

*Genehmigt, siehe Bescheid  
vom 6. September 2007,  
Az.: VIII 212-424.123-001*

## Inhaltsverzeichnis



*Küfner  
06.09.07*

### Präambel

#### 1. Abschnitt IKK

§ 1 Name, Sitz und Gliederung der IKK

#### 2. Abschnitt Verfassung

§ 2 Organe der IKK Nord

§ 3 Zusammensetzung des Verwaltungsrates

§ 4 Aufgaben des Verwaltungsrates

§ 5 Vorstand

§ 6 Regionalbeiräte

§ 7 Bemessung der Entschädigung für Mitglieder des  
Verwaltungsrates, der Ausschüsse und der Regionalbeiräte

§ 8 Fachausschüsse

§ 9 Besondere Ausschüsse

#### 3. Abschnitt Mitgliedschaft und Familienversicherung

§ 10 Versicherter Personenkreis

§ 11 Kündigung der Mitgliedschaft

#### **4. Abschnitt Beiträge**

- § 12 Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder, Rentenantragsteller und Mitglieder nach § 192 Abs. 2 SGB V
- § 13 Höhe der Beitragssätze
- § 14 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge
- § 14a Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge
- § 15 Erstattungen
- § 16 Tarif Selbstbehalt nach § 53 Abs. 1 SGB V
- § 16a Tarif nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung nach § 63 ff SGB V
- § 16b Tarif nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung
- § 16c Tarif nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an der Versorgung in einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease Management Programm – DMP)
- § 16d Tarif nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an einer integrierten Versorgung
- § 16e Tarif nach § 53 Abs. 5 SGB V Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen
- § 16f Tarif nach § 53 Abs. 4 SGB V Kostenerstattung bei Zahnersatz
- § 17 unbesetzt
- § 18 Kooperation PKV

## **5. Abschnitt Leistungen**

- § 19 Leistungen zur Verhütung von Krankheiten [durch Schutzimpfungen](#)
- § 20 Leistungen der primären Prävention
- § 20a [Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung](#)
- § 21 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- § 22 Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- § 23 Häusliche Krankenpflege
- § 24 Haushaltshilfe
- § 25 Krankengeld
- § 26 Stationäre Hospize
- § 27 Teilkostenerstattung für DO-Angestellte
- § 28 Kostenerstattung
- § 29 Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen im Ausland
- § 30 Modellvorhaben
- § 30a [Leistungsausschluss nach § 52a SGB V](#)

## **6. Abschnitt Datenschutz**

- § 31 Datenschutz

## **7. Abschnitt Auskunft an Versicherte**

- § 32 Auskunft an Versicherte

## **8. Abschnitt Mittelverwaltung**

- § 33 Haushaltsplan und Jahresrechnung
- § 34 Rücklage

**9. Abschnitt Bekanntmachungen**

§ 35 Bekanntmachungen

**10. Abschnitt Sondervorschriften für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG)**

§ 36 Anwendung von Satzungsbestimmungen

§ 37 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

§ 38 Bemessung und Fälligkeit der Umlagen

§ 39 Höhe und Fälligkeit der Erstattungen, Vorschüsse

§ 40 Bildung von Betriebsmitteln

§ 41 Haushaltsplan

§ 42 Jahresrechnung

**11. Abschnitt Inkrafttreten**

§ 43 Inkrafttreten

**Anlage zu § 7 der Satzung der IKK Nord**

Bemessung der Entschädigung für Mitglieder des Verwaltungsrates, der Ausschüsse und der Regionalbeiräte

**Anlage zu § 30 der Satzung der IKK Nord**

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 1**

**Der § 10 Abs. 1 der Satzung der IKK Nord – Versicherter Personenkreis – erhält folgende Fassung; der § 10 Abs. 3 wird gestrichen:**

(1) Mitglieder der IKK Nord sind

- versicherungspflichtig Beschäftigte,
- Leistungsbezieher nach dem SGB II,
- Leistungsempfänger nach dem SGB III,
- Künstler und Publizisten,
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder nach dem BliwaG anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
- behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht;  
hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
- Studenten und Berufspraktikanten,
- Rentenantragsteller und Rentner,
- Bezieher von Vorruhestandsgeld,
- Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall,
- freiwillig Versicherte,

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

**Beschlussfassung  
zur Änderung der Satzung  
der IKK Nord**

**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**

**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 2**

**Der § 11 Abs. 1 und Abs. 3 der Satzung der IKK Nord – Kündigung der Mitgliedschaft – erhalten folgende Fassung:**

(1) <sup>1</sup>Das Mitglied ist an die Wahl der IKK Nord mindestens achtzehn Monate gebunden. <sup>2</sup>Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt.

(3) <sup>1</sup>Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall der zur Meldung verpflichteten Stelle nachweist. <sup>2</sup>Ist eine zur Meldung verpflichtete Stelle nicht vorhanden, ist der Nachweis gegenüber der Krankenkasse zu führen.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.10.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 3**

**Der § 11 Abs. 6 Satzung der IKK Nord – Kündigung der Mitgliedschaft – wird neu eingefügt und erhält folgende Fassung:**

(6) 1Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist abweichend von den Absätzen 1 bis 4 nicht möglich, soweit das Mitglied an einen Wahltarif nach § 53 SGB V gebunden ist. 2Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist abweichend von dem Absatz 5 nicht möglich, soweit das Mitglied an einen Wahltarif nach § 53 Absätze 3, 4 und 5 SGB V gebunden ist.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 4**

**Der § 12 Abs. 2 Buchstaben b), c), e), Absätze 3, 4 und 5 der Satzung der IKK Nord – Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder, Rentenantragsteller und Mitglieder nach § 192 Abs. 2 SGB V – erhalten folgende Fassung; Abs. 6 wird eingefügt:**

**Der § 12 Abs. 2 Buchstabe k) der Satzung der IKK Nord – Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder, Rentenantragsteller und Mitglieder nach § 192 Abs. 2 SGB V – wird gestrichen.**

(2) Für die Beitragsbemessung von freiwilligen Mitgliedern bestimmen sich die beitragspflichtigen Einnahmen nach folgenden Grundsätzen:

b) *Mitglieder während eines beruflich bedingten Auslandsaufenthalts sowie Heilfürsorgeberechtigte und Entwicklungshelfer sowie Mitglieder, deren Anspruch auf Leistungen ruht*

1Für freiwillige Mitglieder werden als beitragspflichtige Einnahmen 10 v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zugrunde gelegt, solange für sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen der Anspruch auf Leistungen während eines beruflich bedingten Auslandsaufenthalts ruht. 2Der Auslandsaufenthalt kann auch durch die Berufstätigkeit des Ehegatten, des Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines seiner Elternteile bedingt sein. 3Satz 1 gilt entsprechend für

- Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ruht,
- Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen aus anderem Grund nach § 16 Abs. 1 SGB V für länger als 3 Monate ruht,
- Versicherte während einer Tätigkeit für eine internationale Organisation im Geltungsbereich des SGB V.

c) *Hauptberuflich selbstständig Tätige und Existenzgründer*

1. 1Für hauptberuflich selbstständig Tätige gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V), bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der vierzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. 2Der Nachweis ist vom Mitglied zu führen.



2. <sup>1</sup>Für Existenzgründer, die Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder einen monatlichen Existenzgründungszuschuss nach § 421 I SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II haben, gilt bei Nachweis niedrigerer Einnahmen als beitragspflichtige Einnahme mindestens der sechzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße; der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses in Höhe von 300,00 EUR und der Existenzgründerzuschuss bleiben bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen unberücksichtigt. <sup>2</sup>Der Nachweis ist vom Mitglied zu führen.

