

Satzung vom 1. Juli 2016

in der Fassung des 10. Nachtrages
Stand: 17. April 2018



Ersatzkasse Sitz Hamburg

100-000 /04.18

Abschnitt A Verfassung	4
§ 1 Name, Rechtsstellung, Sitz und Geschäftsgebiet	4
§ 2 Organe	4
§ 3 Verwaltungsrat	4
§ 4 Zurzeit nicht belegt	7
§ 5 Vorstand.....	7
§ 6 Ehrenamtliche Berater	8
§ 7 Widerspruchsausschüsse	8
Abschnitt B Mitgliedschaft	9
§ 8 Mitgliederkreis.....	9
§ 9 Erwerb der Mitgliedschaft	10
§ 10 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft	10
Abschnitt C Beiträge	11
§ 11 Aufbringung der Mittel.....	11
§ 12 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz.....	11
§ 13 Beiträge für versicherungspflichtige Mitglieder	11
§ 14 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	11
Abschnitt D Leistungen	12
§ 15 Anspruchsgrundlagen	12
§ 16 Leistungsausschluss.....	12
§ 17 Krankheitsverhütung.....	12
§ 18 Prävention.....	13
§ 19 Zusätzliche Leistungen	14
§ 19a Mehrleistung für Rufbereitschaft Hebammen	17
§ 19b Mehrleistung für künstliche Befruchtung.....	18
§ 19c Mehrleistung für Flash-Glukose-Messung	19
§ 19d Mehrleistung für Schwangerschaft	19
§ 19e Persönliche elektronische Gesundheitsakte	21
§ 20 Krankengeld - ergänzende Regelungen	21
§ 21 Haushaltshilfe	22
§ 22 Kostenerstattung.....	22
§ 23 Kostenerstattung in einem anderen Mitgliedstaat der EU, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR oder der Schweiz.....	23
§ 24 Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen	24
Abschnitt E Weiterentwicklung der Versorgung und Wahltarife	24
§ 25 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	24
§ 26 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung	25
§ 27 Hausarztzentrierte Versorgung.....	27

§ 28 Wahltarife.....	28
§ 29 Wahltarife Krankengeld	29
Abschnitt F Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage	30
§ 30 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und der Jahresrechnung	30
§ 31 Rücklage	30
Abschnitt G Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Entgeltfortzahlung	30
§ 32 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften	30
§ 33 Erstattungen	31
§ 34 Aufbringung der Mittel, Umlagen	32
§ 35 Verwaltung der Mittel, Betriebsmittel	32
§ 36 Haushalt, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses	32
Abschnitt H Bekanntmachungen, Inkrafttreten	33
§ 37 Bekanntmachungen	33
§ 38 Inkrafttreten.....	33

Abkürzungen

AAG	-	Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG)
IFG		Informationsfreiheitsgesetz
OWiG	-	Gesetz über Ordnungswidrigkeiten
SGB I	-	Sozialgesetzbuch I. Buch - Allgemeiner Teil -
SGB IV	-	Sozialgesetzbuch IV. Buch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung -
SGB V	-	Sozialgesetzbuch V. Buch - Gesetzliche Krankenversicherung -
SGB IX	-	Sozialgesetzbuch IX. Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -
SVRV	-	Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung (Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung)
VwVG	-	Verwaltungsvollstreckungsgesetz

Abschnitt A Verfassung

§ 1 Name, Rechtsstellung, Sitz und Geschäftsgebiet

(1) Die am 1. Juli 2016 entstandene Kasse führt den Namen DAK-Gesundheit. Sie geht aus der freiwilligen Vereinigung der DAK-Gesundheit und der BKK Beiersdorf AG hervor.

(2) Die DAK-Gesundheit ist eine gesetzliche Krankenkasse mit Sitz in Hamburg. Sie ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und erfüllt ihre Aufgaben in eigener Verantwortung im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts. Die DAK-Gesundheit gehört der Kassenart der Ersatzkassen an. Die Selbstverwaltung wird durch Versicherte und Arbeitgeber ausgeübt.

(3) Das Geschäftsgebiet der Kasse umfasst das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Organe

(1) Organe der Kasse sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan sowie der hauptamtliche Vorstand.

(2) Der Verwaltungsrat und der Vorstand nehmen im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Aufgaben der Kasse wahr.

(3) Die vertretungsberechtigten Organe der Kasse haben die Eigenschaft einer Behörde. Sie führen das Dienstsiegel der DAK-Gesundheit.

(4) Die Mitglieder des Verwaltungsrates üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Die Amtsdauer beträgt sechs Jahre, sie endet jedoch unabhängig vom Zeitpunkt der Wahl mit dem Zusammentritt des in den nächsten allgemeinen Wahlen neu gewählten Verwaltungsrates.

(5) Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus.

§ 3 Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat besteht aus 30 Mitgliedern. Der Verwaltungsrat ist mit achtundzwanzig (28) Vertreterinnen bzw. Vertretern der Versicherten und mit zwei (2) Vertreterinnen bzw. Vertretern der Arbeitgeber besetzt.

Jeder Versichertenvertreter und jeder Arbeitgebervertreter verfügt über eine Stimme.

(2) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte eine(n) Vorsitzende(n), eine(n) stellvertretende(n) Vorsitzende(n) sowie eine(n) Schriftführer(in) des Verwaltungsrats. Die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende müssen verschiedenen Gruppen angehören.

(3) Der Verwaltungsrat bestimmt die Grundzüge der Kassenpolitik. Zur Darstellung seiner mittel- und langfristigen Vorstellungen über die Führung und Verwaltung der Kasse kann der Verwaltungsrat für den Vorstand Leitlinien formulieren, vor allem über

- a) die Gesundheits- und Sozialpolitik,
- b) die Finanzpolitik, insbesondere die Strategien zur Beitrags- und Haushaltsentwicklung,
- c) die Wettbewerbsziele, Vertrieb und Marketing,
- d) die Organisationsstruktur,
- e) die Vertragspolitik und
- f) die Personal- und Tarifpolitik.

