

Satzung vom 1. Januar 2015

Stand: 05. Mai 2015
in der Fassung des 1. Nachtrages



Ersatzkasse Sitz Hamburg

100-000 /05/15

Abschnitt A Verfassung	4
§ 1 Name, Rechtsstellung, Sitz und Geschäftsgebiet	4
§ 2 Organe	4
§ 3 Verwaltungsrat	4
§ 4 Integrationsausschuss	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
§ 18a Zusätzliche Leistungen	14
§ 18b Mehrleistung für Rufbereitschaft Hebammen	15
§ 18c Mehrleistung für künstliche Befruchtung.....	16
§ 19 Krankengeld - ergänzende Regelungen	16
§ 20 zurzeit nicht belegt.....	16
§ 21 Haushaltshilfe	17
§ 22 Kostenerstattung.....	17
§ 23 Kostenerstattung in einem anderen Mitgliedstaat der EU, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR oder der Schweiz.....	18
§ 24 Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen	19
Abschnitt E Weiterentwicklung der Versorgung und Wahltarife	19
§ 25 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	19
§ 25a Gesundheitsbonus für Kinder und Jugendliche	21
§ 26 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung	22
§ 27 Hausarztzentrierte Versorgung.....	23
§ 28 Wahltarife.....	24

§ 29 Wahltarife Krankengeld	27
Abschnitt F Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage	27
§ 30 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und der Jahresrechnung	27
§ 31 Rücklage	28
Abschnitt G Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Entgeltfortzahlung	28
§ 32 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften	28
§ 33 Erstattungen	28
§ 34 Aufbringung der Mittel, Umlagen	29
§ 35 Verwaltung der Mittel, Betriebsmittel	29
§ 36 Haushalt, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses	30
Abschnitt H Bekanntmachungen, Inkrafttreten	30
§ 37 Bekanntmachungen	30
§ 38 Inkrafttreten	30

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. Januar 2015 entstandene Kasse führt den Namen DAK-Gesundheit. Sie geht aus der freiwilligen Vereinigung der DAK-Gesundheit und der Shell BKK/LIFE 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 Integrationsausschuss

Der Integrationsausschuss des Verwaltungsrats besteht aus vier (4) Mitgliedern. Es berät über wirtschaftliche und gesundheitspolitische Fragen der Kasse in seiner Funktion als beratender Ausschuss des Verwaltungsrates. Mitglieder des Integrationsausschusses sind der oder die bisherige Vorsitzende und der oder die bisherige Stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats der DAK sowie der oder die bisherige Vorsitzende und der oder die bisherige Stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats der BKK Gesundheit.

§ 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 Wider-

spruchsstelle nach § 9 Abs. 4 IFG und nehmen die Befugnisse der Verwaltungsbehörde nach § 69 OWiG wahr.

(2) Sitz der Widerspruchsstelle ist Hamburg. Widersprachausschüsse bestehen in Hamburg (I, II, III), Berlin (IV), Frankfurt am Main (V, VI), Dortmund (VII) und Stuttgart (VIII).

(3) Ein Widersprachausschuss besteht aus 5 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 und werden vom Verwaltungsrat für die Amtsdauer der Mitglieder des Verwaltungsrates 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 Widersprachausschusses 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.

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 Familienversicherung 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 0,9 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 Maßgabe des § 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

(1) Die Versicherten erhalten anteilig die Kostenerstattung für Schutzimpfungen gegen Hepatitis-A, Typhus, Cholera und Gelbfieber, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die Erstattungshöhe ist beschränkt auf 50 % der Kosten für das Impferum sowie 50 % der Kosten für das ärztliche Honorar (1-facher Satz nach der Gebührenordnung Ärzte/GOÄ). Die vorstehenden Regelungen gelten nur, soweit nicht schon ein Anspruch des Versicherten nach § 20 d Abs. 1 SGB V besteht.

