

Satzung vom 1. Januar 2012

Stand: 1. Januar 2012



Unternehmen Leben

Pflegekasse

PFLEGEKASSE Sitz Hamburg

100-007 / 01.12

Inhaltsverzeichnis	Seite
Abschnitt A Verfassung	4
§ 1 Name, Rechtsstellung, Sitz und Geschäftsgebiet.....	4
§ 2 Organe	4
§ 3 Verwaltungsrat	4
§ 4 Vorstand.....	5
§ 5 Versichertenälteste Vertrauenspersonen	6
§ 6 Widerspruchsausschüsse	6
Abschnitt B Mitgliedschaft	7
§ 7 Mitgliederkreis.....	7
§ 8 Erwerb der Mitgliedschaft	8
§ 9 Ende der Mitgliedschaft	8
Abschnitt C Beiträge	8
§ 10 Aufbringung der Mittel.....	8
§ 11 Beitragspflichtige Einnahmen	8
§ 12 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	8
Abschnitt D Leistungen	9
§ 13 Anspruchsgrundlagen.....	9
§ 14 Leistungsausschluss.....	9
§ 15 Kooperation mit privaten Krankenversicherungen.....	10
Abschnitt E Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage	10
§ 16 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und der Jahresrechnung der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE	10
§ 17 Rücklage	11
Abschnitt F Bekanntmachungen, Inkrafttreten	11
§ 18 Bekanntmachungen.....	11
§ 19 Inkrafttreten.....	11

Abkürzungen

- SGB I Sozialgesetzbuch I Buch – Allgemeiner Teil -
- SGB IV Sozialgesetzbuch IV. Buch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
- SGB VIII Sozialgesetzbuch VIII. Buch – Kinder- und Jugendhilfe
- SGB X Sozialgesetzbuch X. Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
- SGB XI Sozialgesetzbuch XI. Buch – Soziale Pflegeversicherung
- SVHV Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung SVRV –
Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungs-
legung in der Sozialversicherung (Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung)

Abschnitt A Verfassung

§ 1 Name, Rechtsstellung, Sitz und Geschäftsgebiet

(1) Die am 1. Januar 2012 entstandene Pflegekasse der DAK-Gesundheit führt den Namen DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE. Sie geht aus der freiwilligen Vereinigung der DAK-PFLEGEKASSE, der Pflegekasse der BKK Gesundheit und der BKK Pflegekasse Axel Springer hervor.

(2) Die DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE ist eine gesetzliche Pflegekasse 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 Selbstverwaltung wird durch Versicherte und Arbeitgeber ausgeübt.

(3) Das Geschäftsgebiet der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE umfasst das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Organe

(1) Organe der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE sind der Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit als Selbstverwaltungsorgan sowie der hauptamtliche Vorstand der DAK-Gesundheit.

(2) Die Mitglieder des Verwaltungsrates üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

(3) Der Verwaltungsrat und der Vorstand nehmen im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Aufgaben der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE wahr.

(4) Der Vorsitz im Verwaltungsrat sowie im Vorstand der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE richtet sich nach dem Vorsitz in den Organen der DAK-Gesundheit.

§ 3 Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE sowie in den übrigen durch Gesetz und sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Der Verwaltungsrat trifft alle Entscheidungen, die für die DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE 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) Beschlussfassung über die Zusammensetzung und den Sitz der Widersprachausschüsse,
- b) Bestimmung der Einspruchsstelle gem. § 112 Abs. 2 SGB IV,
- c) Feststellung des Haushaltsplans,
- d) Abnahme der Jahresrechnung mit Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes,
- e) Vertretung der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern, wobei das Vertretungsrecht auch durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates ausgeübt werden kann.

(2) Für das Verfahren des Verwaltungsrats gilt § 3 Abs. 6 bis 9 der Satzung der DAK-Gesundheit entsprechend.

(3) Für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltung gelten § 3 Abs. 10 der Satzung der DAK-Gesundheit sowie die Entschädigungsregelung der DAK-Gesundheit mit der Maßgabe entsprechend, dass die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates keine eigenständige Monatspauschale als Ersatz barer Auslagen und für Zeitaufwand für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen erhalten.