3. <sup>1</sup>Für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, die keinen Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder einen monatlichen Existenzgründungszuschuss nach § 421 I SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II haben, und deren beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag den vierzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße unterschreiten, werden auf Antrag die Beiträge nach den tatsächlichen Einnahmen, mindestens jedoch nach dem sechzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße bemessen. <sup>2</sup>Die Beitragsbemessung nach Satz 1 ist ausgeschlossen, wenn

1. die Hälfte der auf den Kalendertag entfallenden beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des § 240 SGB V der Bedarfsgemeinschaft dem vierzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße entspricht oder diesen übersteigt oder
2. die Bedarfsgemeinschaft steuerpflichtige Einkünfte aus Kapitalvermögen erzielt oder
3. die Bedarfsgemeinschaft positive oder negative Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung erzielt oder
4. das Vermögen des Mitglieds oder seines Partners das Vierfache der monatlichen Bezugsgröße übersteigt.

<sup>3</sup>Zur Bedarfsgemeinschaft im Sinne des Satzes 2 gehören das hauptberuflich selbständig tätige Mitglied sowie als dessen Partner

1. der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte,
2. der nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner,
3. die Person, die mit dem Mitglied in eheähnlicher Gemeinschaft im Sinne des § 7 Abs. 3 Nr. 3 Buchstabe c) und Abs. 3a SGB II lebt.

<sup>4</sup>Bei der Berücksichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 2 Nr. 1 wird für jedes in der Bedarfsgemeinschaft lebende Kind des Mitglieds oder des Partners ein Freibetrag von 484,00 EUR abgesetzt. <sup>5</sup>Ein Absetzungsbetrag ist zu berücksichtigen, wenn für das Kind ein Anspruch auf Familienversicherung aus der Versicherung des Mitglieds oder des Partners besteht oder aus der Versicherung des Mitglieds oder Partners geltend gemacht werden könnte.

6Als Vermögen nach Satz 2 Nr. 4 sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände mit ihrem Verkehrswert zu berücksichtigen. 7Nicht berücksichtigt werden die in § 12 Abs. 3 S. 1 SGB II genannten Vermögensgegenstände, soweit sie angemessen sind. 8§ 12 Abs. 3 S. 2 SGB II gilt entsprechend.

9Für die Beurteilung der Tatbestände nach Satz 2 sind die Verhältnisse zum Zeitpunkt der Antragstellung nach Satz 1 maßgebend.

e) *Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule, Studenten an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule, Wandergesellen*

1Für freiwillig krankenversicherte Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule gelten als beitragspflichtige Einnahmen die für pflichtversicherte Studenten und Praktikanten nach § 236 SGB V maßgebenden Einnahmen.

2Gleiches gilt für Studenten, die an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind sowie für freiwillig versicherte Arbeitnehmer, die regelmäßig ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen).

(3) 1Für Rentenantragsteller richtet sich die Bemessung der Beiträge nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. 2Dies gilt auch für Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist.

(4) Für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 SGB V erhalten bleibt, richtet sich die Bemessung der Beiträge nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

(5) 1Freiwillig Versicherte haben als Verpflichtung aus § 206 Abs. 1 Nr. 2 SGB V Änderungen ihres Einkommens der IKK Nord unaufgefordert mitzuteilen; Nachteile aus der Verletzung dieser Pflicht treffen den Verpflichteten. 2Unabhängig davon führt die IKK Nord regelmäßig für die Bemessung der Beiträge schriftliche Einkommensanfragen bei den freiwilligen Mitgliedern durch. 3Werden solche schriftlichen Einkommensanfragen nicht oder verspätet beantwortet, kann die IKK Nord die Bemessungsgrundlage gewissenhaft schätzen. 4Reduzierungen der Beitragsbemessung aufgrund eines vom Versicherten verspätet geführten Nachweises wirken zum ersten Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats.

(6) 1Für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V richtet sich die Bemessung der Beiträge nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. 2§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V gilt entsprechend. 3Soweit das Mitglied schwankendes Arbeitsentgelt erhält, gilt als beitragspflichtige Einnahme insoweit das im Wege der Schätzung ermittelte Arbeitsentgelt; hierzu sind die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen einschließlich der beitragspflichtigen Einmalzahlungen zu ermitteln und entsprechend zu zwölfteln.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 5**

**Der § 13 Abs. 7 und Abs. 8 der Satzung der IKK Nord – Höhe der Beitragssätze – erhalten folgende Fassung:**

(7) 1Für freiwillig versicherte Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule gilt als Beitragssatz der für versicherungspflichtige Studenten und Praktikanten maßgebende Beitragssatz nach § 245 SGB V. 2Gleiches gilt für Studenten, die an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingetragen sind sowie für freiwillig versicherte Arbeitnehmer, die regelmäßig ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen).

(8) 1Für freiwillige Mitglieder während eines beruflich bedingten Auslandsaufenthalts sowie für Heilfürsorgeberechtigte und Entwicklungshelfer gilt der Beitragssatz nach Abs. 1. 2 Gleiches gilt für die in § 12 Abs. 2 Buchstabe b) Satz 3 der Satzung genannten Mitglieder.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.07.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 6**

**Der § 13 Abs. 9 der Satzung der IKK Nord – Höhe der Beitragssätze – wird neu eingefügt und erhält folgende Fassung:**

(9) Gemäß § 222 Abs. 6 SGB V betragen die Beitragssatzanteile in 2007 zur Entschuldung der IKK Nord 0,00 v.H. und für Finanzhilfen im Rahmen der Entschuldung von Innungskrankenkassen nach § 265a SGB V 0,07 v.H.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 7**

**Der § 14 Abs. 3 der Satzung der IKK Nord – Fälligkeit und Zahlung der Beiträge – erhält folgende Fassung:**

(3) Versicherungspflichtige, soweit sie beitragspflichtige Versorgungsbezüge oder beitragspflichtiges Arbeitseinkommen erhalten, Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 10 erster Halbsatz SGB V, freiwillige Mitglieder, Rentenantragsteller sowie Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 SGB V erhalten bleibt, haben die Beiträge bis zum 15. des Monats einzuzahlen, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 8**

**Der § 14a der Satzung der IKK Nord wird neu eingefügt und erhält die Bezeichnung – Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge –**

§ 14a

Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V  
Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

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

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

(2) <sup>1</sup>Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraumes Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben oder auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet; die Erklärung bindet auch Dritte, insbesondere die in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer. <sup>2</sup>Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.10.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 9**

**Der § 16 der Satzung der IKK Nord – Selbstbehalt – wird neu gefasst und erhält die Bezeichnung – Tarif Selbstbehalt nach § 53 Abs. 1 SGB V –**

§ 16

Tarif Selbstbehalt nach § 53 Abs. 1 SGB V

(1) <sup>1</sup>Mitglieder können einen Tarif wählen, in dem sie einen Teil der von der IKK Nord für sie und ihre familienversicherten Angehörigen ab vollendetem 18. Lebensjahr zu tragenden Kosten jeweils für ein Kalenderjahr selbst übernehmen (Selbstbehalt) und dafür eine Prämie von der IKK Nord erhalten. <sup>2</sup>Die Wahl ist gegenüber der IKK Nord schriftlich zu erklären.