(2) Zusätzlich zu den Leistungen nach § 17 Abs. 2 wird ein Zuschuss zu weiteren Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden, erbracht. Die Geschäftsstellen informieren die Versicherten darüber, für welche Schutzimpfungen Kosten übernommen werden und stellen bei Bedarf Informationsmaterial zur Verfügung. Die Höhe des Zuschusses beträgt 50,00 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Der Zuschuss wird auf den Zuschuss nach § 18 a Abs. 1 angerechnet.

(3) Die Kosten der Leistungen nach Abs. 2 werden nur übernommen, soweit nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist.

§ 18 Prävention

(1) Die Kasse 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 und 20a 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 Kasse gewährt einmal pro Kalenderjahr eine Maßnahme nach Abs. 1 als Sachleistung bzw. beteiligt sich an den Kosten mit einem Zuschuss in Höhe von 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 Kasse führt im Rahmen der §§ 20 und 20a SGB V Maßnahmen der Setting-orientierten Gesundheitsförderung (z. B. in Betrieben, Schulen und Kindertagesstätten) durch bzw. fördert sie.

§ 18a Zusätzliche Leistungen

(1) Die Kasse beteiligt sich nach Maßgabe dieses Paragraphen mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen. Der Zuschuss für diese Leistungen ist insgesamt auf zwei Maßnahmen pro Kalenderjahr begrenzt.

(2) Die Kasse beteiligt sich mit einem Zuschuss an osteopathischen Leistungen. Voraussetzung ist, dass die osteopathische Behandlung nach § 32 SGB V durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt erbracht wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Zusatzausbildung von mindestens 700 Stunden absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt. Der Zuschuss beträgt 60,00 Euro pro Behandlung / Sitzung, jedoch nicht mehr als 80 % der in der Rechnung ausgewiesenen tatsächlichen Kosten. Der Nachweis ist durch Vorlage der Originalrechnung zu erbringen.

(3) Die Kasse 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 berechnigte Leistungserbringer erfolgt. Der Zuschuss erfolgt auf der Grundlage der hierzu mit den Leistungserbringern geschlossenen Verträge und beträgt 50,00 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Während der Schwangerschaft gilt Absatz 1 Satz 2 für die erste Behandlung nicht.

(4) Die Kasse beteiligt sich auf der Basis von § 23 SGB V an den Kosten für Hautkrebsscreening ab dem 18. Lebensjahr bis zum 34. Lebensjahr. Voraus-

setzungen sind, dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen, und dass die Leistung ausschließlich durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dermatologen erbracht wird.

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, mit Ausnahme der Auflichtmikroskopie / Dermatoskopie,
- Befundmitteilung und Beratung des Versicherten über das Ergebnis der Untersuchung,
- Dokumentation.

Der Zuschuss beträgt 40,00 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

§ 18b 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 berechtigt 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 Schwanger-

schaft. Zur Erstattung ist die Originalrechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

§ 18c 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 die Maßgabe, dass beide Ehegatten bei der DAK-Gesundheit versichert sind.

§ 19 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 Entgelersatzfunktion des Krankengeldes sicherzustellen. Hierfür kommt eine Erweiterung der heranzuziehenden Entgeltabrechnungszeiträume auf bis zu 12 Monate in Betracht.

§ 20 zurzeit nicht belegt

§ 21 Haushaltshilfe

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, sofern ihnen wegen Krankheit vorübergehend die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und die Kasse Leistungen der Krankenbehandlung erbringt. § 38 Abs. 1 Satz 2, Abs. 3, 4 und 5 SGB V gelten.

(2) Die Haushaltshilfe nach Abs. 1 wird für längstens 12 Wochen innerhalb von je 3 Jahren erbracht. Wurde innerhalb der letzten 3 Jahre vor Beginn der jeweiligen Krankheit bereits Haushaltshilfe nach Abs. 1 von der Kasse zur Verfügung gestellt, werden diese Leistungszeiträume auf die Anspruchsdauer nach Satz 1 angerechnet.