(4) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der DAK-Gesundheit sowie in den übrigen durch Gesetz und sonstiges für die DAK-Gesundheit maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Der Verwaltungsrat trifft alle Entscheidungen, die für die DAK-Gesundheit von grundsätzlicher Bedeutung sind und überwacht im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages die Arbeit des Vorstandes. Er kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Ihm obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Bestellung des Wahlausschusses,
- b) Wahl des Vorstandes,
- c) organisatorische Grundentscheidung über die Abgrenzung der Geschäftsbereiche der Vorstandsmitglieder,
- d) Amtsentbindung oder Amtsenthebung der Mitglieder des Verwaltungsrates sowie deren Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter; dies gilt entsprechend für die Mitglieder des Vorstandes,
- e) Feststellung, dass ein als Nachfolgerin oder als Nachfolger eines ausgeschiedenen Mitgliedes oder stellvertretenden Mitgliedes des Verwaltungsrates vorgeschlagenes Mitglied oder stellvertretendes Mitglied des Verwaltungsrates als gewählt gilt,
- f) Beschlussfassung über die festen Sätze und die Pauschbeträge für bare Auslagen und die Pauschbeträge für Zeitaufwand für Mitglieder des Verwaltungsrates,

- g) Beschlussfassung über die Zusammensetzung und den Sitz der Widerspruchsausschüsse,
- h) Bestimmung der Einspruchsstelle gemäß § 112 Abs. 2 SGB IV,
- i) Feststellung des Haushaltsplans,
- j) Abnahme der Jahresrechnung mit Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes,
- k) Beschluss über die Bestellung der Prüfer für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
- l) Vertretung der Kasse gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern, wobei das Vertretungsrecht auch durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates ausgeübt werden kann,
- m) Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,
- n) Beschlussfassung über die freiwillige Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse,

(5) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung und bildet zur Vorbereitung und – mit Ausnahme der Rechtssetzung – Erledigung seiner Aufgaben Fachausschüsse.

(6) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.

(7) Soweit vom Gesetz nichts Abweichendes bestimmt ist, beschließt der Verwaltungsrat mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Satzungsänderungen können jedoch nur beschlossen werden, wenn mindestens 20 Stimmberechtigte zustimmen.

(8) Der Verwaltungsrat kann in eiligen Fällen ohne Einberufung einer Sitzung in folgenden Fällen schriftlich abstimmen:

- a) über die sich aus Gesetzen zwingend ergebenden Änderungen der Satzung sowie der Geschäftsordnung,
- b) über die im Verlauf des Genehmigungsverfahrens von der Aufsichtsbehörde angeregten Änderungen beschlossener Nachträge zur Satzung,
- c) über Angelegenheiten, in denen nach Beratung in einer Sitzung grundsätzlich Übereinstimmung erzielt wurde und die abschließend zu erledigen sind.

Wenn mindestens sechs Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widersprechen, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und zu beschließen.

(9) Die Sitzungen des Verwaltungsrates sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten der Kasse, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nicht-öffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben.

(10) Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für ihre Tätigkeit eine Entschädigung nach Maßgabe des § 41 SGB IV. Die Entschädigung legt der Verwaltungsrat in der Entschädigungsregelung fest, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 4 Zurzeit nicht belegt

§ 5 Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus drei Mitgliedern. Er wird vom Verwaltungsrat gewählt; ebenso werden aus deren Mitte der oder die Vorsitzende sowie deren/dessen Stellvertreter(in) gewählt.

(2) Der Vorstand verwaltet die DAK-Gesundheit und vertritt diese gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Im Rahmen des Ressortprinzips gemäß Absatz 4 vertreten auch einzelne Vorstandsmitglieder die Kasse. Darüber hinaus kann der Vorstand im Einzelfall durch Beschluss bestimmen, dass auch einzelne Vorstandsmitglieder die Kasse vertreten können. Die Mitglieder des Vorstands vertreten sich gegenseitig.

(3) Dem Vorstand obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Aufstellung des Haushaltsplans und Vorlage im Verwaltungsrat,
- b) Vorlage der geprüften Jahresrechnung, des Prüfberichts und einer Stellungnahme zu den Feststellungen des Prüfberichts im Verwaltungsrat,
- c) Aufbereitung von Vorlagen (Anträgen) für den Verwaltungsrat,
- d) Verwaltung und Anlage von Vermögenswerten, soweit nicht der Verwaltungsrat nach § 3 Abs. 4 Buchst. m) zuständig ist,
- e) Personalentscheidungen,
- f) Abschluss von Tarifverträgen,
- g) Feststellung und der Einzug der Beiträge,
- h) Entscheidung über Leistungen,
- i) Abschluss von Verträgen über die Leistungserbringung an die Versicherten,

- j) Prüfung nach § 4 SVRV,
- k) Aufstellung der Geschäftsordnung des Vorstandes,
- l) Aufstellung eines Geschäftsverteilungsplans.

(4) Der Vorstand stellt auf der Grundlage des beschlossenen Geschäftsverteilungsplanes Richtlinien auf. Innerhalb dieser Richtlinien verwaltet jedes Vorstandsmitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand, bei Stimmgleichheit entscheidet der oder die Vorsitzende.

(5) Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat zu berichten über

- a) die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung,
- b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung.

Außerdem ist der/dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

(6) Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen und mindestens zwei Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.

(7) Die Sitzungen des Vorstandes sind nicht öffentlich. Der Vorstand kann Dritte zu Sitzungen zulassen.

§ 6 Ehrenamtliche Berater

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

§ 7 Widerspruchsausschüsse

(1) Für den Erlass von Widerspruchsbescheiden werden besondere Ausschüsse (Widerspruchsausschüsse) gebildet. Die Widerspruchsausschüsse sind auch Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 2 SGB IV und Widerspruchsstelle nach § 9 Abs. 4 IFG und nehmen die Befugnisse der Verwaltungsbehörde nach § 69 OWiG wahr.

(2) Widerspruchsausschüsse bestehen in Berlin, Dortmund, Frankfurt am Main, Hamburg, Hannover, München und Stuttgart. Über die erforderliche Anzahl der Widerspruchsausschüsse beschließt der Verwaltungsrat.

(3) Ein Widerspruchsausschuss besteht aus 4 Mitgliedern mit je einer ersten und zweiten Stellvertreterin bzw. einem ersten und zweiten Stellvertreter,

die oder der das Mitglied bei seiner Verhinderung vertritt. Die Mitglieder und Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter können Vertreter der Versicherten oder Vertreter der Arbeitgeber sein, wobei die Zusammensetzung der Widerspruchsausschüsse insgesamt die Zusammensetzung dieser Gruppen im Verwaltungsrat nach § 3 Absatz 1 abbildet. Die Mitglieder und Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat für die Amtsdauer der Mitglieder des Verwaltungsrates unter grundsätzlicher Anwendung der Verhältniswahl nach dem Höchstzahlverfahren d'Hondt gewählt. Es können nur Personen gewählt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen. Die §§ 40 bis 42 und 59 SGB IV gelten entsprechend.