(2) <sup>1</sup>Die IKK Nord bietet für den Personenkreis nach Abs. 1 Selbstbehalte und Prämien in gestaffelter Höhe zur Wahl an. <sup>2</sup>Das Mitglied kann

1. einen Selbstbehalt von 80,00 EUR wählen und erhält dafür eine Prämie von 70,00 EUR,
2. einen Selbstbehalt von 150,00 EUR wählen und erhält dafür eine Prämie von 100,00 EUR,
3. einen Selbstbehalt von 300,00 EUR wählen und erhält dafür eine Prämie von 200,00 EUR,
4. einen Selbstbehalt von 450,00 EUR wählen und erhält dafür eine Prämie von 325,00 EUR,
5. einen Selbstbehalt von 600,00 EUR wählen und erhält dafür eine Prämie von 450,00 EUR.

<sup>3</sup>Für Mitglieder, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt haben, gilt diese Regelung entsprechend.

(3) Die Mitglieder erhalten eine Vorsorgeprämie in Höhe des Differenzbetrags zwischen gewähltem Selbstbehalt und Prämie nach Abs. 2, wenn sie und ihre familienversicherten Angehörigen jeweils für ein Kalenderjahr die Inanspruchnahme der im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen möglichen Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V), Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V) und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V) nachweisen und keine auf den Selbstbehalt anrechenbare Leistungen in Anspruch genommen haben.

(4) <sup>1</sup>Die Berechnung der vom Mitglied zu tragenden Kosten bis zur Höhe des gewählten Selbstbehalts nimmt die IKK Nord anhand der tatsächlichen Kosten vor. <sup>2</sup>Die IKK Nord stellt die Inanspruchnahme der auf den Selbstbehalt anzurechnenden Leistungen anhand der ihr vorliegenden Leistungs- und Abrechnungsdaten fest.

<sup>3</sup>Die Inanspruchnahme der folgenden Leistungen ist für den Selbstbehalt unschädlich:

- Leistungen der primären Prävention (§§ 20 und 20d SGB V),
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
- zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V),
- vertragsärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen,
- vertragszahnärztliche Leistungen, soweit sie keine genehmigungspflichtigen Leistungen oder Verordnungen zur Folge haben.

(5) Abs. 4 gilt auch für Mitglieder, die Leistungen im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V erhalten.

(6) <sup>1</sup>Die Wahl des Selbstbehalttarifs ist mit Wirkung vom Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung bei der IKK Nord folgenden Monats möglich. <sup>2</sup>Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können keinen Selbstbehalttarif wählen.

(7) <sup>1</sup>Das Mitglied erhält nach erklärter Tarifwahl eine Prämienvorauszahlung in Höhe von 50 v. H. der Prämie nach Abs. 2. <sup>2</sup>In den Folgejahren wird für das Mitglied im Rahmen der Prämienendabrechnung für das jeweils abgelaufene Kalenderjahr (Abs. 9) eine Prämienvorauszahlung für das laufende Kalenderjahr in Höhe von 50 v. H. der Prämie nach Abs. 2 berücksichtigt, sofern der Wahltarif nicht zu einem vor der Prämienabrechnung liegenden Zeitpunkt gekündigt bzw. beendet wurde.

(8) <sup>1</sup>Die Prämien nach Abs. 2 dürfen bis zu 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI und § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V betragen, jedoch nicht mehr als 600,00 EUR. <sup>2</sup>In Verbindung mit anderen Wahltarifen dürfen die gesamten Prämienzahlungen an das Mitglied insgesamt bis zu 30 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI und § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V betragen, jedoch nicht mehr als 900,00 EUR.



(9) <sup>1</sup>Die Prämienendabrechnung nimmt die IKK Nord für das abgelaufene Kalenderjahr bis zum Ende des nächsten Kalenderjahres vor, wenn ihr alle benötigten Leistungs- und Abrechnungsdaten von den Leistungserbringern zur Verfügung stehen. <sup>2</sup>Bei der Abrechnung sind von der Prämie nach Abs. 2 zuzüglich der Vorsorgeprämie nach Abs. 3 eine Prämienvorauszahlung für das abgelaufene Kalenderjahr und anzurechnende Leistungen nach Abs. 4 in Abzug zu bringen, Abs. 8 ist zu beachten (Prämienabrechnung für das abgelaufene Kalenderjahr). <sup>3</sup>Zum so ermittelten Betrag ist eine Prämienvorauszahlung für das laufende Kalenderjahr zuzusetzen. <sup>4</sup>Übersteigt die Summe der hiernach dem Mitglied zuzurechnenden Beträge die Summe der abzusetzenden Beträge, ist der Differenzbetrag an das Mitglied auszuzahlen. <sup>5</sup>Übersteigt die Summe der abzusetzenden Beträge die Summe der dem Mitglied zuzurechnenden Beträge, ist der Differenzbetrag vom Mitglied schriftlich zu fordern und vom Mitglied innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Zahlungsaufforderung an die IKK Nord zu zahlen.

(10) <sup>1</sup>Erstreckt sich die Zugehörigkeit zum Selbstbehalttarif nicht auf ein gesamtes Kalenderjahr, sind im Rahmen der Prämienvorauszahlung sowie der Prämienendabrechnung die Prämie und der Selbstbehalt nach Abs. 2 sowie die Vorsorgeprämie nach Abs. 3 anteilig entsprechend der Anzahl der Monate der Tarifzugehörigkeit im Kalenderjahr zu ermitteln. <sup>2</sup>Anzurechnende Leistungen werden nur insoweit berücksichtigt, als sie im Zeitraum der Zugehörigkeit zum Tarif in Anspruch genommen worden sind.

(11) Abs. 10 Satz 1 ist sinngemäß anzuwenden, wenn im Kalenderjahr Zeiträume liegen, in denen die Beiträge des Mitglieds vollständig von Dritten getragen werden oder beitragsfreie Zeiten nach § 224 SGB V vorliegen, soweit sich die Beitragstragung durch Dritte bzw. die Beitragsfreiheit jeweils auf gesamte Kalendermonate erstreckt.

(12) <sup>1</sup>An die Wahl des Selbstbehalttarifs ist das Mitglied 3 Jahre ab Beginn der Tarifzugehörigkeit gebunden. <sup>2</sup>Die Zugehörigkeit verlängert sich jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn das Mitglied den Tarif nicht schriftlich zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist bzw. in den Folgejahren zum Ablauf des Jahres kündigt. <sup>3</sup>Die Kündigung muss spätestens in dem Kalendermonat bei der IKK Nord eingehen, in dem die dreijährige Mindestbindungsfrist bzw. in den Folgejahren die Jahresfrist endet. <sup>4</sup>Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Kassenmitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden, die Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V ist einzuhalten.

(13) <sup>1</sup>Das Mitglied kann den Selbstbehalttarif in besonderen Härtefällen vorzeitig schriftlich kündigen. <sup>2</sup>Ein besonderer Härtefall ist insbesondere gegeben

1. bei eingetretener finanzieller Hilfebedürftigkeit, wenn Leistungen nach dem SGB II oder dem SGB XII bezogen werden oder
2. beim Wechsel von einer Mitgliedschaft in den Status einer Familienversicherung.

<sup>3</sup>Die Kündigung ist zum Ablauf des Kalendermonats des Eingangs der Kündigung bei der IKK Nord möglich. <sup>4</sup>§ 11 Abs. 5 der Satzung der IKK Nord gilt entsprechend. <sup>5</sup>Das Mitglied hat das Vorliegen eines besonderen Härtefalles durch geeignete Unterlagen zu belegen.