(3) Außerdem erhalten Versicherte Haushaltshilfe, sofern die Anspruchsvoraussetzungen nach § 38 Abs. 1 Satz 1 SGB V vorliegen und das im Haushalt lebende Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Haushaltshilfe wird für maximal 2 Stunden je Tag gezahlt. Dies gilt auch bei ambulanten Operationen, die gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus oder beim zugelassenen Leistungserbringer durchgeführt werden mit der Einschränkung, dass Haushaltshilfe für höchstens 3 Tage geleistet wird.

§ 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 um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v.H. sowie um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt. Die Ermittlung des Erstattungsbetrages kann nach einem vereinfachenden Verfahren erfolgen; auf Wunsch 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 aufgegliedert 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 Abschlages 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 vorzulegen. Die Rechnungen müssen nach Art und Zeit der Leistungen aufgliedert 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 Krankenversicherungsunternehmen gemäß § 194 Abs. 1a SGB V.

Abschnitt E Weiterentwicklung der Versorgung und Wahltarife

§ 25 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die DAK-Gesundheit fördert gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten durch die nachfolgenden Bonusregelungen. Die Boni werden in Form von Sach- oder Geldprämien gewährt.

(2) Für die regelmäßige und aktive Teilnahme an:

- a) qualitätsgesicherten Maßnahmen der Primärprävention nach § 18 und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- b) Maßnahmen der Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten nach § 17 sowie nach §§ 25 und 26 SGB V,
- c) Maßnahmen der Zahnprophylaxe nach §§ 21 und 22 SGB V,
- d) qualitätsgesicherten Maßnahmen, die eine gesunde Lebensführung aktiv unterstützen, in Fitness-Studios mit TÜV-Zertifizierung (Kurs und Dauerangebote), bei Turn- und Sportvereinen (Kurs und Dauerangebote mit dem Qualitätssiegel „SPORT PRO GESUNDHEIT“), des Kneipp-Bundes, Leistungsabzeichen des Deutschen Sportbundes, des Deutschen Leichtathletik-Verbandes, des Deutschen Schwimm-Verbandes, des Bundes Deutscher Radfahrer, gewährt die DAK-Gesundheit Bonuspunkte im *DAKgesundAktivBonus*. Voraussetzung für die Gewährung der Bonuspunkte ist jeweils die Teilnahme an mindestens zwei der o.g. Maßnahmen im Kalenderjahr.

(3) Zurzeit nicht belegt.

(4) Der jeweilige Bonus wird auf Antrag gewährt. Der Anspruch auf noch nicht eingelöste Bonusleistungen erlischt mit dem Ende oder mit der Kündigung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit. Die anzurechnenden Bonuspunkte sind im DAK-Gesundheit-Bonuspunkte-Katalog nebst Teilnahmebedingungen geregelt, der Anlage der Satzung ist. Dieser wird den Versicherten auf Anfrage zur Verfügung gestellt. Die Bonuspunkte können jeweils für ein Kalenderjahr gesammelt werden. Sie sind auf das Folgejahr übertragbar. Nicht eingereichte Bonuspunkte verfallen am 30.06. des Folgejahres.

(5) Für den Nachweis von regelmäßigen sportlichen Aktivitäten in Form der Teilnahme an qualitätsgesicherten Maßnahmen – Kurse oder Dauerangebote – in einem Sportverein, einer Betriebs- oder Hochschulsportgruppe bzw. in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio und zusätzlich den Nachweis von mindestens drei der unter Ziffern 1 bis 9 genannten Voraussetzungen, bei Mitgliedern unter 16 Jahren mindestens zwei der unter Ziffern 1 bis 4 genannten Voraussetzungen,