(4) Die Mitglieder eines Widerspruchsausschusses wählen aus ihrer Mitte eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden und eine stellvertretende Vorsitzende oder einen stellvertretenden Vorsitzenden. Die Sitzungen sind nicht öffentlich. Für die Beratung und Beschlussfassung gelten § 63 Abs. 2 Satz 1, Abs. 3a und Abs. 4 sowie § 64 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB IV entsprechend.

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

Abschnitt B Mitgliedschaft

§ 8 Mitgliederkreis

(1) Mitglieder der Kasse können werden:

- a) versicherungspflichtig Beschäftigte sämtlicher Berufe und Auszubildende für sämtliche Berufe, die aufgrund gesetzlicher Bestimmungen das Recht haben, die Mitgliedschaft bei der Kasse zu wählen, sowie selbständige Künstler/Künstlerinnen und Publizisten/Publizistinnen, die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
- b) sonstige versicherungspflichtige Personen, die aufgrund gesetzlicher Bestimmungen das Recht haben, die Mitgliedschaft bei der Kasse zu wählen,
- c) Personen, deren Familienversicherung erlischt, und Kinder, für die eine Familienversicherung ausgeschlossen ist (§ 10 Abs. 3 SGB V), wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversiche-

rung abgeleitet wurde, die in § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannte Vorversicherungszeit erfüllen,

- d) Schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX unter den in § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V genannten Bedingungen, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- e) Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in den Geltungsbereich des SGB V eine Beschäftigung aufnehmen und wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 6 SGB V) versicherungsfrei sind,
- f) freiwillige Mitglieder anderer Krankenkassen im unmittelbaren Anschluss an die dortige Mitgliedschaft sowie Beitrittsberechtigte nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 3 SGB V.

(2) Der Kasse gehören die Versicherungspflichtigen an, die aufgrund gesetzlicher Bestimmungen bei der Kasse anzumelden sind oder angemeldet werden.

§ 9 Erwerb der Mitgliedschaft

Der Beitritt zur Kasse ist zu erklären, soweit die Versicherung nicht Kraft Gesetzes durchgeführt wird. Es sind alle Daten anzugeben, die für die Herstellung der Versicherung erforderlich sind.

§ 10 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Abweichend von § 191 Nr. 3 SGB V kann die freiwillige Mitgliedschaft durch Austritt zu dem Zeitpunkt beendet werden, ab dem nach Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft ein Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht.

Abschnitt C Beiträge

§ 11 Aufbringung der Mittel

(1) Die Mittel der Krankenversicherung (GKV) werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht. Die Kasse erhält Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Soweit der Finanzbedarf der Kasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag als Prozentsatz zu erheben. Der Zusatzbeitragssatz ist so zu bemessen, dass er zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage deckt.

(2) Im Übrigen gelten die Regelungen des SGB.

§ 12 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt monatlich 1,5 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 13 Beiträge für versicherungspflichtige Mitglieder

Als Bemessungsgrundlage für Schwangere, deren versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst wurde oder die unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden sind, gelten die beitragspflichtigen Einnahmen. Für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen gelten die gesetzlichen Bestimmungen für freiwillige Mitglieder. Die Beiträge werden nach dem allgemeinen Beitragssatz bemessen.

§ 14 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

(1) Die Beiträge sind monatlich zu entrichten. Die Fälligkeit für laufende Beiträge bestimmt sich nach § 23 SGB IV.

(2) Die oder der Zahlungspflichtige hat die Beiträge auf ihre bzw. seine Gefahr und Kosten an die Kasse zu entrichten.

(3) Für die Mahnung von Forderungen wird nach § 19 Abs. 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG) eine Mahngebühr erhoben.

Abschnitt D Leistungen

§ 15 Anspruchsgrundlagen

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

§ 16 Leistungsausschluss

(1) Es besteht kein Anspruch auf Leistungen, wenn die Begründung eines Wohnsitzes oder eines gewöhnlichen Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt, um auf Basis einer Versicherung nach § 5 Abs.1 Nr. 13 SGB V oder einer hierauf beruhenden Familienversicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen (§ 52 a SGB V).

(2) Zur Prüfung des eventuell wirksam werdenden Leistungsausschlusses kann die Kasse im Zweifelsfall eine Untersuchung des Versicherten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung verlangen. Stellt der Medizinische Dienst eine behandlungsbedürftige Erkrankung fest, sind Leistungen individuell zu beantragen, worauf die Kasse prüft, ob der Leistungsausschluss wirksam wird.

§ 17 Krankheitsverhütung

Die Versicherten erhalten anteilig die Kostenerstattung für Schutzimpfungen gegen Hepatitis-A, Hepatitis B, Typhus, Cholera, Gelbfieber, Tollwut, Japanische Enzephalitis und Meningokokken, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert und in Deutschland zugelassen sind. Die Erstattungshöhe ist beschränkt auf 90 % der Kosten für das Impfserum sowie 90 % der Kosten für das ärztliche Honorar. Die vorstehenden Regelungen gelten nur, soweit nicht schon ein Anspruch des Versicherten nach § 20 i Abs. 1 SGB V besteht.

§ 18 Prävention

(1) Die DAK-Gesundheit übernimmt ausgewählte Leistungen zur primären Prävention oder bietet diese Leistungen selbst bzw. in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern an. Maßnahmen zur primären Prävention sollen durch Hilfestellung zur gesunden Lebensweise die Entstehung von Krankheiten verhindern oder verzögern. Die Ausgestaltung dieser Leistungen orientiert sich an den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschlossenen prioritären Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

Leistungen der primären Prävention werden in den folgenden prioritären Handlungsfeldern gewährt:

- a) Bewegungsgewohnheiten:
 - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität,
 - Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme,
- b) Ernährung:
 - Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung,
 - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht,
- c) Stressmanagement:
 - Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (Multimodales Stressmanagement),
 - Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement),
- d) Suchtmittelkonsum:
 - Förderung des Nichtrauchens,
 - Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums.

(2) Die DAK-Gesundheit gewährt pro Kalenderjahr zwei Maßnahmen nach Abs. 1 aus unterschiedlichen Präventionsprinzipien als Sachleistung bzw. beteiligt sich an den Kosten mit einem Zuschuss in Höhe von jeweils 80 v.H. Im Falle des Erreichens der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V reduziert sich der Eigenanteil auf 10 v.H. Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zahlen keinen Eigenanteil. Die Höhe des Zuschusses ist für alle Versicherten auf höchstens 75,00 Euro pro Maßnahme begrenzt. Im Rahmen von Verträgen der DAK-Gesundheit können abweichende Zuschussregelungen vereinbart werden.