(14) <sup>1</sup>Bei von der IKK Nord veranlassten Angebotsänderungen bezüglich der Selbstbehalte und der Prämien nach Abs. 2 oder des Umfangs der Vorsorgeprämie nach Abs. 4 endet die Bindung an den Tarif mit dem Ende des Kalendermonats, der dem Wirksamwerden der Änderung vorausgeht, soweit sich durch die Änderungen andere Einstufungsmöglichkeiten nach Abs. 2 für das Mitglied ergeben. <sup>2</sup>Einer Kündigung durch das Mitglied bedarf es nicht. <sup>3</sup>Das Mitglied kann am Selbstbehalttarif durch die Abgabe einer schriftlichen Wahlerklärung (Abs. 1) weiter teilnehmen. <sup>4</sup>Mit dem Wirksamwerden der erneuten Wahl wird die dreijährige Mindestbindungsfrist neu ausgelöst. <sup>5</sup>Im Übrigen gilt Abs. 12 entsprechend.

(15) Die IKK Nord kann die Teilnahme am Selbstbehalttarif mit dem Ende des Kalendermonats beenden, der auf den Monat folgt, in dem das Mitglied einer Zahlungsaufforderung nach Abs. 9 trotz Mahnung nicht innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Zugang der Mahnung nachgekommen ist.

(16) Für Mitglieder, die einen Anspruch auf Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V in Verbindung mit § 14 der Satzung haben, reduzieren sich der Selbstbehalt und die Prämie nach Abs. 2 sowie die Vorsorgeprämie nach Abs. 3 um 50 v. H.

(17) <sup>1</sup>Für freiwillige Mitglieder, die bis zum 30.09.2007 einen Selbstbehalt nach § 16 der bis zum 30.09.2007 geltenden Satzungsregelung gewählt haben, bleibt diese Regelung bis zum Ende des Kalenderjahres 2007 gültig. <sup>2</sup>Sie können bis zum 30.11.2007 einen Selbstbehalt nach der neu gefassten Selbstbehaltregelung rückwirkend zum 01.10.2007 wählen. <sup>3</sup>Machen sie von der Sonderregelung nach Satz 2 keinen Gebrauch, ist die Wahl eines Selbstbehaltes nach der neu gefassten Selbstbehaltregelung frühestens zum 01.01.2008 möglich.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 10**

**Der § 16a der Satzung der IKK Nord wird neu eingefügt und erhält folgende Fassung:**

§ 16a

Tarif nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der  
Versorgung nach § 63 ff SGB V

<sup>1</sup>Versicherten, die an einem von der IKK Nord vereinbarten Modellvorhaben nach § 63 ff SGB V teilnehmen, wird ein besonderer Tarif angeboten. <sup>2</sup>Art und Umfang des Tarifs werden in der Satzungsregelung zum Modellvorhaben bestimmt. <sup>3</sup>Sofern keine Regelung zur Zuzahlungsermäßigung im Modellvorhaben getroffen wurde, gelten die Zuzahlungsbestimmungen nach den §§ 28 Abs. 4 und 61 SGB V.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 11**

**Der § 16b der Satzung der IKK Nord wird neu eingefügt und erhält folgende Fassung:**

§ 16b

Tarif nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung

<sup>1</sup>Versicherten, die an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V teilnehmen, werden die Zuzahlungen, die gemäß §§ 28 Abs. 4 und 61 SGB V zu leisten sind, ermäßigt, in dem sie von den Zahlungen außer der Zuzahlung zu stationären Maßnahmen gemäß § 39 Abs. 4 SGB V befreit werden. <sup>2</sup>Die Erklärung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich. <sup>3</sup>Die Befreiung beginnt nach Eingang der Wahlerklärung bei der IKK Nord, frühestens mit dem Tag der Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung. <sup>4</sup>Sie gilt nur im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung. <sup>5</sup>Sie endet, sobald der Versicherte nicht mehr an der hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt. <sup>6</sup>An den Tarif ist der Versicherte mindestens 1 Jahr gebunden (§ 73b Abs. 3 Satz 3 SGB V).

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 12**

**Der § 16c der Satzung der IKK Nord wird neu eingefügt und erhält folgende Fassung:**

§ 16c

Tarif nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an der Versorgung in einem strukturierten  
Behandlungsprogramm (Disease Management Programm – DMP)

(1) <sup>1</sup>Versicherten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V (DMP) teilnehmen, wird ein besonderer Tarif, der Zuzahlungsermäßigung beinhaltet, angeboten. <sup>2</sup>Die Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V (DMP) gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich. <sup>3</sup>Den Teilnehmern werden die Zuzahlungen, die gemäß §§ 28 Abs. 4 und 61 SGB V zu leisten sind, ermäßigt, in dem sie von den Zuzahlungen außer der Zuzahlung zu stationären Maßnahmen gemäß § 39 Abs. 4 SGB V befreit werden.

(2) <sup>1</sup>Die Befreiung beginnt nach Eingang der Wahlerklärung bei der IKK Nord, frühestens mit dem Tag der Einschreibung in ein DMP. <sup>2</sup>Sie endet, sobald der Versicherte nicht mehr in ein DMP eingeschrieben ist. <sup>3</sup>Zum Nachweis der Zuzahlungsbefreiung gegenüber den Leistungserbringern erhalten die Versicherten von der IKK Nord einen Befreiungsausweis.

(3) Versicherte, die vor Inkrafttreten dieser Satzregelung in ein DMP eingeschrieben sind, erhalten für das Kalenderjahr 2007 die entsprechende Zuzahlungsermäßigung nach § 21 Abs. 2 der Satzung in der bis dahin geltenden Fassung.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 13**

**Der § 16d der Satzung der IKK Nord wird neu eingefügt und erhält folgende Fassung:**

§ 16d

Tarif nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an einer integrierten Versorgung

(1) <sup>1</sup>Versicherten, die an einer von der IKK Nord zur Verfügung gestellten integrierten Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, wird ein besonderer Tarif, der Zuzahlungsermäßigung beinhaltet, angeboten. <sup>2</sup>Die Erklärung zur Teilnahme an der integrierten Versorgung gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich.

(2) Von den Versicherten sind Bescheinigungen der jeweiligen Leistungserbringer über die Höhe der im Rahmen der integrierten Versorgung geleisteten Zuzahlungen bei der IKK Nord vorzulegen, es sei denn, die Zuzahlungsermäßigung ist Bestandteil der Verträge zur integrierten Versorgung mit den Leistungserbringern.

(3) <sup>1</sup>Die IKK Nord führt ein Verzeichnis über die bestehenden integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V. <sup>2</sup>Das Verzeichnis enthält je Versorgungsform insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die teilnehmenden Leistungserbringer, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung sowie den Umfang und den Zeitpunkt der Gewährung der Zuzahlungsermäßigung. <sup>3</sup>Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis in der IKK Nord einzusehen. <sup>4</sup>Die IKK Nord stellt den Versicherten auf Wunsch die Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.10.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 14**

**Der § 16e der Satzung der IKK Nord wird neu eingefügt und erhält folgende Fassung:**

§ 16e

Tarif nach § 53 Abs. 5 SGB V Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

(1) <sup>1</sup>Versicherte ab vollendetem 12. Lebensjahr können einen Tarif wählen, in dem die IKK Nord die Kosten für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen übernimmt, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind. <sup>2</sup>Hierfür zahlen die Versicherten eine Prämie an die IKK Nord. <sup>3</sup>Die Wahl ist gegenüber der IKK Nord schriftlich zu erklären. <sup>4</sup>Für Versicherte bis zum vollendetem 18. Lebensjahr kann eine wirksame Wahlerklärung nur durch den gesetzlichen Vertreter abgegeben werden.