§ 4 Vorstand

(1) Der Vorstand verwaltet die DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE und vertritt diese gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Im Rahmen des Ressortprinzips gemäß § 5 Absatz 4 der Satzung der DAK-Gesundheit vertreten auch einzelne Vorstandsmitglieder die Kasse. Darüber hinaus kann der Vorstand im Einzelfall durch Beschluss bestimmen, dass auch einzelne Vorstandmitglieder die Kasse vertreten können. Die Mitglieder des Vorstands vertreten sich gegenseitig.

(2) 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) Aufbereiten von Vorlagen (Anträgen) für den Verwaltungsrat,
- d) Feststellung und der Einzug der Beiträge,
- e) Entscheidung über Leistungen,

- f) Abschluss von Verträgen über die Leistungserbringung an die Versicherten,
- g) Prüfung nach § 4 SVRV.

(3) 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.

(4) Das Personal der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE ist das mit der Wahrnehmung der Aufgaben der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE beauftragte Personal der DAK-Gesundheit, es unterstützt den Vorstand bei dessen Aufgaben.

§ 5 Versichertenälteste | Vertrauenspersonen

(1) Die Versichertenältesten der Pflegekasse der DAK-Gesundheit sind die Versichertenältesten der DAK-Gesundheit. Sie beraten und betreuen die Versicherten der Pflegekasse der DAK-Gesundheit in allen die soziale Pflegeversicherung betreffenden Fragen. Sie üben ihre Tätigkeit in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit dem Vorstand, dem Verwaltungsrat und der jeweiligen Geschäftsstelle der DAK-Gesundheit aus. Leistungsverpflichtende Zusagen und Auskünfte dürfen die Versichertenältesten nicht vornehmen.

(2) Die Vertrauenspersonen der Pflegekasse der DAK-Gesundheit sind die Vertrauensleute der DAK-Gesundheit. Sie haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Pflegekasse der DAK-Gesundheit mit den Arbeitgebern herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen. Hierzu gehören die Weiterleitung von Informationen der Pflegekasse an die Arbeitgeber, die Betreuung der Arbeitgeber sowie die persönliche Vermittlung von Ansprechpartnern für die Arbeitgeber in der Pflegekasse der DAK-Gesundheit.

(3) Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 6 der Satzung der DAK-Gesundheit entsprechend.

§ 6 Widerspruchsausschüsse

(1) Sitz der Widerspruchsausschüsse ist Hamburg. Der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird besonderen Ausschüssen (Widerspruchsausschüssen) übertragen.

(2) Für die Widerspruchsausschüsse der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE sowie seine Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder gilt § 7 der Satzung der DAK-Gesundheit entsprechend.

Abschnitt B Mitgliedschaft

§ 7 Mitgliederkreis

(1) Mitglieder der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE sind die Mitglieder der DAK-Gesundheit, sofern sie nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind.

(2) Mitglieder sind außerdem Personen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die gegen das Risiko Krankheit weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind, wenn sie

- a) nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die dessen entsprechende Anwendung vorsehen, Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben,
- b) Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
- c) ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die dessen entsprechende Anwendung vorsehen,
- d) laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem SGB VIII beziehen,
- e) krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
- f) in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind und die Mitgliedschaft nach § 48 Abs. 2 und 3 SGB XI gewählt haben, oder die DAK-Gesundheit mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist.

(3) Weiterversicherte gehören der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE als Mitglied an, wenn sie die Voraussetzungen nach § 26 SGB XI erfüllen und vor Beginn der Weiterversicherung zuletzt bei der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE versichert waren oder ohne die Bestimmung des § 25 Abs. 3 SGB XI versichert gewesen wären.

(4) Personen, die die Voraussetzungen nach § 26a SGB XI erfüllen und der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE beigetreten sind, gehören der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE als Mitglied an.

§ 8 Erwerb der Mitgliedschaft

Der Beitritt zur DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE ist zu erklären, soweit die Versicherung nicht kraft Gesetzes durchgeführt wird. Es sind alle Daten anzugeben, die für die Herstellung der Versicherung erforderlich sind.

§ 9 Ende der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft der Versicherten nach § 7 Absatz 3 und 4 endet

- a) mit dem Tod des Mitglieds,
- b) mit dem Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied den Austritt schriftlich erklärt, es sei denn, dass die DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE dem Ende der Mitgliedschaft zu einem früheren Zeitpunkt zustimmt.

