
Satzung vom 01. Januar 2010

Stand: 01. April 2010
in der Fassung des 2. Nachtrages



Unternehmen Leben

Ersatzkasse Sitz Hamburg

Abschnitt A Verfassung	3
§ 1 Name, Rechtsstellung, Sitz und Geschäftsgebiet.....	3
§ 2 Organe	3
§ 3 Verwaltungsrat	3
§ 4 Vorstand.....	5
§ 5 zurzeit nicht belegt.....	6
§ 6 Vertretung der Kasse	6
§ 7 Widerspruchsstelle.....	7
§ 8 Entschädigung für Organmitglieder	7
§ 9 Änderung der Satzung	7
Abschnitt B Mitgliedschaft	8
§ 10 Mitgliederkreis.....	8
§ 11 Erwerb der Mitgliedschaft	8
§ 12 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft	9
Abschnitt C Beiträge	9
§ 13 Aufbringung der Mittel.....	9
§ 14 Zusatzbeitrag	9
§ 14a Beiträge für versicherungspflichtige Mitglieder	9
§ 15 zurzeit nicht belegt.....	9
§ 16 zurzeit nicht belegt.....	10
§ 17 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	10
Abschnitt D Leistungen	11
§ 18 Anspruchsgrundlagen.....	11
§ 18 a Leistungsausschluss.....	11
§ 19 Krankheitsverhütung.....	11
§ 19a Prävention.....	12
§ 20 Kuren sowie Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	13
§ 21 Krankengeld - ergänzende Regelungen	13
§ 21 a Krankengeld durch Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V.....	13
§ 22 Stationäre Hospize	14
§ 23 Haushaltshilfe	15
§ 24 Kostenerstattung.....	15
§ 24a Kostenerstattung in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.6.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABI EG Nr. L 49 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist.	15
§ 25 zurzeit nicht belegt.....	16
§ 26 Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen.....	16

Abschnitt E Weiterentwicklung der Versorgung und Wahltarife	17
§ 27 Modellvorhaben	17
§ 27a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.....	19
§ 27b Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung	20
§ 27c Hausarztzentrierte Versorgung	20
§ 27d Wahltarife.....	21
§ 27e Wahltarife Krankengeld	22
Abschnitt F Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage	22
§ 28 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und der Jahresrechnung	22
§ 29 Rücklage.....	23
Abschnitt G Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Entgeltfortzahlung	23
§ 30 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften	23
§ 31 Erstattungen	23
§ 32 Aufbringung der Mittel, Umlagen	24
§ 33 Verwaltung der Mittel, Betriebsmittel	24
§ 34 Haushalt, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses	24
Abschnitt H Bekanntmachungen, Inkrafttreten	25
§ 35 Bekanntmachungen	25
§ 36 Inkrafttreten.....	25

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 Kasse führt den Namen DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE (Ersatzkasse), im folgenden DAK genannt.

(2) Die DAK ist Träger der gesetzlichen Krankenversicherung 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 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.

(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. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; Wiederwahl ist möglich.

§ 3 Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat besteht aus 30 Mitgliedern.

(2) 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-, Beitrags-satz- und Haushaltsentwicklung,
- c) die Wettbewerbsziele, Vertrieb und Marketing,
- d) die Organisationsstruktur,
- e) die Vertragspolitik und
- f) die Personal- und Tarifpolitik.

(3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der DAK sowie in den übrigen durch Gesetz und sonstiges für die DAK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Der Verwaltungsrat trifft alle Entscheidungen, die für die DAK 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) Wahl der oder des Vorsitzenden, der oder des stellvertretenden Vorsitzenden und der Schriftführerin oder des Schriftführers des Verwaltungsrates,
- b) Aufstellung der Geschäftsordnung des Verwaltungsrates,
- c) Bildung von Fachausschüssen des Verwaltungsrates,
- d) Bestellung des Wahlausschusses,
- e) Wahl des Vorstandes,
- f) organisatorische Grundentscheidung über die Abgrenzung der Geschäftsbereiche der Vorstandsmitglieder,
- g) Amtsentbindung oder Amtsenthebung der Mitglieder des Verwaltungsrates sowie deren Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter; das gilt entsprechend für die Mitglieder des Vorstandes,
- h) 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,
- i) Beschlussfassung über die festen Sätze und die Pauschbeträge für bare Auslagen und die Pauschbeträge für Zeitaufwand für Mitglieder des Verwaltungsrates,
- j) Beschlussfassung über die Zusammensetzung und den Sitz der Widerspruchsstelle,
- k) Bestimmung der Einspruchsstelle gemäß § 112 Abs. 2 SGB IV,
- l) Feststellung des Haushaltsplans,
- m) Abnahme der Jahresrechnung mit Beschlussfassung über die Entlastung des Vorstandes,
- n) Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,
- o) Beschlussfassung über die Vereinigung mit einer anderen Ersatzkasse.