(2) <sup>1</sup>Für die Kostenübernahme durch die IKK Nord ist Voraussetzung, dass die Arzneimittel nach Abs. 1 von einem Vertragsarzt verordnet werden. <sup>2</sup>Die IKK Nord erstattet dem Versicherten gegen Vorlage der ärztlichen Verordnung und der quittierten Apothekenrechnung 80 v. H. der entstandenen Kosten. <sup>3</sup>Der Erstattungsanspruch des Versicherten ist auf 200,00 EUR je Kalenderjahr begrenzt. <sup>4</sup>Erstreckt sich die Tarifzugehörigkeit nicht auf ein gesamtes Kalenderjahr, ist der Höchstbetrag nach Satz 3 anteilig entsprechend der Anzahl der Monate der Tarifzugehörigkeit im Kalenderjahr zu berechnen.

(3) <sup>1</sup>Für die Dauer der Teilnahme an dem Tarif zahlt der Versicherte eine monatliche Prämie in Höhe von 11,00 EUR. <sup>2</sup>Die Monatsprämie ist jeweils bis zum 15. des Folgemonats zu entrichten. <sup>3</sup>Nach Beendigung der Versicherung oder der Teilnahme am Tarif werden entrichtete Prämien anteilig rückerstattet. <sup>4</sup>Der Versicherte bzw. sein gesetzlicher Vertreter erklärt gegenüber der IKK Nord schriftlich sein Einverständnis zur Abbuchung der Prämien. <sup>5</sup>Für Versicherte bis zum vollendetem 18. Lebensjahr haftet der gesetzliche Vertreter für die Zahlung der Prämien.

(4) <sup>1</sup>Die Wahl des Tarifs ist mit Wirkung vom Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung bei der IKK Nord folgenden Monats möglich. <sup>2</sup>Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Tarif nicht wählen.

(5) <sup>1</sup>An die Wahl ist der Versicherte 3 Jahre ab Beginn der Tarifzugehörigkeit gebunden. <sup>2</sup>Die Zugehörigkeit verlängert sich jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Versicherte den Tarif nicht schriftlich zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist bzw. in den Folgejahren zum Ablauf des Jahres kündigt; Abs. 1 Satz 3 gilt. <sup>3</sup>Die Kündigung muss spätestens in dem Kalendermonat bei der IKK Nord eingehen, in dem die dreijährige Mindestbindungsfrist bzw. in den Folgejahren die Jahresfrist endet. <sup>4</sup>Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann eine Kassenmitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden, die Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V ist einzuhalten.

(6) <sup>1</sup>Der Versicherte kann den Tarif in besonderen Härtefällen vorzeitig schriftlich kündigen; Abs. 1 Satz 3 gilt. <sup>2</sup>Ein besonderer Härtefall ist insbesondere bei eingetretener finanzieller Hilfebedürftigkeit, wenn Leistungen nach dem SGB II oder dem SGB XII bezogen werden, gegeben. <sup>3</sup>Die Kündigung ist zum Ablauf des Kalendermonats des Eingangs der Kündigung bei der IKK Nord möglich. <sup>4</sup>Der Versicherte hat das Vorliegen eines besonderen Härtefalles durch geeignete Unterlagen zu belegen.

(7) <sup>1</sup>Bei von der IKK Nord veranlassten Angebotsänderungen bezüglich des Leistungsumfanges nach Abs. 2 oder der Prämienhöhe nach Abs. 3 endet die Bindung an den Tarif mit dem Ende des Kalendermonats, der dem Wirksamwerden der Änderung vorausgeht. <sup>2</sup>Einer Kündigung durch den Versicherten bedarf es nicht. <sup>3</sup>Der Versicherte kann an dem Tarif durch die Abgabe einer schriftlichen Wahlerklärung (Abs. 1) weiter teilnehmen. <sup>4</sup>Mit dem Wirksamwerden der erneuten Wahl wird die dreijährige Mindestbindungsfrist neu ausgelöst. <sup>5</sup>Im Übrigen gilt Abs. 5 entsprechend.

(8) <sup>1</sup>Die IKK Nord kann die Teilnahme am Tarif mit Ablauf des Kalendermonats beenden, wenn für zwei Monate die fälligen Prämien trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden. <sup>2</sup>Sofern Prämien innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Leistungsfalls nicht mehr gezahlt werden, behält sich die IKK Nord die Rückforderung des Leistungsbetrages nach Abs. 2 vor.

(9) Die Teilnahme eines Familienversicherten am Tarif endet mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Familienversicherung nach § 10 SGB V endet und keine Mitgliedschaft bei der IKK Nord begründet wird.



**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.10.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 15**

**Der § 16f der Satzung der IKK Nord wird neu eingefügt und erhält folgende Fassung:**

§ 16f

Tarif nach § 53 Abs. 4 SGB V Kostenerstattung bei Zahnersatz

(1) <sup>1</sup>Versicherte können für sich einen Tarif für die Erstattung von Kosten bei medizinisch notwendigem Zahnersatz wählen. <sup>2</sup>Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr kann eine wirksame Wahlerklärung nur durch den gesetzlichen Vertreter abgegeben werden.

(2) <sup>1</sup>Erstattet werden die dem Versicherten im Inland entstandenen nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz, sofern dieser von einem Vertragszahnarzt eingegliedert wurde. <sup>2</sup>Der Anspruch besteht bis zur Höhe des zweifachen Leistungsbetrages nach § 55 SGB V, begrenzt auf den Rechnungsbetrag ggf. nach § 13 oder § 55 SGB V. <sup>3</sup>Erstattete Beträge sind hierauf anzurechnen. <sup>4</sup>§ 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend. <sup>5</sup>Der Anspruch auf Erstattung ist in den ersten vier Jahren nach Abschluss des Kostenerstattungstarifs abweichend von Satz 2 wie folgt begrenzt:

- im ersten Jahr nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes max. 250,00 EUR;
- in den ersten beiden Jahren nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes zusammen höchstens 500,00 EUR;
- in den ersten drei Jahren nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes zusammen höchstens 750,00 EUR und
- in den ersten vier Jahren nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes zusammen höchstens 1.000,00 EUR.

(3) <sup>1</sup>Wird der Kostenerstattungstarif über das vierte Jahr nach Abs. 7 fortgeführt, besteht ein voller Kostenerstattungsanspruch nach Absatz 2 Satz 2. <sup>2</sup>Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Abs. 6 bei der IKK Nord eingeht. <sup>3</sup>Er bezieht sich nur auf Leistungen, die nach diesem Datum der Wahl dieses Tarifes beginnen, es sei denn, die Prämie ist noch nicht fällig geworden.

(4) <sup>1</sup>Sofern eine Prämie nach Abs. 6 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tage, an dem die Prämie vollständig entrichtet wird. <sup>2</sup>Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraums ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachentrichtet wird oder wenn dem Versicherten kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft.

(5) <sup>1</sup>Für die Dauer der Teilnahme an dem Tarif zahlt der Versicherte eine monatliche Prämie, die nach Altersgruppen gestaffelt ist. <sup>2</sup>Die Prämie ist dabei geschlechtsunabhängig:

Altersgruppe	Prämie
0 – 15	2,90 €
16 – 20	2,90 €
21 – 30	7,90 €
31 – 40	7,90 €
41 – 50	9,90 €
51 – 60	9,90 €
61 – 70	12,90 €
71 – 80	12,90 €
81 – 90	12,90 €
ab 91	12,90 €

<sup>3</sup>Für Personen, die das 21., 31., 41., 51., 61., 71., 81. bzw. 91. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der ihren Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

(6) <sup>1</sup>Die Monatsprämie ist jeweils bis zum 15. des Folgemonats zu entrichten. Nach Beendigung der Versicherung oder der Teilnahme am Tarif werden die entrichteten Prämien anteilig rückerstattet. <sup>2</sup>Der Versicherte bzw. sein gesetzlicher Vertreter erklärt gegenüber der IKK Nord schriftlich sein Einverständnis zur Abbuchung der Prämien. <sup>3</sup>Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr haftet der gesetzliche Vertreter für die Zahlung der Prämien.