Abschnitt C Beiträge

§ 10 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen nach den gesetzlichen Bestimmungen aufgebracht.

§ 11 Beitragspflichtige Einnahmen

Für Schwangere, deren krankenversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst wurde, oder die unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden sind, gilt § 13 der Satzung der DAK-Gesundheit.

§ 12 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

(1) Die Beiträge sind monatlich zu entrichten. Die Fälligkeit für Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitsseinkommen zu bemessen sind, bestimmt sich nach § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV. Sonstige laufende Beiträge, die geschuldet werden, sind spätestens am 15. des Monats (Zahltag) fällig, der dem Monat folgt, für den der Beitrag gilt.

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

(3) Gegen eine Beitragsforderung der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE können Mitglieder und Arbeitgeber weder aufrechnen noch ein Zurückbehaltungsrecht geltend machen.

(4) Für die Mahnung von Forderungen wird im Rahmen von § 19 Abs.2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG) eine Mahngebühr, beschränkt auf einen Höchstbetrag von 7,50 €, erhoben.

(5) Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI nach den in § 186 Abs. 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag

1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
2. unter den in Satz 2 bis 4 genannten Voraussetzungen auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Abs. 4a SGB V zu zahlen ist,
3. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.

Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als drei Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums keine Leistungen für sich und seine nach § 25 SGB XI versicherten Familienangehörigen in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet. Eine Ermäßigung der Beiträge kommt nur für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI in Betracht. Die Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

Abschnitt D Leistungen

§ 13 Anspruchsgrundlagen

Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen.

§ 14 Leistungsausschluss

(1) Es besteht kein Anspruch auf Leistungen, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB XI begeben, um auf Basis einer Versi-

cherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 25 SGB XI missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

(2) Zur Prüfung des eventuell wirksam werdenden Leistungsausschlusses kann die DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE von den Versicherten Auskunft über den Gesundheitszustand sowie den Umfang eines etwaigen nach § 14 SGB XI bestehenden Hilfebedarfs verlangen. Auch kann die DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE Informationen und Belege (soweit es um ein belegbares Vorbringen geht) sowie eine Bestätigung der betroffenen Personen darüber einfordern, dass der Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB XI nicht allein dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder einer darauf beruhenden Versicherung nach § 25 SGB XI Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Bei den Prüfungen nach Satz 1 und 2 sind die Versicherten zur Mitwirkung verpflichtet. Kann mangels ausreichender Mitwirkung des Versicherten nicht geklärt werden, ob der Leistungsausschluss wirksam wird, sind die beanspruchten Leistungen zu versagen (§§ 60 ff. SGB I). Die Angaben zum Gesundheitszustand werden ausschließlich nach den Vorgaben des 2. Kapitels des SGB X verarbeitet und genutzt.

(3) Wurden Leistungen bereits erbracht und stellt sich nachträglich heraus, dass es sich um eine missbräuchliche Leistungsanspruchnahme im Sinne von § 33a SGB XI gehandelt hat, können die von der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE bereits gewährten Leistungen unter Beachtung der einschlägigen Verfahrensvorschriften des SGB X zurückgefordert werden.

§ 15 Kooperation mit privaten Krankenversicherungen

Die DAK-Gesundheit-Pflegekasse vermittelt ihren Versicherten den Abschluss privater Pflege-Zusatzversicherungen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen gemäß § 47 Abs. 2 SGB XI.

Abschnitt E Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 16 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und der Jahresrechnung der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE

(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 Prü-

fung der Jahresrechnung gelten §§ 31 und 32 SVHV 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.

§ 17 Rücklage

Die Rücklage der DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE beträgt 50 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

Abschnitt F Bekanntmachungen, Inkrafttreten

§ 18 Bekanntmachungen

Die Satzung und sonstiges autonomes Recht werden im Internet (<http://www.dak.de>) öffentlich bekanntgemacht.

§ 19 Inkrafttreten

Diese Satzung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2012 in Kraft. Mit dem gleichen Tag verlieren die Satzungen der Vorgängerkassen DAK-PFLEGEKASSE , der Pflegekasse der BKK Gesundheit und der BKK Pflegekasse Axel Springer ihre Gültigkeit.

Herbert Rebscher

Udo Sennlaub

Christa Lemke