen sind. Hierzu zählt, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder dass ohne die Versorgung mittels Kopforthese Folgebehandlungen zu erwarten sind. Das Hilfsmittel hat den nach dem Stand der Medizin anzulegenden Qualitätsanforderungen zu entsprechen.

(2) Sind die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt, so übernimmt die TK zunächst 80 Prozent der Kosten der Kopforthesenversorgung. Die restlichen 20 Prozent werden übernommen, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde. Maximal übernimmt die TK die Kosten in Höhe von 2.000 Euro.

§ 27n Erweiterte Vorsorgeleistungen bei Risikofaktoren

Soweit bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder eine drohende Erkrankung hinweisen, erstattet die TK im Einzelfall über den gesetzlichen Anspruch nach § 23 SGB V hinaus gegen Vorlage spezifizierter Rechnungen unter Bezeichnung der vorliegenden Risikofaktoren für folgende von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Ärzten durchgeführte oder veranlasste Vorsorgeleistungen:

- Untersuchungen für Personen in der Altersgruppe von 18 - 34 Jahren alle drei Jahre die tatsächlichen Kosten, maximal 35 Euro für eine Untersuchung bei Risikofaktoren wie Übergewicht, Hypertonie oder Hypercholesterinämie.
- Untersuchungen auf Hautkrebs. Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut, einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines unter Einsatz der Dermatoskopie für Personen in der Altersgruppe von 15 - 34 Jahren alle zwei Jahre die tatsächlichen Kosten, maximal 30 Euro für eine Haut-

krebsuntersuchung bei einem erhöhten Risiko auf nicht-melanozytären Hautkrebs (Hauttyp I und II, aktinische Keratose, nicht-melanozytärer Hautkrebs in der Eigenanamnese oder Immunsuppression) oder auf ein malignes Melanom (Hauttyp I bis III beim Vorliegen von kongenitalen Pigmentmalen, multiplen gutartigen Pigmentmalen von mehr als 40, atypischen Pigmentmalen von mehr als 5 oder bei Pigmentmalen mit einem Durchmesser größer als 2 mm).

- Einmalig eine Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs (Darmspiegelung) bei Personen der Altersgruppe 45-49 Jahre, bei denen eine positive Familienanamnese für diese Erkrankung oder eine chronische Darmerkrankung vorliegt. Erstattung der tatsächlichen Kosten in Höhe von 70 Prozent des Rechnungsbetrages, maximal 150 Euro für die Untersuchung.

§ 27o Professionelle Zahnreinigung

(1) Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr erhalten ergänzend zu den Vorsorgeleistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V einen Zuschuss zu Leistungen der professionellen Zahnreinigung in Höhe von bis zu 40 Euro je Kalenderjahr.

(2) Die professionelle Zahnreinigung muss bei einem Zahnarzt oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten zahnärztlichen Leistungserbringer erfolgen.

(3) Der Zuschuss erfolgt auf Grundlage der nachgewiesenen Kosten.

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

(1) 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.

(2) Versicherte haben ihre Teilnahme an den besonderen Versorgungsformen nach § 29a und § 29b schriftlich oder elektronisch zu erklären. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung stellt die TK den Versicherten schriftliche oder elektronische Informationen über den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages, die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung, die Möglichkeit und die Form

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

(3) Die Versicherten können ihre Teilnahmeerklärung nach Abs. 2 Satz 1 innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der TK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die TK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die TK dem Versicherten eine vollständige Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung erfolgt textlich hervorgehoben in dem Formular der Teilnahmeerklärung; davon abweichend kann eine gesonderte Belehrung in Textform erfolgen. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Für die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung gelten § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz sowie die Verordnung über barrierefreie Dokumente der Bundesverwaltung. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

§ 29a Besondere Versorgung

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

(2) Für Versicherte, die an besonderen Versorgungen 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.

§ 29b Hausarztzentrierte Versorgung

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

(2) Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung 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.

§ 29c Strukturierte Behandlungsprogramme

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

§ 30 TK-Tarif PrämieXtra

(1) Der TK-Tarif PrämieXtra ist ein Wahltarif nach § 53 Abs. 2 SGB V. In diesem Tarif erhalten die Mitglieder eine Prämie, wenn

- sie im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren und
- sie und ihre nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen keine Leistungen zu Lasten der TK in Anspruch genommen haben.

(2) Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

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

Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach den §§ 32, 33, 36 und 37 ist nicht möglich.

(3) Die Teilnahme ist vom Mitglied zu erklären. Sie beginnt mit dem Ersten des auf den Eingang der Teilnahmeerklärung folgenden Kalendermonats. Die Mindestbindungsfrist beträgt nach gesetzlicher Bestimmung ein Jahr.

Sofern das Mitglied die Teilnahme nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist kündigt, verlängert sie sich automatisch um ein Jahr. Dies gilt entsprechend für eine weitere Verlängerung der Teilnahme. Die Teilnahme endet jedoch spätestens drei Jahre nach ihrem Beginn, ohne dass es einer Kündigung durch das Mitglied bedarf.

Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). Dies gilt auch für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme. Endet die TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz, endet gleichzeitig die Teilnahme am TK-Tarif PrämieXtra.

(4) Für die Zahlung der Prämie unschädlich ist die Inanspruchnahme

- der im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V,
- zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und
- der Leistungen für nach § 10 SGB V mitversicherte Familienangehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(5) Die Prämie beträgt 1/12 der im Kalenderjahr während der Teilnahme für das Mitglied gezahlten Beiträge zur Krankenversicherung. Prämienzahlungen für Wahltarife nach § 53 Abs. 4, 5 und 6 SGB V bleiben dabei unberücksichtigt.

Für die Prämienhöhe gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V). Die Prämie wird jeweils bis zum Ende des auf das Kalenderjahr der Teilnahme folgenden Kalenderjahres an das Mitglied ausgezahlt.