(7) <sup>1</sup>Die Wahl des Tarifs ist mit Wirkung vom Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung bei der IKK Nord folgenden Monats möglich. <sup>2</sup>Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Tarif nicht wählen.

(8) <sup>1</sup>An die Wahl ist der Versicherte 3 Jahre ab Beginn der Tarifzugehörigkeit gebunden. <sup>2</sup>Die Zugehörigkeit verlängert sich jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Versicherte den Tarif nicht schriftlich zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist bzw. in den Folgejahren zum Ablauf des Jahres kündigt; Abs. 1 Satz 2 gilt. <sup>3</sup>Die Kündigung muss spätestens in dem Kalendermonat bei der IKK Nord eingehen, in dem die dreijährige Mindestbindungsfrist bzw. in den Folgejahren die Jahresfrist endet. <sup>4</sup>Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann eine Kassenmitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden, die Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V ist einzuhalten.

(9) <sup>1</sup>Der Versicherte kann den Tarif in besonderen Härtefällen vorzeitig schriftlich kündigen; Abs. 1 Satz 2 gilt. <sup>2</sup>Ein besonderer Härtefall ist insbesondere bei eingetretener finanzieller Hilfebedürftigkeit, wenn Leistungen nach dem SGB II oder dem SGB XII bezogen werden, gegeben. <sup>3</sup>Die Kündigung ist zum Ablauf des Kalendermonats des Eingangs der Kündigung bei der IKK Nord möglich. <sup>4</sup>Der Versicherte hat das Vorliegen eines besonderen Härtefalles durch geeignete Unterlagen zu belegen.

(10) <sup>1</sup>Bei von der IKK Nord veranlassten Angebotsänderungen bezüglich des Leistungsumfangs nach Abs. 2 oder der Prämienhöhe nach Abs. 5 endet die Bindung an den Tarif mit dem Ende des Kalendermonats, der dem Wirksamwerden der Änderung vorausgeht. <sup>2</sup>Einer Kündigung durch den Versicherten bedarf es nicht. <sup>3</sup>Der Versicherte kann an dem Tarif durch die Abgabe einer schriftlichen Wahlerklärung (Abs. 1) weiter teilnehmen. <sup>4</sup>Mit dem Wirksamwerden der erneuten Wahl wird die dreijährige Mindestbindungsfrist neu ausgelöst. <sup>5</sup>Im Übrigen gilt Abs. 8 entsprechend.

(11) <sup>1</sup>Die IKK Nord kann die Teilnahme am Tarif mit Ablauf des Kalendermonats beenden, wenn für zwei Monate die fälligen Prämien trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden. <sup>2</sup>Sofern Prämien innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Leistungsfalls nicht mehr gezahlt werden, behält sich die IKK Nord die Rückforderung des Leistungsbetrages nach Abs. 2 vor.

(12) Die Teilnahme eines Familienversicherten am Tarif endet mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Familienversicherung nach § 10 SGB V endet und keine Mitgliedschaft bei der IKK Nord begründet wird.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 16**

**Der § 17 der Satzung der IKK Nord – Beitragsrückzahlung – tritt außer Kraft und bleibt unbesetzt.**

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 17**

**Der § 19 der Satzung der IKK Nord wird neu gefasst und erhält die Bezeichnung – Leistungen zur Verhütung von Krankheiten durch Schutzimpfungen –**

§ 19

Leistungen zur Verhütung von Krankheiten durch Schutzimpfungen

(1) <sup>1</sup>Die IKK Nord übernimmt zusätzlich zu den Leistungen der Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V Leistungen für Schutzimpfungen aufgrund landesrechtlicher Empfehlungen nach § 20 Abs. 3 IfSG, sofern die Kosten weder ganz noch teilweise von einer anderen Stelle (z. B. öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) getragen werden. <sup>2</sup>Darüber hinaus kann der Vorstand der IKK Nord in dringenden Fällen beschließen, dass die IKK Nord die Kosten weiterer Schutzimpfungen übernimmt. <sup>3</sup>Der Beschluss des Vorstandes tritt außer Kraft, soweit der Verwaltungsrat nicht in seiner auf dem Beschluss des Vorstandes folgenden Sitzung eine entsprechende Satzungsänderung beschließt. <sup>4</sup>Gleiches gilt, soweit diese Satzungsänderung nicht von der zuständigen Aufsichtsbehörde genehmigt wird.

(2) Die Kosten für den Impfstoff werden voll, die Kosten der ärztlichen Leistungen nach Vertragsätzen übernommen.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 18**

**Der § 20 der Satzung der IKK Nord – Leistungen der primären Prävention –erhält folgende Fassung:**

(1) 1Die IKK Nord übernimmt Leistungen der primären Prävention im Rahmen des § 20 Abs. 1 SGB V in den Handlungsfeldern:

**Bewegungsgewohnheiten**

- Maßnahmen zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Maßnahmen zur Vorbeugung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

**Ernährung**

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung (Kurs zur ausgewogenen Ernährung)
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht (Gewichtsreduktions-Kurs)

**Entspannung/Stressregulation**

- Maßnahmen zur Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken (Stressbewältigungs- und Entspannungskurse)

**Genuss- und Suchtmittelkonsum**

- Maßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelmissbrauchs (Kurs zur Nikotin-Entwöhnung, Kurs zur Alkoholreduktion, Kurs zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten, Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauchs)

2Die IKK Nord erbringt diese Leistungen allein oder in Kooperation mit Partnern, wie z.B. Einrichtungen des Gesundheitswesens oder Bildungsträgern.

(2) Art, Umfang und Qualitätskriterien der Leistungen (Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppe, Ziel, Inhalt, Methodik und Anbieterqualifikation) richten sich nach den „Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V“ (Leitfaden) in der jeweils geltenden Fassung.

(3) Näheres zur Erstattung von Kursgebühren für Maßnahmen der individuellen Prävention sind in Richtlinien zu regeln, die vom Vorstand aufzustellen sind.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 19**

**Der § 20a der Satzung der IKK Nord wird neu eingefügt und erhält folgende Fassung:**

§ 20a  
Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Die IKK Nord übernimmt nach § 20a SGB V Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Handlungsfeldern:

Arbeitsbedingte körperliche Belastungen

- Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates

Betriebsverpflegung

- Unterstützung einer gesundheitsgerechten betrieblichen Gemeinschaftsverpflegung

Psychosoziale Belastungen (Stress)

- Maßnahmen zur Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz
- Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (Seminare für Führungskräfte)

Suchtmittelkonsum

- Maßnahmen zur Reduktion des Suchtmittelmissbrauchs (rauchfrei im Betrieb)
- Maßnahmen zur Erreichung der Punktnüchternheit bei der Arbeit (Null Promille am Arbeitsplatz)

(2) Die Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung richten sich nach den „Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V“ (Leitfaden).

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 20**

**Der § 21 der Satzung der IKK Nord – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten – erhält folgende Fassung:**

(1) <sup>1</sup>Versicherte, die regelmäßig

- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß §§ 22, 25 und 26 SGB V sowie
- Leistungen zur Früherkennung im Rahmen von Modellvorhaben nach dem SGB V, an denen sich die IKK Nord beteiligt und
- zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 SGB V oder
- qualitätsgesicherte Leistungen der Primärprävention gemäß § 20 SGB V

nachweislich in Anspruch nehmen, werden für die Dauer von 12 Monaten von den Zuzahlungen gemäß § 28 Abs. 4 SGB V befreit. <sup>2</sup>Versicherte vor Ablauf des 18. Lebensjahres erhalten eine Sachprämie im Wert von ca. 40,00 EUR.