(4) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen und mindestens 20 Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.

(5) 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.

(6) 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.
- d) Wenn mindestens sechs Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widersprechen, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und zu beschließen.

(7) 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.

§ 4 Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus zwei Mitgliedern. Er wird vom Verwaltungsrat gewählt, ebenso werden aus seiner Mitte seine Vorsitzende oder sein Vorsitzender sowie deren/dessen Stellvertreter gewählt.

(2) Der Vorstand führt die Geschäfte der DAK und vertritt diese gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Ihm 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. 3 Buchst. n) 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 Mitglieder,
- j) Prüfung nach § 3 SVRV,
- k) Aufstellung der Geschäftsordnung des Vorstandes,
- l) Aufstellung eines Geschäftsverteilungsplans.

(3) 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 Vorsitzende.

- (4) 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.

(5) Die Sitzungen des Vorstandes sind nicht öffentlich.

§ 5 zurzeit nicht belegt

§ 6 Vertretung der Kasse

(1) Der Verwaltungsrat vertritt die Kasse gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern. Das Vertretungsrecht kann auch durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates ausgeübt werden.

(2) Der Vorstand vertritt die Kasse gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Der Vorstand kann bestimmen, dass auch ein einzelnes Vorstandsmitglied die Kasse vertreten kann.

(3) Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig.

§ 7 Widerspruchsstelle

(1) Sitz der Widerspruchsstelle ist Hamburg. Der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird besonderen Ausschüssen (Widerspruchsausschüssen) übertragen. Widerspruchsausschüsse können am Sitz der Kasse und des weiteren im Geschäftsgebiet der Kasse gebildet werden.

(2) Ein Widerspruchsausschuss besteht aus 4 Mitgliedern. Jedes Mitglied hat eine erste und zweite Stellvertreterin bzw. einen ersten und zweiten Stellvertreter, die oder der das Mitglied bei seiner Verhinderung vertritt. Die Mitglieder und Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter 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.

(3) 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.

(4) 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 Abs. 2, 3, 4 Satz 3 OWiG wahr.

§ 8 Entschädigung für Organmitglieder

Die Mitglieder der Selbstverwaltung erhalten für ihre Tätigkeit eine Entschädigung nach Maßgabe des § 41 SGB IV. Die Entschädigungsregelung ist Bestandteil der Satzung.

§ 9 Änderung der Satzung

Von der Aufsichtsbehörde genehmigte Änderungen der Satzung haben Wirkung auch für bestehende Versicherungsverhältnisse. Das gleiche gilt für bereits eingetretene, jedoch noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle, soweit damit keine Leistungsminderung verbunden ist.

Abschnitt B Mitgliedschaft

§ 10 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) zurzeit nicht belegt.
- e) 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,
- f) 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,
- g) freiwillige Mitglieder anderer Krankenkassen im unmittelbaren Anschluss an die dortige Mitgliedschaft sowie Beitrittsberechtigte nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

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

§ 11 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.

§ 12 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

§ 13 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, kann sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Der Zusatzbeitrag 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. Der Zusatzbeitrag ist auf 1 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt, sofern der monatliche Zusatzbeitrag den Betrag von 8 € übersteigt. Soweit die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf der Kasse übersteigen, kann diese ihren Mitgliedern eine Prämie auszahlen.

(2) Im Übrigen gelten die Regelungen des SGB.

§ 14 Zusatzbeitrag

Für Mitglieder beträgt der Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V monatlich 8,00 Euro.

§ 14a 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.

§ 15 zurzeit nicht belegt

§ 16 zurzeit nicht belegt

§ 17 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

(1) Die Beiträge sowie die Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V sind monatlich zu entrichten. Die Fälligkeit für laufende Beiträge bestimmt sich nach § 23 Abs. 1 Sätze 1, 2 und 4 SGB IV. Die Zusatzbeiträge sind spätestens am 15. des Monats (Zahltag) fällig, der dem Monat folgt, für den der Zusatzbeitrag gilt.