§ 31 TK-Tarif 300Plus

(1) Der TK-Tarif 300Plus ist ein Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V. In diesem Tarif erhalten die Mitglieder eine Prämie, weil sie einen Teil der Kosten übernehmen, die von der TK für sie zu tragen sind (Selbstbehalt).

(2) Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. Für die Teilnahme ist ein beitragspflichtiges Jahreseinkommen des Mitglieds in Höhe von mindestens 30.000 Euro erforderlich.

Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

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

§ 30 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend.

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

Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). Endet die TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz, endet gleichzeitig die Teilnahme am TK-Tarif 300Plus.

(4) Die kalenderjährliche Prämie beträgt maximal 300 Euro.

Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am TK-Tarif teilgenommen, erfolgt eine entsprechend anteilige Berechnung. Für die Prämienhöhe gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V).

(5) Der kalenderjährliche Selbstbehalt beträgt maximal 400 Euro.

Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am TK-Tarif teilgenommen, erfolgt eine entsprechend anteilige Berechnung. Muss die Prämie nach Abs. 4 Satz 3 begrenzt werden, verringert sich der Selbstbehalt so weit, dass die ursprüngliche Differenz zwischen Prämie und Selbstbehalt erhalten bleibt.

Nicht auf den Selbstbehalt angerechnet werden

- die im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V,
- ambulante vertragsärztliche bzw. -zahnärztliche Behandlungen, die nicht als Einzelleistungen gesondert (extrabudgetär) vergütet werden oder die keine Verordnung zur Folge haben und

- zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V.

(6) Die Prämie wird jeweils bis zum Ende des auf das Kalenderjahr der Teilnahme folgenden Kalenderjahres an das Mitglied ausgezahlt. Ein zu berücksichtigender Selbstbehalt wird mit der Prämie verrechnet. Eine eventuelle Forderung der TK gleicht das Mitglied innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der entsprechenden schriftlichen Mitteilung aus.

Maßgebend für die auf den Selbstbehalt anzurechnenden Leistungen ist das Datum der Leistungsinanspruchnahme bzw. das Datum der Leistungsabgabe. Grundsätzlich werden dem Mitglied die entstandenen Kosten bis zum geltenden Selbstbehalt in tatsächlicher Höhe in Rechnung gestellt. Davon ausgenommen sind die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen im Ausland, die als Sachleistung nach Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte –EHIC– oder einer entsprechenden Anspruchsbescheinigung erbracht wurden. Diese Kosten werden pauschal in Höhe von 450 Euro je Behandlungstag auf den Selbstbehalt angerechnet. Das Mitglied meldet der TK entsprechende Behandlungen und macht vollständige Angaben über deren Zeitraum und Zweck.

§ 32 TK-Tarif Traveller

(1) Der TK-Tarif Traveller ist ein Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V. In diesem Tarif erhalten die Mitglieder eine Prämie nach näherer Bestimmung des Abs. 4, weil sie einen Teil der Kosten übernehmen, den die TK für sie zu tragen hat (Selbstbehalt). Der Selbstbehalt gilt nur für bestimmte Leistungen.

(2) Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden.

Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

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

Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach den §§ 30, 31, 33, 36 sowie 37 ist ausgeschlossen.

(3) Die Teilnahme ist vom Mitglied zu erklären. Sie beginnt mit dem Tag des Eingangs der Teilnahmeerklärung bei der TK. Alternativ kann ein weiter in der Zukunft liegender Teilnahmebeginn gewählt werden. Die Teilnahme endet mit dem Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von drei Jahren.

Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). Endet die TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz, endet gleichzeitig die Teilnahme am TK-Tarif Traveller.

(4) Die Höhe der Prämie hängt davon ab, ob das Mitglied die Stufe 1 oder die Stufe 2 des Tarifs wählt. Das Mitglied erhält eine Geldprämie, die ganz oder teilweise für eine private Auslandsreise-Krankenversicherung (Reiseschutz) zu verwenden ist. Dabei kann es sich auch um den Kooperationspartner nach § 28 der Satzung handeln. Je nach Tarifstufe übernimmt das Mitglied für bestimmte Leistungen einen maximalen kalenderjährlichen Selbstbehalt:

	Reiseschutz	Prämien-Höhe (jährlich)	Selbstbehalt-Leistungen	Selbstbehalt-Höhe (jährlich)
Stufe 1	für Einzelpersonen	14,90 Euro	Ambulante Vorsorgeleistungen im Inland nach § 23 Abs. 2 SGB V	30 Euro
Stufe 2	für Familien	34,40 Euro	Ambulante Vorsorgeleistungen im Inland nach § 23 Abs. 2 SGB V 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	69 Euro

Für die Prämienzahlung gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V).

Ein Wechsel der Stufe ist zum Beginn des nächsten Teilnahmejahres möglich. Das Mitglied hat der TK vor Beginn des nächsten Teilnahmejahres mitzuteilen, dass der Wechsel erfolgen soll.

(5) Das Mitglied schließt einen eigenständigen Vertrag über eine private Zusatzversicherung, um den Reiseschutz in Anspruch nehmen zu können. Anbieter und Risikoträger ist das vom Mitglied freiwillig gewählte private Krankenversicherungsunternehmen. Inhalt, Umfang und Dauer des Reiseschutzes ergeben sich aus den jeweils geltenden Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung.

(6) Die TK rechnet jedes Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des folgenden Kalenderjahres ab. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme unterjährig begonnen hat.

Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am TK-Tarif Traveller teilgenommen, erfolgt eine entsprechend anteilige Berechnung des Selbstbehalts. Muss die Prämie nach Abs. 4 Satz 4 begrenzt werden, verringert sich der Selbstbehalt so weit, dass die ursprüngliche Differenz zwischen Prämie und Selbstbehalt erhalten bleibt.

Maßgebend für die auf den Selbstbehalt anzurechnenden Leistungen ist das Datum der Leistungsinanspruchnahme. Dem Mitglied werden die entstandenen Kosten bis zum geltenden Selbstbehalt in tatsächlicher Höhe in Rechnung gestellt. Eine eventuelle Forderung der TK gleicht das Mitglied innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der entsprechenden schriftlichen Mitteilung aus.