1. Zahnvorsorge gemäß § 55 oder § 22 SGB V
2. Schutzimpfung gemäß § 20d SGB V oder § 17 der Satzung,
3. Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 oder § 26 SGB V, Mutterchaftsvorsorge nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (MuSchHiR),
4. Präventionsmaßnahme gemäß § 20 SGB V oder § 18 der Satzung,
5. Body Mass Index im Normbereich,
6. Blutdruckwert im Normbereich,
7. Blutzuckerwert im Normbereich,
8. Cholesterinwert im Normbereich,
9. Nichtraucherstatus seit mindestens 6 Monaten,

beträgt der DAK*aktiv*LebenBonus für das Mitglied 170,00 Euro. Der Bonus erhöht sich für den Nachweis einer weiteren Voraussetzung gemäß den vorstehenden Ziffern 1 bis 9, bei den Mitgliedern unter 16 Jahren gemäß den Ziffern 1 bis 4, um jeweils 20,00 Euro, insgesamt auf höchstens 210,00 Euro.

Zusätzlich beträgt der Bonus für jeden familienversicherten Angehörigen, der regelmäßige sportliche Aktivitäten sowie mindestens zwei der Voraussetzungen gemäß den vorstehenden Ziffern 1 bis 9, bei Familienversicherten unter 16 Jahren gemäß den Ziffern 1 bis 4, nachweist, 100,00 Euro.

Der Versicherte erbringt für die Erfüllung der Voraussetzungen den Nachweis in Form der Bescheinigung eines Leistungserbringers bzw. eines an

der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Versorgung der Versicherten berechtigten Arztes; dieser Nachweis muss regelmäßige sportliche Aktivitäten oder die regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen nach Ziffern 1 bis 4 oder Gesundheitswerte nach Ziffern 5 bis 9 bestätigen. Der Bonus kann im Rahmen der ungekündigten Mitgliedschaft einmal jährlich in Anspruch genommen werden; er muss jährlich erneut beantragt werden. Näheres regeln die Teilnahmebedingungen, die Anlage der Satzung sind. Der Bonus nach Abs. 5 kann nicht in Kombination mit dem Bonus nach Abs. 2, 3 oder mit Wahltarifen nach § 28 der Satzung in Anspruch genommen werden.

§ 25a Gesundheitsbonus für Kinder und Jugendliche

(1) Versicherte der DAK-Gesundheit, erhalten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten, wenn sie regelmäßig qualitätsgesicherte Maßnahmen für eine gesunde Lebensführung oder Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 26, 28 i. V. m. § 22 SGB V, Schutzimpfungen nach § 20 d SGB V, nachweislich durchgeführt oder in Anspruch genommen haben.

(2) Die Teilnahme an dem Programm nach Absatz 1 ist schriftlich zu erklären; bei Teilnehmern unter 15 Jahren ist die Unterschrift des Erziehungsberechtigten erforderlich. Die Teilnahme kann jederzeit durch schriftliche Erklärung beendet werden. Eine gleichzeitige Teilnahme am Bonusprogramm nach § 25 Abs. 2 der Satzung der DAK-Gesundheit ist ausgeschlossen. Die Teilnahme ist längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres möglich.

(3) Die für die Erlangung der Bonuspunkte erforderlichen Maßnahmen nach Absatz 1 sind im „Bonuskatalog - Maßnahmen Kinderbonus“ aufgeführt, der Anlage zu § 25a der Satzung der DAK-Gesundheit ist. Der Bonus wird nur gewährt, sofern alle Maßnahmen im Lebensjahr in Anspruch genommen wurden. Der Nachweis darüber ist spätestens 6 Monate nach Durchführung bei der DAK-Gesundheit einzureichen. Ein Bonuspunkt hat einen Wert von 0,10 Euro.