(2) Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung für den Einzug des Zusatzbeitrages halbjährlich oder jährlich im Voraus wird ein Rabatt von insgesamt 1 Euro je halbjährlichem Einzug bzw. 3 Euro je jährlichem Einzug gewährt. Der Rabatt entfällt, wenn der Einzug rückbelastet wird.

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

(4) Gegen eine Beitragsforderung der Kasse können Mitglieder und Arbeitgeber weder aufrechnen noch ein Zurückbehaltungsrecht geltend machen.

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

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

1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
2. unter den in Satz 2 bis 3 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 § 10 SGB V 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 § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V 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

§ 18 Anspruchsgrundlagen

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

§ 18 a 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.

§ 19 Krankheitsverhütung

(1) Die Kasse erstattet bei Schutzimpfungen gegen Rotaviren die Kosten für das ärztliche Honorar und das Impfserum.

(2) Die Versicherten erhalten anteilig die Kostenerstattung für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die Erstattungshöhe ist beschränkt auf 50 % der Kosten für das Impfserum sowie 50 % der Kosten für das ärztliche Honorar (1-facher Satz nach der Gebührenordnung Ärzte/ GOÄ). Die Geschäftsstellen informieren die Versicherten darüber, für welche Schutzimpfungen Kosten übernommen werden und stellen bei Bedarf Informationsmaterial zur Verfügung. Die vorstehenden Regelungen gelten nur, soweit nicht schon ein Anspruch des Versicherten nach § 20 d Abs. 1 SGB V besteht.

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

§ 19a 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 und Verschlimmerung von Krankheiten verhindern oder verzögern. Maßnahmen mit folgender Zielsetzung sind erstattungsfähig:

- 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) Stressbewältigung/Entspannung
 - Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken
- d) Genuss- und Suchtmittelkonsum
 - Förderung des Nichtrauchens/Raucherentwöhnungsangebote
 - Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

Die Ausgestaltung dieser Leistungen orientiert sich an den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V.

(2) Die Kasse gewährt die Maßnahmen nach Abs. 1 als Sachleistung bzw. beteiligt sich an den Kosten 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 der Zuschüsse ist für alle Versicherten auf höchstens 75 Euro pro Maßnahme begrenzt. Im Rahmen von DAK-Verträgen können abweichende Zuschussregelungen vereinbart werden.

(3) Maßnahmen gleichen Inhalts werden frühestens im folgenden Kalenderjahr erneut bezuschusst.

(4) 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.

§ 20 Kuren sowie Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Übernimmt die Kasse die Kosten der Behandlung bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, beteiligt sie sich an den übrigen Kosten mit einem Zuschuss von 13,00 € täglich.

(2) Die Kasse erbringt medizinische Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation von Müttern und Vätern (§§ 24, 41 SGB V) in Einrichtungen des Muttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen (§ 111a SGB V).

(3) Die Kasse kann stationäre medizinische Vorsorgeleistungen mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Abs. 4 SGB V) erbringen. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen erbringt die Kasse in Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 Abs. 2 SGB V). Bei diesen stationären Maßnahmen bestimmt die Kasse im Einzelfall Art, Zeitpunkt und Dauer der Maßnahme sowie die in Anspruch zu nehmende Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Die entstehenden Kosten werden in Höhe der mit den Einrichtungen vereinbarten Vergütungen übernommen.

§ 21 Krankengeld - ergänzende Regelungen

Soweit bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung das Krankengeld seine Entgeltersatzfunktion nicht erfüllt, kann die Kasse die Berechnung und Zahlung des Krankengeldes im Sinne des SGB V den individuellen Erfordernissen anpassen.

§ 21a Krankengeld durch Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V

(1) Freiwillig versicherte hauptberuflich Selbstständige und Arbeitnehmer ohne Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen können die Erklärung für die Wahl des gesetzlichen Krankengeldanspruchs nur mit Wirkung vom Beginn eines auf ihren Eingang folgenden Kalendermonats an abgeben.

(2) Wird die Erklärung innerhalb von zwei Wochen nach Aufnahme der hauptberuflichen selbstständigen Tätigkeit bzw. nach Beginn der Beschäftigung abgegeben, wirkt sie ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit bzw. ab dem Beginn der Beschäftigung.

(3) Besteht bei Antragstellung oder zum Zeitpunkt des beantragten Beginns der Versicherung mit gesetzlichem Krankengeldanspruch Arbeitsunfähigkeit, beginnt die Versicherung erst nach Ende der Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch mit dem Monatsersten nach Antragstellung.

(4) Nach Abgabe der Wahlerklärung besteht ein Rücktrittsrecht. Der Rücktritt ist gegenüber der Kasse innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Wahlerklärung schriftlich zu erklären.