§ 33 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, 36 sowie 37 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 zurzeit nicht belegt

§ 35 TK-Tarife Krankengeld

Mitglieder, die

- hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind oder
- beschäftigt sind und bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben oder
- der Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) unterliegen,

können das finanzielle Risiko bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit bzw. stationärer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung über die TK-Tarife Krankengeld (KG) absichern. Näheres regelt die Anlage 6 zur TK-Satzung.

§ 36 TK-Tarif Select

(1) Der TK-Tarif Select ist ein Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V. In diesem Tarif erhalten die Mitglieder eine Prämie, weil sie einen Teil der Kosten übernehmen, die von der TK für sie zu tragen sind (Selbstbehalt). Der Selbstbehalt gilt nur für bestimmte Leistungen bzw. Leistungsbereiche.

(2) Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden.

Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

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

Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach den §§ 30, 31, 32, 33 sowie 37 ist ausgeschlossen.

Dieser Wahltarif ist mit Wirkung ab dem 1. Juli 2023 für neue Teilnahmen geschlossen.

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

Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). Endet die TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz, endet gleichzeitig die Teilnahme am TK-Tarif Select.

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

- ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 und 4 SGB V, § 20 TK-Satzung) sowie Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 SGB V)
- Fahrkosten (§ 60 SGB V)
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V, § 24 TK-Satzung)
- Zusätzliche Leistungen (§ 11 Abs. 6 SGB V, §§ 27 bis 27e, 27g und 27h TK-Satzung) sowie Leistungen nach dem Homöopathievertrag zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V, § 29a TK-Satzung)
- Reiseschutzimpfungen im Zusammenhang mit privaten Auslandsreisen (§ 20i Abs. 2 SGB V, § 19 Abs. 1 Satz 2 TK-Satzung).

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

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

- 24 Euro bei einer gewählten Leistung/einem gewählten Leistungsbereich
- 48 Euro bei zwei gewählten Leistungen/Leistungsbereichen
- 72 Euro bei drei gewählten Leistungen/Leistungsbereichen
- 96 Euro bei vier gewählten Leistungen/Leistungsbereichen
- 120 Euro bei fünf gewählten Leistungen/Leistungsbereichen.

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

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

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

§ 37 TK-PrämieFlex

(1) TK-PrämieFlex ist ein Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V. Die teilnehmenden Mitglieder erhalten jährlich eine Prämie, weil sie einen Teil der Kosten übernehmen, die von der TK für sie zu tragen sind (Selbstbehalt). Der Selbstbehalt gilt nur für ausgewählte Leistungspakete nach Abs. 4.

(2) Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden.

Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

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

Die gleichzeitige Teilnahme an einem Wahltarif nach den §§ 30, 31, 32, 33 sowie 36 ist nicht möglich.

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

Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden, es sei denn, die TK erhöht ihren Zusatzbeitragssatz nach § 10 (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V, § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V). Endet die TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz, endet gleichzeitig die Teilnahme am Wahltarif TK-Prämie Flex.

(4) Das Mitglied wählt den Selbstbehalt für mindestens ein bis maximal fünf der folgenden sieben Leistungspakete:

Leistungspaket 1: Ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (§ 23 Abs. 2 und 4 SGB V, § 40 SGB V, § 20 TK-Satzung)

Leistungspaket 2: Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (§ 11 Abs. 6 SGB V, § 27a TK-Satzung), Osteopathie (§ 11 Abs. 6 SGB V, § 27b TK- Satzung), Homöopathie (§ 140a SGB V, § 29a TK-Satzung)

Leistungspaket 3: Fahrkosten (§ 60 SGB V)

Leistungspaket 4: Haushaltshilfe (§ 38 SGB V, § 24 TK-Satzung), Häusliche Krankenpflege und Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 37 SGB V, § 39c SGB V, § 23 TK-Satzung)

Leistungspaket 5: Künstliche Befruchtung (§ 11 Abs. 6 SGB V, § 27h TK-Satzung), Arzneimittel während der Schwangerschaft (§ 11 Abs. 6 SGB V, § 27j TK-Satzung), Partner-Geburtsvorbereitungskurse (§ 11 Abs. 6 SGB V, § 27l TK-Satzung), Rufbereitschaft Hebammen (§ 11 Abs. 6 SGB V, § 27g TK-Satzung)

Leistungspaket 6: Professionelle Zahnreinigung (§ 11 Abs. 6 SGB V, § 27o TK-Satzung)

Leistungspaket 7: Schutzimpfungen und Malariaprophylaxe im Zusammenhang mit privaten Auslandsreisen (§ 20i Abs. 2 SGB V, § 19 Abs. 1 Sätze 2 und 4 TK-Satzung)

(5) Für jedes der Leistungspakete nach Abs. 4 beträgt die Prämie 18 Euro; insgesamt beträgt die Prämie maximal 90 Euro. Für die Prämienhöhe gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V). Das Mitglied erhält die Prämie jeweils im Voraus.

(6) Die Höhe des Selbstbehalts richtet sich nach der Anzahl der gewählten Leistungspakete nach Abs. 4

Der Selbstbehalt beträgt

- 24 Euro bei einem gewählten Leistungspaket
- 48 Euro bei zwei gewählten Leistungspaketen
- 72 Euro bei drei gewählten Leistungspaketen
- 96 Euro bei vier gewählten Leistungspaketen
- 120 Euro bei fünf gewählten Leistungspaketen.

Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am Wahltarif TK-PrämieFlex teilgenommen, erfolgt eine entsprechend anteilige Berechnung. Muss die Prämie nach Abs. 5 Satz 2 gemindert werden, verringert sich der Selbstbehalt so weit, dass die ursprüngliche Differenz von Prämie und Selbstbehalt erhalten bleibt.