(4) Der Bonus beträgt für ein Lebensjahr, für das die Maßnahmen vollständig durchgeführt und nachgewiesen wurden, 1.500 Punkte. Werden die Voraussetzungen 5 Jahre in Folge erfüllt, wird ein einmaliger Sonderbonus in Höhe von 750 Punkten gewährt. Sind die Voraussetzungen 10 Jahre in Folge erfüllt, gewährt die DAK-Gesundheit einen weiteren einmaligen Sonderbonus in Höhe von 1.500 Punkten.

(5) Die Auszahlung erfolgt frühestens am 18. Geburtstag des teilnehmenden Versicherten, wenn zu diesem Zeitpunkt eine Versicherung bei der

DAK-Gesundheit besteht und die Voraussetzungen für den Bonus mindestens fünf Jahre in Folge erfüllt wurden. Zusätzlich gewährt die DAK-Gesundheit bei Auszahlung des Bonus einen einmaligen End-Bonus in Höhe von 200 Punkten für jedes Lebensjahr der erfolgreichen Teilnahme; bei Erfüllung der Gesamt-Teilnahmedauer von 18 Lebensjahren beträgt der Endbonus 3.750 Punkte. Der Auszahlungsbetrag beträgt höchstens 3.300,00 Euro.

(6) Der Anspruch auf die Bonuszahlung entfällt mit Eingang der Kündigung bzw. dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der DAK-Gesundheit.

§ 26 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

(1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist. Der Arbeitgeber muss in der BGF bestimmte strukturelle Voraussetzungen erfüllen und zwischen Kasse und Betrieb festgelegte Ergebnisse nachweisen. Dabei orientiert sich die Ausgestaltung der Programme an den gemeinsam von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossenen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20 a SGB V.

(2) Voraussetzung für einen Bonus ist, dass

- die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht bereits Gegenstand von Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind,
- das Unternehmen eigene finanzielle und/oder personelle Ressourcen für die Maßnahmen zur Verfügung stellt,
- eine Betriebsvereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung existiert bzw. in Planung ist,
- ein Arbeitskreis Gesundheit besteht und
- ein systemischer ganzheitlicher Ansatz erfüllt ist.

„(3) Der Bonus für den Arbeitgeber bemisst sich nach einem von der Kasse festgelegten zweistufigen Punktbewertungssystem. In der ersten Stufe werden die vorhandenen betrieblichen Strukturen sowie die Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung ermittelt. In der zweiten Stufe vereinbart der Betrieb ein Ziel zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit der DAK-Gesundheit, zu dem in der Folgezeit Maßnahmen durchgeführt werden. In jeder Stufe können 1.500 Bonuspunkte, entsprechend 1.500,00 Euro, erreicht werden. Der Bonus beträgt maximal jährlich 3.000,00 Euro und darf die Aufwendungen des Arbeitgebers nicht überschreiten. Der Bonus

wird für einen 12-Monatszeitraum gewährt. Die Gewährung erfolgt auf Antrag.“

§ 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. Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, verpflichten sich schriftlich gegenüber der Kasse, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes nach Absatz 4 in Anspruch zu nehmen. Davon ausgenommen sind Augen- und Frauenärzte sowie Kinder- und Jugendärzte, die ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können.

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 Teil-

nahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

c) Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, sind die Versicherten an die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 2 und an die Wahl ihres Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; der gewählte Hausarzt darf nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden. Die Teilnahme kann mit einer Frist von 2 Monaten vor Ablauf des ersten Jahres der Teilnahme schriftlich gegenüber der Kasse gekündigt werden. Nach Ablauf des Jahres kann die Teilnahme mit einer Frist von 2 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

(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.

(3) Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen und sich vertragswidrig verhalten, haften für den entstandenen Schaden.

(4) Die Kasse führt ein Verzeichnis der regionalen Hausarztverträge, das auf der Internetseite der DAK-Gesundheit einzusehen ist. Das Verzeichnis enthält Angaben zur Region, zu den Leistungsinhalten, den Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, den teilnehmenden Hausärzten sowie möglichen Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Die Geschäftsstellen der DAK-Gesundheit informieren die Versicherten darüber, in welchen Regionen Hausarztverträge bestehen, sowie über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten und über die teilnehmenden Hausärzte. Die Liste der teilnehmenden Hausärzte kann darüber hinaus in den Geschäftsstellen eingesehen werden.