(3) Die DAK-Gesundheit führt im Rahmen der §§ 20a und 20b SGB V Maßnahmen der Setting-orientierten Gesundheitsförderung (z. B. in Betrieben, Schulen und Kindertagesstätten) durch bzw. fördert sie.

§ 19 Zusätzliche Leistungen

(1) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen nach den Absätzen 2 bis 10. Der Zuschuss für diese Leistungen ist insgesamt auf 180,00 Euro pro Kalenderjahr begrenzt.

(2) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich auf ärztliche Veranlassung mit einem Zuschuss an osteopathischen Leistungen. Voraussetzung ist, dass 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. Die DAK-Gesundheit übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen pro Kalenderjahr. Erstattet werden 40,00 Euro pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die schriftliche ärztliche Anordnung vorzulegen.

(3) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten der Begleitperson für die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs. Voraussetzung ist, dass die Geburtsvorbereitung durch eine/n gemäß § 134a Abs. 2 SGB V zugelassene/n oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete/n Hebamme / Entbindungspfleger durchgeführt wird und die Begleitperson Vater des Kindes oder (Ehe-) Partner der Versicherten sowie selbst bei der DAK-Gesundheit versichert ist. Der Zuschuss beträgt 90,00 Euro pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

(4) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich auf der Basis von § 23 SGB V im Einzelfall an den Kosten für Hautkrebsscreening ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres. Voraussetzungen sind, dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Derartige Risikofaktoren sind

- a. Vorliegen des Hauttyps 1 (Dermatitis solaris [Sonnenbrand] statt Bräunung)
- b. Vorhandensein von mehr als 50 Leberflecken
- c. Vorhandensein größerer Leberflecken >5 mm
- d. Immunsuppressive Therapie nach einer Organtransplantation.

Die Leistung darf ausschließlich durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dermatologen erbracht werden. Der Zuschuss beträgt 60,00 Euro pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren, insgesamt maximal zweimal bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres.

Zur Untersuchung gehören:

- Gezielte Anamnese (gezieltes Erheben der Krankengeschichte),
- visuelle Ganzkörper-Inspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines (sichtbaren Schleimhäute),
- visuelle Untersuchung mittels Sehhilfen, Auflichtmikroskopie oder Dermatoskopie,
- Befundmitteilung und Beratung des Versicherten über das Ergebnis der Untersuchung,
- Dokumentation.

(5) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich auf der Basis von § 23 SGB V im Einzelfall an den Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung „Check-up“ für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres. Ziel dieser Leistung ist es, Risikofaktoren wie Übergewicht, Hypertonie oder Hypercholesterinämie frühzeitig beseitigen zu können, um so insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus verhindern zu können. Voraussetzung ist, dass die Behandlung ausschließlich durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Leistungserbringer erfolgt. Der Zuschuss beträgt 40,00 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.

(6) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Anthroposophie und Phytotherapie. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit der Zusatzqualifikation Homöopathie oder Naturheilverfahren auf Privat Rezept verordnet wird und die Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheits-

beschwerden zu lindern. Das Arzneimittel darf nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 34 Abs. 1 S. 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen sein und muss von einer zugelassenen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen worden sein. Der Zuschuss beträgt 100,00 Euro pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind der DAK-Gesundheit die ärztliche Original-Verordnung und die Originalquittung der Apotheke vorzulegen. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

(7) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für eine professionelle Zahnreinigung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung ausschließlich durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Leistungserbringer erfolgt. Der Zuschuss beträgt 60,00 Euro pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

(8) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich bei Versicherten, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, an den Kosten für eine Fissurenversiegelung für Prämolaren. Voraussetzung ist, dass die Behandlung ausschließlich durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Leistungserbringer erfolgt. Der Zuschuss für diese Leistung beträgt insgesamt 80,00 Euro pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

(9) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich auf der Basis von § 23 SGB V im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung an den Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Derartige Risikofaktoren sind:

- a. Erhöhtes Körpergewicht
- b. Erhöhter Blutdruck
- c. Kardiovaskuläre Vorerkrankungen
- d. Atemwegserkrankungen
- e. Skelettvorerkrankungen, z.B. Skoliose
- f. Diabetes
- g. Rauchen

h. Alkoholmissbrauch.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern mit der Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ erbracht wird. Entsprechend qualifizierte Ärzte können über die Arztsuche der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen gefunden werden. Der Zuschuss der DAK-Gesundheit beträgt bis zu 60,00 Euro pro Behandlung nach Satz 1 und bis zu 120,00 Euro pro Behandlung nach Sätzen 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.

(10) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich nach §§ 11 Abs. 6, 32 SGB V an den Kosten für kinesiologisches Taping bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Voraussetzung ist, dass die Behandlung ausschließlich durch nach § 124 SGB V zugelassene Leistungserbringer der Fachrichtung Physiotherapie als Ergänzung zu einer Heilmittelversorgung nach § 32 SGB V, oder entsprechende nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Leistungserbringer erfolgt, die erfolgreich an einem Grund- oder Einführungskurs zur Anwendung des kinesiologischen Tappings, der theoretische Grundlagen zur Wirkung und Funktionsweise, Materialkunde, Indikationen und Kontraindikationen sowie Techniken zur Anwendung vermittelt hat, teilgenommen haben und eine ärztliche Verordnung vorliegt. Der Zuschuss beträgt 30,00 Euro pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

§ 19a Mehrleistung für Rufbereitschaft Hebammen

(1) Versicherte der DAK-Gesundheit, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, haben auf der Grundlage des § 11 Abs. 6 SGB V nach den folgenden Absätzen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die in den letzten Wochen der Schwangerschaft für die Rufbereitschaft einer freiberuflich tätigen Hebamme entstehen. Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Rufbereitschaften mehrerer oder weiterer Hebammen besteht nicht.

(2) Voraussetzung für den Anspruch ist, dass

1. die Versicherte während ihrer Schwangerschaft und außerdem bei der Geburt die Hilfe der Hebamme in Anspruch nimmt,
2. die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. gemäß § 13 Abs. 4 SGB V zur Versorgung der Versicherten berechnete ist,

3. die Rufbereitschaft eine 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe umfasst.

(3) Der Anspruch besteht nicht, wenn und soweit der Versicherten im Rahmen einer von der Kasse vereinbarten besonderen Versorgungsform oder eines gemäß § 134a SGB V geschlossenen Vertrages die Rufbereitschaft einer Hebamme als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann.