Die Abrechnung wird jeweils bis zum Ende des folgenden Kalenderjahres durchgeführt. Hat das Mitglied auf den Selbstbehalt anzurechnende Leistungen in Anspruch genommen, stellt die TK dem Mitglied die Kosten in tatsächlicher Höhe in Rechnung, bis zum geltenden Gesamt-Selbstbehalt nach Satz 2. Eine eventuelle Forderung der TK gleicht das Mitglied innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der entsprechenden 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 die Mitglieder der Selbstverwaltung der TK unter der Berücksichtigung der Beschlüsse des Verwaltungsrats bei der Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit, insbesondere für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats und dessen Ausschüssen sowie 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 pro Kalendertag die jeweils geltenden Höchstbeträge nach § 9 EStG.

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 90 Euro gezahlt. Die alternierenden Vorsitzenden der Ausschüsse 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:

– die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats das 10-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 den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats monatlich je 81 Euro gezahlt.

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

Die Entschädigung nach § 41 Abs. 2 SGB IV beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße. Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages zu ersetzen. Der Verdienstausfall 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.

E Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern der Selbstverwaltung mit Familien- oder Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gem. § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleiG) erstattet werden. Die Voraussetzungen für die Erstattung und die Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils gültigen Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen nach § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 BGleiG.

Anlage 2

Teilnahmebedingungen nach § 26

Mit ihrem Bonusprogramm leistet die TK einen aktiven Beitrag zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten sowie zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

1. Teilnahme

Teilnahmeberechtigt sind alle TK-Versicherten. Dies gilt nicht, wenn und solange ihr Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist. Personen, für die von der TK auftragsweise Leistungen erbracht werden (§ 264 SGB V), können nicht am TK-Bonusprogramm teilnehmen.

Die Teilnahme ist vom Versicherten beziehungsweise dessen gesetzlichem Vertreter zu erklären. Sie beginnt am Ersten des Monats, in dem die Erklärung bei der TK eingeht. Bei Neugeborenen beginnt die Teilnahme ab dem Tag der Geburt, wenn sie innerhalb von drei Monaten danach erklärt wird. Der Erklärung steht es gleich, wenn eine Leistung nach Nummer 2 Buchstabe a) direkt zur Bonifizierung bei der TK eingereicht wird.

Die Teilnahme dauert zunächst 12 Monate (Teilnahmejahr). Werden in Anspruch genommene Gesundheitsmaßnahmen spätestens innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des Teilnahmejahres zur Bonifizierung eingereicht, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate. Es sei denn, vom Teilnehmenden wird erklärt, dass sie nicht über den Ablauf des Teilnahmejahres hinaus fortgesetzt werden soll. Dies gilt entsprechend für alle weiteren Teilnahmejahre.

Mit dem Ende der Versicherung bei der TK endet zeitgleich auch die Teilnahme am TK-Bonusprogramm.

2. Gesundheitsbonus

Die Teilnehmenden erhalten einen Gesundheitsbonus

a) als TK-VorsorgeBonus, wenn sie im Teilnahmezeitraum

- Leistungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a und 26 SGB V), Zahnvorsorge (§§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V), Mutterschaftsvorsorge (§ 24d SGB V, Mutterschafts-Richtlinien) oder
- Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i SGB V, § 19 TK-Satzung)

  in Anspruch genommen haben;

b) als TK-AktivBonus, wenn sie im Teilnahmezeitraum regelmäßig

- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V, § 18 TK-Satzung, Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes) oder
- vergleichbare qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

  in Anspruch genommen haben.

Die Teilnehmenden erhalten Bonuspunkte für Gesundheitsmaßnahmen entsprechend der Anlage 3 zur TK-Satzung. Die Summe der Bonuspunkte je Teilnahmejahr bestimmt die Höhe des Gesundheitsbonus. 100 Bonuspunkte haben den Wert von 1,00 Euro.

Alternativ zur direkten Auszahlung, können die Teilnehmenden ihren Gesundheitsbonus mit dem doppelten Wert als TK-Gesundheitsdividende wählen. Diese wird den Teilnehmenden als Zuschuss zu den Kosten für selbst in Anspruch genommene Leistungen nach Anlage 4 zur TK-Satzung gezahlt. Der Anspruch entsteht erst nach Vorlage entsprechender Belege. Bei Kosten unterhalb der jeweiligen Höhe der TK-Gesundheitsdividende werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet. Der Zuschuss für eine Leistung nach Anlage 4 ist ausgeschlossen, wenn die Leistungspflicht der TK bereits aufgrund anderer Vorschriften besteht oder der anderweitige Leistungsanspruch noch nicht ausgeschöpft ist. Der Ausschluss gilt auch für gesetzliche Zuzahlungen.

Die TK kann einen Gesundheitsbonus alternativ auch als Sachbonus zur Verfügung stellen. Verfügbare Sachboni werden auf tk.de und in der TK-App aufgeführt.

3. Abrechnung

Die Gesundheitsmaßnahmen sind vom Teilnehmenden in der von der TK jeweils vorgegebenen Art und Weise zu belegen. Sofern dem Teilnehmenden hierfür Kosten entstehen, werden diese von der TK nicht übernommen.

Die Abrechnung des Gesundheitsbonus erfolgt für die Gesundheitsmaßnahmen des jeweiligen Teilnahmenjahres (Zeitjahr). Der Anspruch auf den Gesundheitsbonus richtet sich nach den zum Beginn des jeweiligen Teilnahmejahres geltenden Bedingungen. Werden die Gesundheitsmaßnahmen nicht bis spätestens drei Monate nach Ablauf des jeweiligen Teilnahmejahres oder Beendigung der Teilnahme belegt, entsteht kein Anspruch auf einen Gesundheitsbonus.

Die Prüfung der eingereichten Gesundheitsmaßnahmen erfolgt anhand der jeweils geltenden Qualitätskriterien. Der Übertrag einzelner Gesundheitsmaßnahmen bzw. der entsprechenden Bonuspunkte auf andere Teilnehmende oder in das folgende Teilnahmejahr ist nicht möglich.