(2) <sup>1</sup>Bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wird Arbeitgebern und Versicherten ein Bonus gewährt, wenn die Maßnahme umfassend und erfolgreich durchgeführt wurde. <sup>2</sup>Die im Betrieb beschäftigten Versicherten der IKK Nord erhalten im Bundesland Schleswig-Holstein 50 v. H. eines KV-Monatsbeitrages erstattet. <sup>3</sup>Im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern werden ihnen für die Dauer von 12 Monaten die Zuzahlungen gemäß § 28 Abs. 4 SGB V ersetzt. <sup>4</sup>Der Arbeitgeber erhält im Bundesland Schleswig-Holstein 50 v.H. eines KV-Monatsbeitrages für die im Betrieb beschäftigten Versicherten der IKK Nord zurück. <sup>5</sup>Bei Betrieben, die mit dem IKKimpuls-Siegel ausgezeichnet werden, beträgt die Erstattungshöhe jeweils 100 v. H. eines KV-Monatsbeitrages. <sup>6</sup>Dem Arbeitgeber, der im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern an der Lohnfortzahlungsversicherung der IKK Nord teilnimmt, wird der Betrag der Umlage U1 für die Versicherten der IKK Nord in Höhe von 0,5 v. H. des umlagepflichtigen Entgelts für 12 Monate erstattet. <sup>7</sup>Der Arbeitgeber, der nicht an der Lohnfortzahlungsversicherung der IKK Nord teilnimmt, erhält eine einmalige Beitrags-erstattung in Höhe von 50 v. H. des von ihm zu tragenden Krankenversicherungs-Monatsbeitrages der Versicherten der IKK Nord.

(3) Nähere Kriterien zur Bonusgewährung nach den Absätzen 1 und 2 sind in Richtlinien festzulegen, die vom Vorstand aufzustellen sind und vom Verwaltungsrat der IKK Nord beschlossen werden.



**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 21**

**Der § 24 Satz 1 der Satzung der IKK Nord – Haushaltshilfe – erhält folgende neue Fassung:**

„Die IKK Nord erbringt nach § 38 Abs. 2 SGB V Haushaltshilfe auch neben ambulanter ärztlicher Behandlung für die Dauer der Notwendigkeit, längstens für 4 Wochen, wenn dem Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.“

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 22**

**Der § 28 der Satzung der IKK Nord – Kostenerstattung – erhält folgende Fassung:**

(1) <sup>1</sup>Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. <sup>2</sup>Hierüber haben Versicherte ihre IKK Nord vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. <sup>3</sup>Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistungen darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der IKK Nord übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. <sup>4</sup>Der Versicherte hat die erfolgte Beratung schriftlich zu bestätigen. <sup>5</sup>Nicht im 4. Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der IKK Nord in Anspruch genommen werden. <sup>6</sup>Eine Zustimmung ist nur möglich, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

(2) <sup>1</sup>Das Wahlrecht nach Abs. 1 wird durch eine schriftliche Erklärung ausgeübt. <sup>2</sup>Der Versicherte ist an eine gewählte Kostenerstattung (Abs. 1) mindestens ein Jahr, jeweils bis zum Ende eines Kalendervierteljahres, gebunden.

(3) Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich.

(4) <sup>1</sup>Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage der Rechnung. <sup>2</sup>Die Aufwendungen des Versicherten werden bis zur Höhe der Kosten erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, nicht jedoch über die Höhe der tatsächlichen Kosten hinaus. <sup>3</sup>Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. <sup>4</sup>Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für Verwaltungskosten sowie fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen um 5 v. H., höchstens um 100,00 EUR, zu kürzen.

(5) Der Versicherte kann die gewählte Kostenerstattung nach Ablauf der in Abs. 2 genannten Mindestdauer jederzeit durch schriftliche Erklärung zum Ende eines Kalendervierteljahres widerrufen.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 23**

**Der § 29 Satz 1 der Satzung der IKK Nord – Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen im Ausland – erhält folgende Fassung:**

1Versicherte, die Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.06.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABI EG Nr. L 49 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Inland in Anspruch nehmen, erhalten im Rahmen des § 13 Abs. 4 SGB V Kostenerstattung.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 24**

**Der § 30 der Satzung der IKK Nord – Modellvorhaben – erhält folgende Fassung:**

(1) <sup>1</sup>Die IKK Nord gewährt gemäß § 63 SGB V ihren Mitgliedern zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, die berufsbedingt besonderen Belastungen des Herzkreislaufsystems, Muskelskelettsystems sowie des psycho-somatischen Bereichs ausgesetzt sind, die Gesundheitswoche für das Handwerk. <sup>2</sup>Diese Maßnahme wird in ausgewählten Reha-Einrichtungen durchgeführt. <sup>3</sup>Die Gesundheitswoche für das Handwerk setzt sich aus ambulanten und stationären Modulen zusammen. <sup>4</sup>Der Leistungsanspruch beinhaltet zunächst die stationären medizinischen Leistungen, die halben Kosten für Unterkunft und Verpflegung in der stationären Reha-Einrichtung sowie die Teilnahme an einem Nachhaltigkeitsangebot mit halbjährlicher Dauer, das in anerkannten ambulanten Reha-Einrichtungen oder in einer Einrichtung nach Satz 2 des Landes Mecklenburg-Vorpommern angeboten wird. <sup>5</sup>Entgeltersatzleistungen anlässlich der Teilnahme an der Gesundheitswoche für das Handwerk werden nicht gewährt. <sup>6</sup>Sofern das Nachhaltigkeitsangebot in vollem Umfang nachweislich in Anspruch genommen wird, werden die Restkosten für Übernachtung und Verpflegung für die Dauer der stationären Maßnahme dem Mitglied als Bonus erstattet. <sup>7</sup>Die Maßnahme wird nach § 65 SGB V extern wissenschaftlich begleitet. <sup>8</sup>Das Modellvorhaben beginnt am 01.01.2004 und endet am 31.12.2008.

(2) <sup>1</sup>Die IKK Nord führt für die Region Mecklenburg-Vorpommern gemäß der §§ 63 – 65 SGB V ein Modellvorhaben – stationersetzende ambulante Operationen – durch. <sup>2</sup>Auf der Grundlage eines Vertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern soll erreicht werden, dass die im Katalog stationersetzender ambulanter Operationen aufgeführten Operationen, die heute in Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern erbracht werden, mit allen dazugehörigen Leistungen, soweit medizinisch indiziert, bei gleicher Qualität durch ambulantes Operieren ersetzt werden. <sup>3</sup>Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt durch den MDK Mecklenburg-Vorpommern. <sup>4</sup>Die IKK Nord unterstützt das Modellvorhaben durch die Übernahme der Kosten. <sup>5</sup>Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Aufwendungen der IKK Nord durch den zu erwartenden Rückgang von Operationen im Krankenhaus kompensiert werden. <sup>6</sup>Das Modellvorhaben tritt mit dem 01.02.2000 in Kraft und hat eine Laufzeit bis zum 31.01.2008.

(3) Die IKK Nord erprobt in der Region Mecklenburg-Vorpommern die Förderung von Leistungen zur ambulanten Behandlung und Betreuung von Suchtpatienten durch Schwerpunktpraxen.