(4) Erstattet werden die tatsächlichen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag in Höhe von 250,00 Euro je Schwangerschaft. Zur Erstattung ist die Originalrechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

§ 19b Mehrleistung für künstliche Befruchtung

(1) Die DAK-Gesundheit übernimmt für ihre Versicherten, die nach § 27a SGB V Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung haben, zusätzlich zu den gesetzlich geregelten Ansprüchen in Höhe von 50 % der Behandlungskosten für die ersten drei Versuche weitere 50 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(2) Maßgebend für die Beurteilung der medizinischen Erfordernisse sind grundsätzlich die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Die Kostenerstattung erfolgt auf der Grundlage eines vor Behandlungsbeginn genehmigten Behandlungsplans. Voraussetzungen sind, dass der erste Behandlungsversuch nicht vor Inkrafttreten dieser Satzungsregelung durchgeführt wurde und die Behandlung durch einen nach § 121a SGB V zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erfolgt.

(3) Zur Erstattung sind der DAK-Gesundheit spezifizierte Originalrechnungen über die Eigenbeteiligung an den Kosten der ärztlichen Leistungen und Medikamente vorzulegen.

(4) Für die zusätzlichen Leistungen nach Absatz 1 gilt, dass beide Ehegatten bei der DAK-Gesundheit versichert sind.

§ 19c Mehrleistung für Flash-Glukose-Messung

(1) Die DAK-Gesundheit übernimmt die Kosten der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem zur Messung der Zuckerwerte im Zwischenzellraum.

(2) Voraussetzung ist, dass eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie bei Diabetes mellitus erfolgt und die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen bestätigt wird:

- a. Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
- b. Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation, oder
- c. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“.

Ein individuelles Therapieziel ist festzulegen und der Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind vor der Anwendung sicherzustellen. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein.

(3) Die DAK-Gesundheit übernimmt die Kosten für das Auslesegerät einmalig in Höhe von bis zu 59,90 Euro und die Kosten für Sensoren bis zum einem Höchstbetrag von 59,90 Euro je Sensor alle zwei Wochen.

§ 19d Mehrleistung für Schwangerschaft

(1) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen bei Schwangerschaft. Der Zuschuss für diese in den nachfolgenden Absätzen dargestellten Leistungen ist insgesamt auf 100,00 Euro pro Schwangerschaft begrenzt. Zu den einzelnen Leistungen beträgt der jeweilige Zuschuss dabei nicht mehr als die nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

(2) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich mit einem Zuschuss an den ärztlichen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer

Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:

- a. Ultraschalluntersuchungen (auch 3D/4D-Ultraschall, Fein-Ultraschall oder Organ-Ultraschall in der 20. - 22. SSW) für Frauen mit erhöhter psychischer Belastung durch begründete Ängste hinsichtlich körperlicher Fehlbildungen ihres ungeborenen Kindes, die eine primäre invasive Diagnostik wie z.B. eine Fruchtwasseruntersuchung ablehnen.
- b. Ersttrimester Screening (Nackenfaltenmessung und Blutuntersuchung) für Schwangere, die zu den Risikoschwangeren zählen und eine primäre invasive Diagnostik wie z.B. eine Fruchtwasseruntersuchung ablehnen.
- c. Triple Test für Schwangere, die zu den Risikoschwangeren zählen und eine primäre invasive Diagnostik wie z.B. eine Fruchtwasseruntersuchung ablehnen.
- d. B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35.-37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
- e. Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- f. Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- g. Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen.
- h. Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen nach § 28 Abs. 1 SGB V durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden. Bietet eine gynäkologische Praxis einen feindiagnostischen Organultraschall bzw. eine fetale Missbildungsdiagnostik oder Fehlbildungsdiagnostik an, muss die DEGUM II-Qualifikation nachgewiesen werden. Für das Ersttrimester Screening ist die Zertifizierung nach dem Zertifizierungsprozess FMF-Deutschland erforderlich. Es darf sich

nicht um Leistungen nach der Mutterschaftsrichtlinie handeln. Zur Erstattung ist der DAK-Gesundheit die jeweilige Rechnung im Original vorzulegen.

(3) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel als Monopräparat mit den Wirkstoffen Eisen, Jod und Folsäure. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf Privat Rezept verordnet wurde und die Einnahme aufgrund der vorliegenden Schwangerschaft medizinisch notwendig ist. Das Arzneimittel mit einer in der Bundesrepublik Deutschland gültigen Zulassung muss von einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels (Versandapotheke) bezogen worden sein. Zur Erstattung sind der DAK-Gesundheit die ärztliche Verordnung und die Quittung jeweils im Original vorzulegen.

§ 19e Persönliche elektronische Gesundheitsakte

(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die DAK-Gesundheit ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

(2) Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der DAK-Gesundheit für die Versicherten tätig wird.

(3) Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Abs. 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die DAK-Gesundheit.

(4) Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.

§ 20 Krankengeld - ergänzende Regelungen

(1) Bei schwankendem Arbeitsentgelt wird für die Berechnung des Regelentgeltes das Arbeitsentgelt aus den letzten drei vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeiträumen herangezogen.

(2) Bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung passt die Kasse die Zahlung und Berechnung des Krankengeldes den Erfordernissen des Einzelfalles an, um die Entgeltersatzfunktion des Krankengeldes sicherzustellen. Hierfür kommt eine Erweiterung der heranzuziehenden Entgeltabrechnungszeiträume auf bis zu 12 Monate in Betracht.

§ 21 Haushaltshilfe

Unter den Anspruchsvoraussetzungen des § 38 Abs.1 Satz 1 und 2 SGB V erhalten Versicherte auch dann Haushaltshilfe, wenn das im Haushalt lebende Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Haushaltshilfe wird in diesem Fall für höchstens 2 Stunden je Tag geleistet. § 38 Abs. 3, 4 und 5 SGB V gelten.

§ 22 Kostenerstattung

(1) Versicherte können an Stelle der Sach- oder Dienstleistung die Kostenerstattung wählen. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ambulanten ärztlichen oder zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich.

(2) Die Wahl der Kostenerstattung gilt für ein Kalendervierteljahr. Sie ist vom Versicherten gegenüber der DAK-Gesundheit vor der Inanspruchnahme anzuzeigen und kann nach Ablauf des Kalendervierteljahres jederzeit beendet werden. Beginn und Ende der Kostenerstattung sind jeweils frühestens der Tag, an dem die Information des Versicherten über die Wahl bzw. die Beendigung der Kostenerstattung bei der DAK-Gesundheit eingegangen sind.