Hat der Teilnehmende den Gesundheitsbonus in voller oder anteiliger Höhe aufgrund unrichtiger Angaben, Erklärungen, Bescheinigungen oder Unterlagen erhalten, ist der entsprechende Betrag an die TK zurück zu zahlen.

4. Verfall des Anspruchs auf den Gesundheitsbonus

Mit dem Ende der TK-Versicherung verfallen sämtliche Ansprüche auf einen Gesundheitsbonus.

Für die TK-Gesundheitsdividende gilt zusätzlich: Ein nicht in Anspruch genommener Gesundheitsbonus verfällt jeweils nach Ablauf von drei Jahren. Davon abweichend verfallen alle von einem minderjährigen Teilnehmenden erworbenen, aber nicht in Anspruch genommenen Gesundheitsboni erst mit Ablauf von drei Jahren nach Vollendung des 18. Lebensjahres.

Anlage 3

Katalog der Gesundheitsmaßnahmen nach § 26

a) TK-VorsorgeBonus

Kinder- und Jugenduntersuchungen

- Kinderfrüherkennungsuntersuchung U1 und U2 (1.000 Punkte)
- Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U3 bis U7 (1.000 Punkte*)
- Bonuserhöhung für die lückenlose Durchführung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U7 (2.000 Punkte)
- Kinderfrüherkennungsuntersuchung U7a bis U11 (1.000 Punkte*)
- Jugendgesundheitsuntersuchung J1 und J2 (1.000 Punkte*)

Gesundheitsuntersuchungen

- Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung (1.000 Punkte*)
- Gesundheits-Check-up (1.000 Punkte)

Vollständige Vorsorge nach den Mutterschafts-Richtlinien (5.000 Punkte)

Zahnvorsorge (1.000 Punkte* - maximal 2x)

Schutzimpfungen (1.000 Punkte)
Die Bonifizierung erfolgt für das Teilnahmejahr 1x je Immunisierung.
Schutzimpfungen mit einem Kombinationsimpfstoff gelten als eine Impfung.

b) TK-AktivBonus

Gesundheitsangebote (auch Online) zur verhaltensbezogenen Prävention in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung oder Gewichtsreduktion, Stressbewältigung oder Entspannung und Suchtmittelkonsum (1.000 Punkte*)

Vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote (auch Online) zur Gesundheitsförderung

- TK-eigene, digitale Angebote (Challenges) zur Förderung eines gesundheitsbewussten Lebensstils. Die Challenges zielen darauf ab, die Alltagsaktivität zu erhöhen. Die Challenges beinhalten, orientiert am Bedarf, die Durchführung von Aktivitäten sowie eine qualitätsgesicherte Anleitung und Wissensvermittlung. Die Anforderungen richten sich nach dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes. Die TK informiert über die Inhalte der Challenges auf ihrer Homepage tk.de. Zum erfolgreichen Abschluss einer Challenge müssen die jeweiligen Aktivitäten und Wissensabfragen erfolgreich durchgeführt werden. (1.000 Punkte)
- Fitness-Studio, -angebote, Sportverein, Betriebs-/Hochschulsport (1.000 Punkte)
- Sportveranstaltungen und vergleichbare Aktivitäten unter qualifizierter Anleitung (1.000 Punkte)
- Sportabzeichen (z. B. DOSB, DLRG) und vergleichbare Auszeichnungen mit regelmäßiger qualitätsgesicherter Vorbereitung (1.000 Punkte)
- Rückbildungsgymnastik (1.000 Punkte)
- Baby-Schwimmkurs (Altersgruppe bis 2 Jahre - 1.000 Punkte)
- Eltern-Kind-Turnen (Altersgruppe bis 6 Jahre - 1.000 Punkte)

Gewaltprävention in Schulen (1.000 Punkte)

* Die angegebenen Punkte gelten für jede durchgeführte Untersuchung bzw. Einzelmaßnahme.

Anlage 4

Leistungskatalog der TK-Gesundheitsdividende

Versicherte, die am TK-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 26 teilnehmen, erhalten den Zuschuss nach Anlage 2 Ziffer 2 3. Absatz (TK-Gesundheitsdividende) für die Kosten der nachfolgend aufgeführten Leistungen:

- Akupunktur
- Anthroposophische Heilmittel (z.B. Heileurythmie)
- Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke
- Erweiterte zahnmedizinische Leistungen (z.B. Fissurenversiegelung, Funktionsanalyse)
- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus
- Gesundheitskurse (auch Online)
- Hebammen-Leistungen
  - Geburtsvorbereitungskurse für Partner
  - Geburtsvorbereitende Akupunktur
  - Rufbereitschaft (sofern die in § 27g genannten Voraussetzungen erfüllt sind)
- Leistungen nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen
- Mitgliedschaft Sportverein/Fitnessstudio
- Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)
- Osteopathie (sofern die in § 27b genannten Voraussetzungen erfüllt sind)
- Private Kranken- und Pflegezusatzversicherungen (§ 194 Abs. 1a SGB V, § 47 Abs. 2 SGB XI)
- Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- Sehtest
- Sport- und Fitnessausrüstung
- Sport- und Fitnesskurse (auch Online)
- Sportmedizinische Untersuchung und Beratung (sofern die in § 27e genannten Voraussetzungen erfüllt sind)
- Sportveranstaltungen (Start-/Teilnahmegebühren)
- Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen (z.B. Ultraschall zur Krebsfrüherkennung, Sono-Check, M2-PK Stuhltest, Bestimmung HbA1c-Wert zur Diabetes-Vorsorge)
- Zahnersatz und Zahnkronen
- Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft

Anlage 5

Voraussetzungen für die Bonusgewährung nach § 26a

Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

1. TK-Gesundheitsbonus

TK-versicherte Beschäftigte erhalten einen Bonus in Höhe von 100 Euro für jede erfolgreiche Teilnahme an einer Maßnahme nach Ziffer 2.

Eine Teilnahme ist erfolgreich, wenn mindestens 80 Prozent der jeweiligen Maßnahme durch einen Teilnehmer absolviert wurden.