- (a) Ziel des Modellvorhabens ist die Schaffung struktureller und finanzieller Grundvoraussetzungen, mit denen die Erhöhung der Qualität und des Leistungsangebotes im Rahmen der ambulanten Behandlung und Betreuung von Suchtpatienten durch Schwerpunktpraxen erreicht wird.
- (b) In einer mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern geschlossenen Vereinbarung werden die Qualitätssicherungsmaßnahmen und die Vergütung der Leistungen einer Schwerpunktpraxis geregelt.
- (c) <sup>1</sup>Zur Teilnahme an dem Modellvorhaben sind alle Vertragsärzte der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern berechtigt, soweit sie die dafür erforderlichen Voraussetzungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen erfüllen. <sup>2</sup>Die teilnehmenden Vertragsärzte sind zu einer Dokumentation verpflichtet.
- (d) <sup>1</sup>Die Teilnahme der Versicherten an dem Modellvorhaben ist freiwillig. <sup>2</sup>Die Versicherten erklären mit ihrer Unterschrift unter der Therapievereinbarung ihre Teilnahme an dem Projekt. <sup>3</sup>Die Bestimmungen des Datenschutzes finden hierbei Beachtung.
- (e) Das Modellvorhaben tritt am 01.04.2002 in Kraft und endet spätestens am 31.03.2010.
- (f) <sup>1</sup>Die wissenschaftliche Begleitung im Sinne des § 65 SGB V für die Dauer dieses Modellvorhabens erfolgt durch eine externe Institution. <sup>2</sup>Die Finanzierung erfolgt durch das Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern und den Rentenversicherungsträger, LVA Mecklenburg-Vorpommern.

(4) Die IKK Nord kann im Zusammenhang mit der Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f und g SGB V bestehenden Modellvorhaben bei anderen Innungskrankenkassen auf der Grundlage der §§ 63 ff SGB V beitreten.

(5) <sup>1</sup>Die IKK Nord erprobt im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern auf der Grundlage der §§ 63 – 65 SGB V im Rahmen eines Modellvorhabens die ärztliche Versorgung ihrer Versicherten mit klassischer Homöopathie. <sup>2</sup>Dazu wird eine Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern mit dem Ziel abgeschlossen, die ärztliche Versorgung von IKK-Versicherten mittels klassischer Homöopathie im Rahmen des Sachleistungsprinzips sicherzustellen und so die Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Behandlung der Versicherten zu verbessern. <sup>3</sup>Das Modellvorhaben wird wissenschaftlich begleitet und soll Erkenntnisse über die Effizienz der klassischen Homöopathie erbringen und eine Aussage über deren Kosten ermöglichen. <sup>4</sup>Die Erprobungsregelung beginnt am 01.01.2005 und endet am 31.12.2010.

(6) 1Die IKK Nord führt im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein folgendes Modellvorhaben im Rahmen der §§ 63 ff SGB V durch: Hautkrebs-Test (Beginn 01.07.2004). 2Im Rahmen dieses Modellvorhabens soll erprobt werden, ob sich durch die Anbindung dieser Leistung an das Bonusprogramm der IKK Nord die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen erhöhen lässt. 3Anspruch auf den Hautkrebstest haben Versicherte der IKK Nord ab dem 20. Lebensjahr alle 3 Jahre. Versicherte, die im Rahmen des vorhergegangenen Modellversuchs der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein oder in der Laufzeit dieses Modellvorhabens als "Risikopersonen" identifiziert wurden oder werden, haben einmal jährlich Anspruch auf eine Kontrolluntersuchung durch einen Dermatologen. 4Die Erstuntersuchung kann von dafür zugelassenen Dermatologen, Allgemeinärzten, Praktischen Ärzten, Internisten, Urologen und Gynäkologen mit Vertragsarztsitz in Schleswig-Holstein durchgeführt werden. 5Eine ggf. erforderliche Zweituntersuchung und die Kontrolluntersuchung von Risikopatienten kann nur durch dafür zugelassene Dermatologen erfolgen. 6Damit Ärzte zur Teilnahme an diesem Modellvorhaben zugelassen werden können, bietet die Arbeitsgemeinschaft dermatologische Prävention bei Bedarf eintägige Trainingsveranstaltungen an. 7Die im Rahmen des vorangegangenen Modellversuchs der Kassenärztlichen Vereinigung erworbene Zulassung gilt für dieses Modellvorhaben weiter. 8Dieses Modellvorhaben wird wissenschaftlich begleitet. 9Die Laufzeit des Modellvorhabens endet zum 30.6.2012 oder vorher, wenn der Hautkrebs-Test in den gesetzlichen Leistungskatalog aufgenommen wird.

(7) Näheres regeln die abgeschlossenen und von der Aufsichtsbehörde genehmigten Vereinbarungen. Das gilt auch für Vereinbarungen, denen die IKK Nord beitrifft.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 25**

**Der § 30a der Satzung der IKK Nord wird neu eingefügt und erhält folgende Fassung:**

§ 30a

Leistungsausschluss nach § 52a SGB V

(1) <sup>1</sup>Personen, die sich in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung als Familienversicherte nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen, haben keinen Anspruch auf Leistungen. <sup>2</sup>Die ärztliche und zahnärztliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind vom Leistungsausschluss nicht betroffen. <sup>3</sup>Die Krankenkasse kann vom Versicherten nach den allgemeinen Vorschriften des SGB X Ersatz für Leistungen fordern, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden.

(2) Der Tatbestand der missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme i. S. des § 52a SGB V ist dann gegeben, wenn der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland lediglich begründet wird, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

(3) <sup>1</sup>Hinsichtlich des Nachweises des Tatbestands, dass sich Personen allein mit der Zielsetzung nach Deutschland begeben, sind bereits bei der ersten Kontaktaufnahme der betroffenen Personen mit der IKK Nord neben der Abwicklung der Modalitäten zur Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses gleichzeitig die Motive für die Begründung des Aufenthalts in Deutschland abzuklären. <sup>2</sup>In diesem Zusammenhang hat insbesondere ein Hinweis über die Vorschrift zum Leistungsausschluss zu erfolgen und es ist eine Bestätigung der betroffenen Personen darüber einzufordern, dass der Aufenthalt nicht dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für sich oder ihre familienversicherten Angehörigen missbräuchlich Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. <sup>3</sup>Daneben ist eine gesonderte Prüfung nach § 52a SGB V angezeigt, sofern innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung als Familienversicherte nach § 10 SGB V eine schwerwiegende nicht akute Erkrankung eintritt. <sup>4</sup>In begründeten Fällen kann es zur Abklärung des Gesundheitszustandes zweckmäßig sein, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einzuschalten.

**Beschlussfassung**  
**zur Änderung der Satzung**  
**der IKK Nord**  
**- beschlossen in der VR-Sitzung am 28./29.06.2007; hier 8. Nachtrag -**

---

**Regelung ab 01.04.2007**  
**- vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung -**

---

**Nr. 26**

**Der § 38 Abs. 4 der Satzung der IKK Nord - Bemessung und Fälligkeit der Umlagen – erhält folgende Fassung:**

(4) Für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld oder Saison-Kurzarbeitergeld bemessen sich die Umlagen nach dem tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.



Inkrafttreten:

Der Nachtrag tritt für die Nrn. 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10 – 13, 16 – 26 rückwirkend zum 01.04.2007 in Kraft.

Der Nachtrag tritt für die Nr. 6 zum 01.07.2007 in Kraft.

Der Nachtrag tritt für die Nrn. 3, 9, 14, 15 zum 01.10.2007 in Kraft.

Hohwacht, den 29.06.2007



Verwaltungsratsvorsitzender:

  
-----  
Peter Ladehoff

Genehmigungsvermerk

(Ministerium für Soziales, Gesundheit,  
Familie, Jugend und Senioren  
des Landes Schleswig-Holstein):