(3) Erstattet werden höchstens die Kosten, die der Kasse bei Erbringung als Dienst- oder Sachleistung im Inland entstanden wären, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Der Erstattungsbetrag wird regelhaft in Höhe von 25 v. H. der ausgewiesenen privatärztlichen ambulanten Rechnungslegung ermittelt und anschließend um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v.H. sowie um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt. Auf Antrag des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages. Zur Erstattung sind der Kasse die Rechnungen der Leistungserbringer und Verordnungen einzureichen. Die Rechnungen müssen nach Art und Zeit der Leistungen aufgliedert sein. Arzt- und Zahnarztrechnungen müssen die Diagnose oder den Befund enthalten.

(4) Versicherte können gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ein anderes Arzneimittel als eines der drei preisgünstigsten oder als ein rabattbegünstigtes Arzneimittel der DAK-Gesundheit wählen und sich die Kosten teilweise erstatten lassen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, welche die DAK-Gesundheit bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Entgangene Rabatte und Mehrkosten werden in Form eines pauschalen Abschlags berücksichtigt, der den durchschnittlich erzielten Rabattsatz beinhaltet. Über die Einzelheiten zur Berechnung, insbesondere zur Höhe der Abschläge, erhalten die Versicherten eine detaillierte Information in schriftlicher Form. Alternativ können diese Informationen auf der Webseite der DAK-Gesundheit www.dak.de, Login für Kunden, eingesehen werden. Die gesetzliche Zuzahlung und der Verwaltungskostenabschlag sind in Abzug zu bringen. Absatz 2 findet keine Anwendung.

§ 23 Kostenerstattung in einem anderen Mitgliedstaat der EU, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR oder der Schweiz

(1) Versicherte können anstelle der Sach- und Dienstleistung auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der EU, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR oder der Schweiz im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V können nur nach vorheriger Zustimmung der Kasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung kann nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für die Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Kasse im Inland erlangt werden.

(2) Der Anspruch auf Kostenerstattung ist ausgeschlossen, wenn Behandlungen in einem anderen Staat auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten sind oder aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung unterliegen.

(3) Erstattet werden höchstens die Kosten, die der Kasse bei Erbringung als Dienst- oder Sachleistung im Inland entstanden wären, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Der Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung in Höhe von 12 v.H., mindestens jedoch 6,00 Euro und höchstens 55,00 Euro, sowie um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt. Zur Erstattung sind der Kasse die Rechnungen der Leistungserbringer und Verordnungen vor-

zulegen. Die Rechnungen müssen nach Art und Zeit der Leistungen auf-
gegliedert sein. Arzt- und Zahnarztrechnungen müssen die Diagnose oder
den Befund enthalten.

§ 24 Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen

Die Kasse vermittelt den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge
zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunter-
nehmen gemäß § 194 Abs. 1a SGB V.

Abschnitt E Weiterentwicklung der Versorgung und Wahltarife

§ 25 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die DAK-Gesundheit bietet ihren Versicherten die Teilnahme an einem
Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten an. Versicherte, die
regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und
Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder Leis-
tungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V, oder regelmäßig Leis-
tungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20
Abs. 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesi-
cherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens
teilnehmen, haben Anspruch auf einen Bonus. Näheres regeln die Teil-
nahmebedingungen (Anlage zu § 25).

(2) Die Teilnahme ist freiwillig und erfordert eine Teilnahmeerklärung
der/des Versicherten. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Bonuspro-
grammen nach diesem Paragraphen ist nicht möglich. Das Nähere zur Teil-
nahme regeln die Teilnahmebedingungen.

(3) Für den jeweiligen Teilnahmezeitraum muss die regelmäßige Inan-
spruchnahme von Leistungen oder die Teilnahme an qualitätsgesicherten
und zertifizierten Programmen und Maßnahmen durch Bescheinigung ein-
es Vertragsarztes, eines nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arztes
oder des Leistungserbringers bzw. Anbieters der qualitätsgesicherten Lei-
stung nachgewiesen werden. Der Nachweis kann anhand eines Nachweis-
bogens, der den Versicherten von der DAK-Gesundheit zur Verfügung ge-
stellt wird, oder in sonstiger geeigneter Form erbracht werden. Das Aus-

stellungsdatum der Nachweise darf zum Zeitpunkt der Beantragung des Bonus nicht mehr als 24 Monate zurückliegen.

(4) Der Bonus wird in Form von Punkten gutgeschrieben, wobei ein Punkt dem Gegenwert von 1,00 Euro entspricht. Die Gewährung des Bonus erfolgt jeweils auf Antrag. Der Bonus wird nach Wahl des Versicherten in bar ausgezahlt oder in Form eines zweckgebundenen Zuschusses für eine in Anspruch genommene Sach- oder Dienstleistung gewährt. Näheres regeln die Teilnahmebedingungen, die Bestandteil der Satzung sind.

(5) Beitragsrückstände und andere bestehende Außenstände des Versicherten bei der DAK-Gesundheit können mit dem auszuzahlenden Bonus zum Auszahlungszeitpunkt unter den Voraussetzungen von § 51 Absatz 1 SGB I aufgerechnet werden.

(6) Die Teilnahme am Bonusprogramm endet mit dem Ende der Versicherung bei der DAK-Gesundheit, im Fall der Beendigung durch Kündigung zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigungserklärung. Endet die Teilnahme während des laufenden Teilnahmezeitraums, verfallen die gesammelten Bonuspunkte.

(7) Für Versicherte, die am Gesundheitsbonus für Kinder und Jugendliche nach § 25a der Satzung der DAK-Gesundheit in der Fassung vom 01.01.2015 teilgenommen haben, gelten die bisherigen Satzungsregelungen fort; siehe Anlage zu § 25 Abs. 7. Sie können weiterhin innerhalb dieses Systems Bonuspunkte sammeln und anschließend die Auszahlung beantragen. Alternativ können teilnehmende Versicherte auch den Wechsel zu einem anderen Modul (Bonus I bis X) wählen. In diesem Fall können Nachweise, die nicht älter als 24 Monate sind, dort angerechnet werden; im Übrigen verfallen die bisher angesammelten Bonuspunkte. Der Wechsel ist bis zum 31.12.2017 in Textform zu erklären.

§ 26 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

(1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn er die Teilnahme an dem Bonus der DAK-Gesundheit beantragt und die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist. Dabei orientiert sich die Ausgestaltung der Programme an den Handlungsfeldern und Kriterien des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des § 20b SGB V.