2. Übersicht der bonifizierbaren Maßnahmen

Bonifiziert werden Maßnahmen aus den Handlungsfeldern (Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes)

- Bewegung,
- Gesunde Ernährung oder Gewichtsreduktion,
- Stressbewältigung oder Entspannung sowie
- Suchtmittelkonsum,

die der individuellen gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung dienen, mit maximal 15 Teilnehmern und einer Gesamtdauer von mindestens 6 Zeitstunden.

3. Nachweis und Verfahren

Der Nachweis der erfolgreichen Teilnahmen erfolgt durch vom Kursleiter geführte Teilnehmerlisten.

Die Bonusauszahlung erfolgt jeweils nach Beendigung der absolvierten Maßnahme und ist durch den TK-versicherten Beschäftigten zu beantragen.

4. Verfall des Bonusanspruchs

Der Bonusanspruch verfällt sechs Monate nach Ende des mit der TK nach § 26a Absatz 2 geschlossenen Vertrages. Über diesen Zeitpunkt werden die bei der TK-versicherten Beschäftigten nach erfolgreichem Abschluss der jeweiligen Maßnahme durch die TK gesondert informiert.

5. Beendigung des Bonusmodells

Die TK behält sich die Beendigung des Bonusmodells vor. Dies gilt auch für den Fall gesetzlicher Änderungen oder einer Weisung zur Einstellung des Bonusmodells durch die Aufsichtsbehörde der TK.

Anlage 6

Teilnahmebedingungen nach § 35
TK-Tarife Krankengeld (KG)

Die TK bietet Wahltarife für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V an. Das finanzielle Risiko bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit bzw. stationärer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung kann mit folgenden Wahltarifen abgesichert werden:

- TK-Tarif KG Klassik 22,
- TK-Tarif KG Klinik,
- TK-Tarif KG Plus,
- TK-Tarif KG Künstler und Publizisten.

1. Teilnahmeberechtigung

Teilnahmeberechtigt an den TK-Tarifen KG Klassik 22, Klinik und Plus sind 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.

Am TK-Tarif KG Künstler und Publizisten können nur Mitglieder teilnehmen, die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) versicherungspflichtig sind.

Die Teilnahme an den TK-Tarifen KG Klassik 22 und Plus kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V) erfolgen. Für die Teilnahme am TK-Tarif KG Plus ist zusätzlich erforderlich, dass das durchschnittliche monatliche Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (§ 223 Abs. 3 SGB V) übersteigt. Am TK-Tarif KG Klinik kann das Mitglied separat oder in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld teilnehmen.

Die gleichzeitige Teilnahme an den TK-Tarifen KG Klassik 22 und Plus oder an den TK-Tarifen KG Klinik und Plus ist möglich.

Anwartschaftsversicherte (§ 240 Abs. 4b SGB V) können an den TK-Tarifen KG nicht teilnehmen. Dies gilt auch, solange der Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist.

Darüber hinaus ist die Teilnahme nicht möglich, wenn das Mitglied im Zeitpunkt des Eingangs der Teilnahmeerklärung bei der TK

- arbeitsunfähig ist,
- eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen bezieht,
- voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI ist.

2. Teilnahmedauer

Das Mitglied muss die Teilnahme gegenüber der TK erklären. Die Teilnahme an den TK-Tarifen KG Klassik 22 und Klinik beginnt am Ersten des auf den Eingang der Teilnahmeerklärung folgenden Monats; die Teilnahme an den TK-Tarifen KG Plus sowie Künstler und Publizisten beginnt am Ersten des auf den Eingang der Teilnahmeerklärung folgenden vierten Monats. Das Mitglied kann einen weiter in der Zukunft liegenden Beginn zum Ersten eines Monats wählen. Bis zum Beginn kann die Teilnahmeerklärung vom Mitglied widerrufen werden; der Widerruf muss vor Teilnahmebeginn bei der TK eingegangen sein.

Das Mitglied ist gesetzlich mindestens drei Jahre an die Teilnahme gebunden (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V). Die Mitgliedschaft bei der TK kann frühestens zum Ablauf dieser Mindestbindungsfrist gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). Sofern das Mitglied die Teilnahme nicht bis zum Ablauf der Mindestbindungsfrist kündigt, verlängert sie sich um ein weiteres Jahr. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der TK ebenfalls nicht möglich.

Erfüllt das Mitglied die Voraussetzungen für die Teilnahme nicht mehr, endet diese mit dem Tag vor dem Wegfall der Voraussetzungen, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Die Voraussetzungen für die Teilnahme sind nicht mehr erfüllt, wenn

- die hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird bzw. die Krankenversicherungspflicht nach dem KSVG endet,
- die Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet, aufgegeben oder eine unbefristete Beschäftigung aufgenommen wird,
- das nachgewiesene durchschnittliche monatliche Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung nicht mehr übersteigt (nur TK-Tarif KG Plus),
- die Wahl des gesetzlichen Krankengelds beendet wird (nur TK-Tarife KG Klassik 22 und Plus),
- eine der in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen beginnt,
- die volle Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI eintritt.

Endet die TK-Mitgliedschaft kraft Gesetz, endet gleichzeitig auch die Teilnahme am TK-Tarif KG.

3. Leistungen

a) Höhe des Tarif-Krankengelds

1. In den TK-Tarifen KG Klassik 22 und Klinik wählt das Mitglied die Höhe des Tarif-Krankengelds in 5-Euro-Schritten von 30 bis 230 Euro; im TK-Tarif KG Künstler und Publizisten in 5-Euro-Schritten von 30 bis 130 Euro. Beträgt das gewählte Tarif-Krankengeld mehr als 30 Euro, darf es 70 Prozent des nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das gewählte Tarif-Krankengeld für Arbeitnehmer, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, beträgt jedoch maximal 90 Prozent des durchschnittlichen monatlichen Nettoentgelts.