§ 28 Wahltarife

(1) Mitglieder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und 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, § 55 Abs. 1 Satz 4 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 als Wahltarif freiwilligen Mitgliedern, deren Beiträge nach der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 7 SGB V) bemessen werden und die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Prämienzahlung. Voraussetzung für die Prämienzahlung ist, dass die Mitglieder und ihre familienversicherten Angehörigen im betreffenden Jahr keine Leistungen mit Ausnahme der in Absatz 1 genannten in Anspruch genommen haben. Einzelheiten werden im DAK-Gesundheit-Tarif-Katalog geregelt.

(3) Die DAK-Gesundheit gewährt ihren Mitgliedern als Wahltarif nach § 53 Abs. 2 SGB V eine Prämienzahlung. Voraussetzung für die Zahlung der Prämie ist, dass im betreffenden Jahr keine Leistungen mit Ausnahme der in Absatz 1 genannten in Anspruch genommen wurden. Einzelheiten werden im DAK-Gesundheit-Tarif-Katalog geregelt

(4) Wahltarife nach Absatz 1 werden für 3 Jahre, Wahltarife nach Abs. 2 und 3 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.

(5) Für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach §§ 63, 73b, 73c, 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) Die DAK-Gesundheit führt als Anlage zu dieser Satzung ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V, welches Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, den Beginn der Teilnahme, die zeitliche Bindung an die Teilnahmeerklärung sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot enthält. Ein Verzeichnis über die Verträge zur in-

tegrierten Versorgung nach § 140a SGB V ist auf der Internetseite der DAK-Gesundheit einzusehen. Die DAK-Gesundheit stellt den teilnehmenden Versicherten die Verzeichnisse 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 besonderen Versorgungsformen nach §§ 73c und 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;
- bei Verträgen nach § 73c SGB V: 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.

Verstößt der Versicherte während der Teilnahme an einem Vertrag nach § 73c SGB V gegen seine Pflicht, ausschließlich die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, sind von ihm bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern die dadurch entstandenen Mehrkosten selbst zu tragen. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z. B. Urlaub).

d) Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei 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 den Versicherten eine Belehrung über ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. 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 Widerrufserklärung bei den teilnehmenden Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichkeit der Widerrufserklärung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben.

e) Die teilnehmenden Versicherten sind an die Verpflichtungen nach Absatz 5c für die Dauer der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gebunden. Während dieser Zeit sollen entgegen der schriftlichen Verpflichtung nach § 73c Absatz 2 Satz 1 SGB V andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer ohne Überweisung nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes in Anspruch genommen werden. Die Versicherten können die Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes nach Satz 2 jederzeit kündigen.

§ 29 Wahltarife Krankengeld

Freiwillig versicherte hauptberuflich Selbstständige, Beschäftigte, die nicht für mindestens 6 Wochen einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben und nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) versicherungspflichtige Künstler und Publizisten können das Risiko des Einkommensverlustes wegen Arbeitsunfähigkeit mit einem Wahltarif Krankengeld absichern. Die Tarifyhalte sind in der Anlage zu diesem Paragrafen der Satzung 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 entsprechende 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) 2,0 v. H. für den allgemeinen Erstattungssatz nach § 33 Abs. 1 Buchstabe a)
- b) 1,3 v. H. für den ermäßigten Erstattungssatz in Höhe von 50 v. H. nach § 33 Abs. 2
- c) 1,7 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) 0,38 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 Shell BKK/LIFE in seiner Sitzung am 10. Dezember 2014 und vom Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit in seiner Sitzung am 12. Dezember 2014 beschlossen. Diese Satzung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2015 in Kraft.