(2) Der Teilnahmezeitraum beginnt am 1. des auf den Antrag folgenden Kalendermonats und beträgt mindestens 13 volle Kalendermonate; er en-

det jeweils am 31.12 des zweiten Kalenderjahres der Teilnahme. Der Arbeitgeber kann die erneute Teilnahme beantragen.

(3) Voraussetzungen für den Bonus sind, dass

- die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht zu den Pflichtaufgaben anderer Akteure gehören,
- der Arbeitgeber eigene finanzielle und/oder personelle sowie strukturelle Ressourcen für die Maßnahmen zur Verfügung stellt,
- der Arbeitgeber ein mit der DAK-Gesundheit vereinbartes Programm zur BGF erfolgreich durchführt und
- ein Nachweis über die erfolgreiche Durchführung der Maßnahmen und die regelmäßige Teilnahme der Beschäftigten erfolgt.

(4) Der Bonus für den Arbeitgeber bemisst sich nach der Anzahl der durchgeführten Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und / oder der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie nach der Regelmäßigkeit der Teilnahme der Beschäftigten an den Maßnahmen. Der Bonus wird zum Ende des Teilnahmejahres (Stichtagsregelung) gewährt. Voraussetzung ist, dass mindestens zwei Maßnahmen im Betrieb durchgeführt wurden und mindestens ein Teilnehmer bei der DAK-Gesundheit versicherter Beitragszahler ist. Insgesamt werden im Teilnahmezeitraum höchstens zehn Maßnahmen bonifiziert.

(5) Die Höhe des Bonus richtet sich nach der im Folgenden abgestuften Interventionstiefe (Umfang) und Dauer der durchgeführten Maßnahmen:

Stufe I: Sensibilisierungsmaßnahmen (z.B. Vorträge, Gesundheitstage)	100 Euro je Maßnahme
Stufe II: Verhaltensorientierte Maßnahmen (z.B. Seminare, Workshops , Kurse – § 20 Abs. 5 SGB V)	200 Euro je Maßnahme
Stufe III: Multimodale, ganzheitliche Maßnahmen (z.B. langfristige Maßnahmen und Maßnahmen für besondere Zielgruppen wie Arbeitsplatzprogramme, Seminare für Führungskräfte)	300 Euro je Maßnahme

(6) Der Bonus für den Arbeitgeber ist für jeden Teilnahmezeitraum in der Höhe auf den vom Arbeitgeber zu tragenden durchschnittlichen Monatsbeitrag sowie den von ihm gemäß § 257 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gezahlten monatlichen Beitragszuschuss für die bei der DAK-Gesundheit versicherten Beschäftigten begrenzt. Die Auszahlung erfolgt auf Antrag des Arbeitgebers innerhalb von 4 Wochen nach Ende des Teilnahmezeitraums. Auf Wunsch des Arbeitgebers kann der Bonus ganz oder teilweise in eine Sachleistung (Leistung der betrieblichen

Gesundheitsförderung / des betrieblichen Gesundheitsmanagements) umgewandelt werden. Als Sachleistungen bietet die DAK-Gesundheit individuelle verhaltensorientierte Maßnahmen wie Vorträge, Workshops und Kurse zu den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtprävention, und verhältnisorientierte Maßnahmen wie Prozessberatung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, Seminare für Führungskräfte oder Analysetools zur Arbeitssituation und zum Krankenstand an.

(7) Versicherten der DAK-Gesundheit, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, wird bei regelmäßiger Teilnahme an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, wie in Absatz 5 dargestellt, ein Bonus in Höhe von 15 Bonuspunkten gewährt. Eine Teilnahme von mindestens 80% an der Maßnahme muss nachgewiesen werden. Ein Bonuspunkt hat einen Wert von 1,00 Euro. Auf Wunsch des Versicherten werden die Bonuspunkte im Rahmen seiner Teilnahme an einem Bonusprogramm der DAK-Gesundheit nach § 25 anerkannt.

§ 27 Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung erfolgt freiwillig. Versicherte erklären ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der DAK-Gesundheit. Für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres entscheidet ausschließlich ein gesetzlicher Vertreter über die Einschreibung.

a) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
- die Freiwilligkeit einer Teilnahme,
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme,
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

b) Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der DAK-Gesundheit genannt ist. Die Versicherten können ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift in den Geschäftsräumen der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die DAK-Gesundheit dem Versicherten eine Belehrung über das Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der

Teilnahmeerklärung; sie endet spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Bestätigungsschreibens der DAK-Gesundheit. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichkeit der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Absatz 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

(2) Versicherte, die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Wird die Wahl erst nach Beginn der Teilnahme erklärt, so endet die Teilnahme am Hausarztvertrag mit Ablauf des entsprechenden Quartals.

§ 28 Wahltarife

(1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können jeweils für ein Jahr einen Teil der von der DAK-Gesundheit zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt) und einen Selbstbehalttarif vereinbaren. Der Selbstbehalt gilt für die Aufwendungen des Mitglieds. Die im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2, §§ 24 bis 24b, sowie Leistungen für mitversicherte Familienangehörige nach § 10 SGB V bleiben unberücksichtigt. Die Selbstbehalttarife mit Angaben über Sach- oder Barprämien werden im DAK-Gesundheit-Tarif-Katalog, der Anlage der Satzung ist, ausgewiesen.

(2) Die DAK-Gesundheit gewährt ihren Mitgliedern, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, als Wahltarif nach § 53 Abs. 2 SGB V eine Prämienzahlung. Voraussetzung für die Zahlung der Prämie ist, dass im betreffenden Jahr keine Leistungen in Anspruch genommen wurden. Die im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2, §§ 24 bis 24b, sowie Leistungen für mitversicherte Familienangehörige nach § 10 SGB V, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt. Einzelheiten werden im DAK-Gesundheit-Tarif-Katalog geregelt.

(3) Wahltarife nach Absatz 1 werden für 3 Jahre, Wahltarife nach Abs. 2 für ein Jahr, vereinbart und sind mit einer Frist von 3 Monaten kündbar. Während dieser Bindungsfrist kann die Mitgliedschaft nicht gekündigt werden. Wird der Tarif nicht gekündigt, verlängert er sich um ein weiteres

Jahr. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft nicht möglich. Bei Eintritt von besonderen Härtefällen, insbesondere wenn im Laufe der Bindungsfrist Dritte überwiegend die Beiträge aufbringen, kann der Versicherte den Wahltarif kündigen (Sonderkündigungsrecht). Die Kündigung wirkt jeweils zum Ende des laufenden Quartals. Das Sonderkündigungsrecht besteht auch, wenn die Tarifbedingungen des Wahltarifes verändert werden. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat ab Bekanntgabe der neuen Tarifbedingungen. § 175 Absatz 4 S. 1 und 5 SGB V gilt.