2. Im TK-Tarif KG Plus wählt das Mitglied die Höhe des Tarif-Krankengelds in 10-Euro-Schritten von 10 bis 100 Euro. Beträgt das gewählte Tarif-Krankengeld mehr als 10 Euro, darf es - zusammen mit dem gesetzlichen Krankengeld - 70 Prozent des nachgewiesenen durchschnittlichen monatlichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das gewählte Tarif-Krankengeld für Arbeitnehmer, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, beträgt jedoch - zusammen mit dem gesetzlichen Krankengeld - maximal 90 Prozent des durchschnittlichen monatlichen Nettoentgelts.

Das Mitglied kann die Höhe des kalendertäglichen Tarif-Krankengelds einmal je Teilnahmejahr anpassen (Erhöhung oder Verminderung des Krankengeldbetrags). Mit der Anpassung des Tarif-Krankengelds wird die Prämie entsprechend angepasst.

Der Anspruch auf das erhöhte Tarif-Krankengeld beginnt frühestens am ersten Tag des nach Ablauf einer Frist von drei Monaten folgenden Kalendermonats. Die erhöhte Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Drei-Monats-Frist beginnt mit dem Eingang des Antrags auf Anpassung bei der TK. Eine Erhöhung des Tarif-Krankengelds ist im laufenden Leistungsfall und solange das Mitglied mit Prämien für Wahltarife der TK oder Beiträgen zur Krankenversicherung im Rückstand ist ausgeschlossen.

Das höhere Tarif-Krankengeld wird nicht gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der Drei-Monats-Frist eingetreten ist. In diesen Fällen erhält der Teilnehmer das Tarif-Krankengeld in der zuvor gewählten Höhe.

Eine Absenkung des gewählten Tarif-Krankengelds ist zum Ersten des Monats möglich, der auf den Eingang des Antrags auf Anpassung bei der TK folgt. Die niedrigere Prämie ist ab diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die Absenkung des Tarif-Krankengelds ist ausgeschlossen, wenn der jeweilige Anspruch auf Tarif-Krankengeld bereits ausgeschöpft wurde.

b) Anspruch auf Tarif-Krankengeld

Sofern nachstehend nichts Abweichendes geregelt ist, gelten für das Entstehen und die Dauer des Anspruchs auf Tarif-Krankengeld sowie für dessen Ruhen, Ausschluss und Kürzung die gesetzlichen Vorschriften und die sonstigen Regelungen für das gesetzliche Krankengeld entsprechend.

Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied mit seinen Wahltarif-Prämien für zwei Monate im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt. Für Leistungsfälle, die vor Beginn der Teilnahme eingetreten sind, besteht kein Anspruch auf Tarif-Krankengeld. Es sei denn, das Mitglied hat unmittelbar vorher bereits an einem anderen TK-Tarif KG teilgenommen.

Besonderheiten einzelner TK-Tarife KG:

1. TK-Tarif KG Klassik 22

   Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld entsteht am 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder am 22. Tag der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, die auf Kosten der TK erfolgt. Das Tarif-Krankengeld wird längstens bis zum Beginn des gesetzlichen Anspruchs gezahlt. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Tarif-Teilnahme.

   Außerdem erhält das Mitglied vorzeitiges Tarif-Krankengeld bereits ab dem ersten Tag einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass

   - es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V handelt bzw. das Krankenhaus nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist,
   - 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 vorzeitige Tarif-Krankengeld wird jeweils längstens bis zum 21. Tag der vollstationären Behandlung für insgesamt 12 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Die Dauer des vorzeitigen Bezugs wird nicht auf die Höchstbezugsdauer des Tarif-Krankengelds ab dem 22. Tag angerechnet.

2. TK-Tarif KG Klinik

   Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld entsteht nur bei vollstationärer Behandlung in einem Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass

   - es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V handelt bzw. das Krankenhaus nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist,
   - 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 ersten Tag der Behandlung. Hat das Mitglied neben dem TK-Tarif KG Klinik auch das gesetzliche Krankengeld gewählt, wird das Tarif-Krankengeld längstens bis zum Beginn des gesetzlichen Anspruchs gezahlt. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 12 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Tarif-Teilnahme.

3. TK-Tarif KG Künstler und Publizisten

   Der Anspruch auf Tarif-Krankengeld entsteht am 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder am 15. Tag der stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, die auf Kosten der TK erfolgt. Das Tarif-Krankengeld wird längstens bis zum Beginn des gesetzlichen Anspruchs gezahlt. Das Tarif-Krankengeld wird für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Der erste Dreijahreszeitraum beginnt mit der Tarif-Teilnahme.

   Außerdem erhält das Mitglied vorzeitiges Tarif-Krankengeld bereits ab dem ersten Tag einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass

   - es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V handelt bzw. das Krankenhaus nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist,
   - 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 vorzeitige Tarif-Krankengeld wird jeweils längstens bis zum 14. Tag der vollstationären Behandlung für insgesamt 12 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt. Die Dauer des vorzeitigen Bezugs wird nicht auf die Höchstbezugsdauer des Tarif-Krankengelds ab dem 15. Tag angerechnet.

4. Einkommensnachweis

Das Mitglied ist verpflichtet, der TK

- die Höhe des Arbeitseinkommens aus der selbstständigen bzw. künstlerischen und publizistischen Tätigkeit oder die Höhe des Arbeitsentgelts aus der Beschäftigung nachzuweisen und
- eine nicht nur vorübergehende Einkommensminderung unverzüglich mitzuteilen.

Als Nachweis für die gewählte Höhe des Tarif-Krankengelds gilt der jeweils aktuelle Steuerbescheid bzw. Beitragsbescheid der Künstlersozialkasse oder der Entgeltnachweis des Arbeitgebers. Erlangt die TK davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt des Mitglieds unter die Höhe des bisher zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, werden das Tarif-Krankengeld und die Prämie zum Beginn des Folgemonats nach Kenntnis entsprechend gemindert. Befindet sich das Mitglied zum Zeitpunkt der Kenntnisnahme der Minderung des Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts durch die TK bereits im Leistungsbezug, besteht die Leistungspflicht für die laufende Arbeitsunfähigkeit oder stationäre Behandlung im bisherigen Umfang fort.

5. Prämien

Abhängig von der Höhe des gewählten Tarif-Krankengelds, zahlt das Mitglied eine monatliche Prämie. Diese beträgt im

- TK-Tarif KG Klassik 22 = 1,70 Euro je 5 Euro Tarif-Krankengeld,
- TK-Tarif KG Klinik = 0,60 Euro je 5 Euro Tarif-Krankengeld,
- TK-Tarif KG Plus = 9,90 Euro je 10 Euro Tarif-Krankengeld,
- TK-Tarif KG Künstler und Publizisten = 2,10 Euro je 5 Euro Tarif-Krankengeld.

Die Prämie wird im Voraus 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.

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 Prozent der Prämie oder bei jährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 4 Prozent der Prämie.

In den TK-Tarifen KG Klassik 22, Klinik sowie Künstler und Publizisten besteht für die Dauer des Bezugs von Tarif-Krankengeld

- Prämienfreiheit im Wahltarif und
- Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung,

wenn das gewählte Tarif-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 TK-Tarif KG Plus besteht die Prämienfreiheit während des Leistungsbezugs unabhängig von der Höhe des gewählten Tarif-Krankengelds; Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung tritt in diesem Fall aufgrund des Bezugs von gesetzlichem Krankengeld ein. Für die Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung gilt § 224 Abs. 1 Satz 2 SGB V entsprechend. 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 Tarif-Krankengeld ein und entrichtet diesen an den zuständigen Sozialversicherungsträger.

Anlage 7

Erstattungsfähige digitale Versorgungsprodukte nach § 27k

Produktart	ICD-Code	Kurzbeschreibung zum Produkt
Online-Sehschule zur Behandlung von Amblyopie (Sehschwäche)	H53.0	▪ internetbasierte Therapie für Kinder bei funktionaler Sehschwäche (Amblyopie) ▪ Online-Sehübungen ▪ Ergänzung zur Okklusionstherapie (Abkleben des starken Auges mit dem Augenpflaster) ▪ CE-zertifiziertes Medizinprodukt, das ausschließlich vom Augenarzt verordnet wird ▪ datenschutzrechtliche Anforderungen des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes sowie der EU-Datenschutzgrundverordnung werden erfüllt

Satzung der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung

vom 1. Januar 2009 unter Berücksichtigung des 12. Nachtrags

Stand: 8. April 2026

Artikel I

A Verfassung

§ 1 Name, Rechtsstellung, Zuständigkeitsbereich 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) Der Zuständigkeitsbereich der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung umfasst das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

(5) Sitz der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung ist Hamburg.

§ 2 Verwaltungsrat

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrats 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 derselben 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. Die Regelungen der Absätze 12 bis 15 gelten für Erledigungsausschüsse entsprechend. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied der Feststellung widerspricht.

(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 Verwaltungsrats 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 Verwaltungsrats finden nach Bedarf, jedoch mindesten 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 Verwaltungsrats.

(11) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen bei

1. Angelegenheiten, in denen auf einer Sitzung des Verwaltungsrats 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 Verwaltungsrats 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.

(12) Sitzungen des Verwaltungsrats können durch Zuschaltung von Mitgliedern mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung durchgeführt werden (hybride Sitzung). Der Vorsitzende entscheidet im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitzenden über die Durchführung einer hybriden Sitzung. Bei öffentlichen Sitzungen wird der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung in Präsenz ermöglicht.

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

(14) Die Beschlussfassung in hybriden und digitalen Sitzungen erfolgt nach Festlegung durch die Sitzungsleitung durch Stimmabgabe per Handzeichen, mündlich oder über ein geeignetes technisches Abstimmungstool. Bei Bedarf erfolgt für die Abstimmung ein namentlicher Aufruf.

(15) Eine ausschließlich telefonische Teilnahme an hybriden und digitalen Sitzungen ist nicht zulässig.

§ 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 Verwaltungsrats ist aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

§ 4 Widerspruchsausschüsse

Die Widerspruchsausschüsse der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung sind die Widerspruchsausschüsse der Techniker Krankenkasse. Für die Widerspruchsausschüsse und ihre Mitglieder gilt § 4 der Satzung der Techniker Krankenkasse entsprechend.

§ 5 Entschädigung der Organmitglieder

Die Mitglieder des Verwaltungsrats 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 auf der Internetseite www.tk.de öffentlich bekannt gemacht.

(2) Die „Öffentliche Zustellung“ nach dem Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Bekanntmachung einer Benachrichtigung am Sitz der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung.

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 Zuständigkeitsbereich 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 eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, bis zu deren Außerkrafttreten einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung hatten,

b) nach § 42 Abs. 2, 3 oder 4 SGB XIV leistungsberechtigt sind,

c) Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,

d) nach § 145 Abs. 2 Nr. 4 SGB XIV oder nach § 84 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 Nr. 4 des Soldatenentschädigungsgesetzes ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz weiter erhalten oder Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 SGB XIV beziehen,

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

f) 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 § 7 Abs. 1 Ziffer 1 und 2 genannten Personenkreise entsteht kraft Gesetzes.

(2) Wer der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung nicht kraft Gesetzes angehört (§ 7 Abs. 1 Ziffern 3 bis 6), hat seinen Beitritt zu erklären. Der Beitritt nach § 7 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 zurzeit nicht belegt

§ 11 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

Für die Fälligkeit der Beiträge gilt § 23 SGB IV.

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

§ 13 Leistungen

(1) Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Vorschriften.

(2) 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.

F Private Pflege-Zusatzversicherungen

§ 14 Vermittlung privater Pflege-Zusatzversicherungen

Die Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung kann ihren Versicherten den Abschluss privater Pflege-Zusatzversicherungen auf Grundlage der jeweiligen Kooperationsvereinbarung mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln (§ 47 Abs. 2 SGB XI).

Artikel II

Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

201001 10/2026V