(4) Für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach §§ 63, 73b, 137f oder 140a SGB V teilnehmen, bietet die DAK-Gesundheit jeweils Tarife an. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ergeben sich aus den zu diesen Tarifen abgeschlossenen Verträgen. Für die Tarife zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V gelten die gesonderten Regelungen in § 27 der Satzung.

a) Ein Verzeichnis über die Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V ist auf der Internetseite der DAK-Gesundheit einzusehen. Die DAK-Gesundheit stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis zur Verfügung.

b) Tarife für strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V sind im DAK-Gesundheit-Tarif-Katalog (Anlage zur Satzung) ausgewiesen.

c) Die Teilnahme an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V beginnt mit der Einschreibung der Versicherten. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages;
- die Freiwilligkeit einer Teilnahme;
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben;
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung;
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung;
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme;
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 29 Wahltarife Krankengeld

Freiwillig versicherte hauptberuflich Selbstständige, Beschäftigte, die nicht für mindestens 6 Wochen einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben und nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) versicherungs-

pflichtige Künstler und Publizisten können das Risiko des Einkommensverlustes wegen Arbeitsunfähigkeit mit einem Wahltarif Krankengeld absichern. Die Tarifinhalte sind in der Anlage zu diesem Paragraphen, die Gegenstand der Satzung ist, geregelt.

Abschnitt F Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 30 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und der Jahresrechnung

(1) Die Prüfung der Jahresrechnung schließt die jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung ein. Sie wird durch einen vom Verwaltungsrat bestellten sachverständigen Prüfer durchgeführt. Für die Prüfung der Jahresrechnung gelten §§ 31 und 32 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Die geprüfte Jahresrechnung ist dem Verwaltungsrat bis zum 30.06. eines jeden Jahres vorzulegen.

(3) Der Verwaltungsrat kann außerordentliche Prüfungen verlangen.

§ 31 Rücklage

Die Rücklage der Kasse beträgt 25 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

Abschnitt G Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Entgeltfortzahlung

§ 32 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften

(1) Für den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Entgeltfortzahlung finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der DAK-Gesundheit ent-

sprechende Anwendung, soweit nachfolgend oder im Aufwendungsausgleichsgesetz nichts anderes bestimmt ist.

(2) Bei der Beratung und Beschlussfassung über Ausgleichsangelegenheiten im Verwaltungsrat wirken nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

§ 33 Erstattungen

(1) Die DAK-Gesundheit erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern

a) 70 v. H. des nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 AAG fortgezahlten und in der Höhe auf die Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung begrenzten Arbeitsentgeltes. Die in § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG genannten Beitragsanteile des Arbeitgebers gelten mit der prozentualen Erstattung des Arbeitsentgeltes als abgegolten. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt nach § 23 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch bleibt bei der Erstattung unberücksichtigt.

b) 100 v. H. des nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 AAG gezahlten Arbeitgeberzuschusses zum Mutterschaftsgeld und des nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 AAG bei Beschäftigungsverboten fortgezahlten Arbeitsentgeltes. Die in § 1 Abs. 2 Nr. 3 genannten Beitragsanteile des Arbeitgebers werden pauschal mit 20 v. H. des der Erstattung zugrunde liegenden Arbeitsentgeltes, in der Höhe begrenzt auf die tatsächlich zu entrichtenden Beitragsanteile, abgegolten. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt nach § 23 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch bleibt bei der Erstattung unberücksichtigt.

(2) Auf Antrag des Arbeitgebers kann der Erstattungssatz nach Abs. 1 Buchstabe a) auf 50 v. H. bzw. 60 v. H. ermäßigt oder auf 80 v. H. erhöht werden.

(3) Die Wahl eines anderen Erstattungssatzes kann bis zum 20. Januar mit Wirkung für das Kalenderjahr erfolgen. Der gewählte Erstattungssatz gilt auch für die folgenden Kalenderjahre, sofern kein erneutes Wahlrecht nach Satz 1 ausgeübt wird. Bei Beginn der Teilnahme am Ausgleichsverfahren ist das Wahlrecht im ersten Kalenderjahr innerhalb von zwei Monaten nach Beginn der Teilnahme auszuüben.

§ 34 Aufbringung der Mittel, Umlagen

(1) Die Mittel für die Durchführung der Ausgleichsverfahren werden durch gesonderte Umlagen von den beteiligten Arbeitgebern aufgebracht. Die Bemessungsgrundlage für die Berechnung der Umlagen ergibt sich aus § 7 Abs. 2 AAG.

(2) Es gelten folgende Umlagesätze:

- a) 2,2 v. H. für den allgemeinen Erstattungssatz nach § 33 Abs. 1 Buchstabe a)
- b) 1,5 v. H. für den ermäßigten Erstattungssatz in Höhe von 50 v. H. nach § 33 Abs. 2
- c) 1,9 v. H. für den ermäßigten Erstattungssatz in Höhe von 60 v. H. nach § 33 Abs. 2
- d) 3,9 v. H. für den erhöhten Erstattungssatz in Höhe von 80 v. H. nach § 33 Abs. 2
- e) 0,47 v. H. für den Erstattungssatz nach § 33 Abs. 1 Buchstabe b).

§ 35 Verwaltung der Mittel, Betriebsmittel

Die DAK-Gesundheit verwaltet die Mittel für die Ausgleichsverfahren als Sondervermögen. Es werden getrennte Betriebsmittel gebildet. Die Betriebsmittel dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen.

§ 36 Haushalt, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses

(1) Der Haushalt wird vom Vorstand aufgestellt. Die Feststellung des Haushalts obliegt dem Verwaltungsrat.

(2) Für die Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses gilt § 30 entsprechend.

Abschnitt H Bekanntmachungen, Inkrafttreten

§ 37 Bekanntmachungen

(1) Die Satzung und sonstiges autonomes Recht werden spätestens am 5. Werktag nach Eingang der Genehmigung des Bundesversicherungsamtes im Internet (<http://www.dak.de>) öffentlich bekannt gemacht.

(2) Die DAK-Gesundheit veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz spätestens zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der DAK-Gesundheit veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der DAK-Gesundheit aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

§ 38 Inkrafttreten

Diese Satzung wurde vom Verwaltungsrat der BKK Beiersdorf AG in seiner Sitzung am 29. April 2016 und 12. Mai 2016 und vom Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit in seiner Sitzung am 23. März 2016 beschlossen. Diese Satzung tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2016 in Kraft.