(5) Das Mitglied ist an seine Wahlerklärung für drei Jahre gebunden. Die Wirkung der Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V endet bereits vor Ablauf der Mindestbindungsfrist, wenn das Mitglied nicht mehr zu dem wahlberechtigten Personenkreis nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V gehört. Nach Ablauf der Bindungswirkung gilt die Wahlerklärung unbefristet weiter.

(6) Die Wahlerklärung kann mit Wirkung für die Zukunft zum Ende eines Kalendermonats schriftlich widerrufen werden, frühestens jedoch zum Ende der Bindungsfrist.

§ 22 Stationäre Hospize

(1) Im Rahmen der Verträge nach § 39 a SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, gegenüber der Kasse Anspruch auf einen Zuschuss zu den Kosten der stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird. Voraussetzung ist, dass eine ambulante Versorgung im Haushalt des Versicherten oder seiner Familie nicht erbracht werden kann.

(2) Die Höhe des Zuschusses beträgt 6 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV. Der Zuschuss darf unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Versorgungskosten nicht überschreiten.

§ 23 Haushaltshilfe

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, sofern ihnen wegen einer akuten Erkrankung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung für die Leistung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 38 Abs. 3, 4 und 5 SGB V gilt.

(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 akuten Erkrankung bereits Haushaltshilfe nach Abs. 1 von der Kasse zur Verfügung gestellt, werden diese Leistungszeiträume auf die Anspruchsdauer nach Satz 1 angerechnet, soweit sie nach dem 31. August 1998 liegen.

§ 24 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) Das Wahlrecht nach Abs. 1 ist durch schriftliche Erklärung auszuüben. An die gewählte Kostenerstattung ist der Versicherte für die Dauer von mindestens 1 Jahr gebunden.

(3) Erstattet werden höchstens die Kosten, die der Kasse bei Erbringung als Dienst- oder Sachleistung entstanden wären, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Der Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 10 v. H., mindestens jedoch 5,00 € und höchstens 50,00 €, sowie um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt. Zur Erstattung sind der Kasse die Rechnungen der Leistungserbringer einzureichen. Die Rechnungen müssen nach Zeit und Art der Leistungen aufgliedert sein. Arzt- und Zahnarztrechnungen müssen die Diagnose oder den Befund enthalten.

§ 24a Kostenerstattung in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.6.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABI EG Nr. L 49 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist.

(1) Versicherte können anstelle der Sach- und Dienstleistung auch Leistungserbringer in anderen Staaten in denen die Verordnung (EWG) Nr.

1408/71 des Rates vom 14.6.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABI EG Nr. L 49 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist 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 € und höchstens 55,00 €, 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 aufgegliedert sein. Arzt- und Zahnarztrechnungen müssen die Diagnose oder den Befund enthalten.

§ 25 zurzeit nicht belegt

§ 26 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

§ 27 Modellvorhaben

(1) Die Kasse kann zusätzlich zu den in dieser Satzung beschriebenen Leistungen Modellvorhaben mit dem Ziel der Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durchführen.

(2) Strukturmodelle nach § 63 Absatz 1 SGB V dienen der Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen. Die Weiterentwicklung erfolgt mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität und größeren Transparenz sowie zur Steigerung der Humanität, Bedarfsgerechtigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Strukturmodelle zielen insbesondere auf

- a) die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen durch Begleitung des Patienten im Behandlungsprozess (Fall-Management), die Verbesserung krankheitsspezifischer Behandlungs- und Versorgungsarten (Disease-Management) und die Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungsbereiche (Förderung von Qualitätsgemeinschaften und Ärztenetzwerken),
- b) die Weiterentwicklung bestehender und die Erprobung neuer Vergütungsformen oder
- c) die Bestimmung des Behandlungsortes.

Strukturmodelle haben zum Ziel, die gegenseitige Information und Zusammenarbeit zwischen allen am Behandlungsprozess Beteiligten zu verbessern und die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung auf der jeweils angemessenen Versorgungsebene durch Begleitung des Behandlungsprozesses zu erhöhen. Der Grundsatz der Beitragsstabilität muss gewährleistet sein. Die durch Strukturmodelle bewirkten Einsparungen können ganz oder teilweise unter den Vertragspartnern, den Beteiligten am Strukturmodell oder den am Modell beteiligten Versicherten aufgeteilt werden. Einzelheiten sind im jeweiligen Modell zu regeln.

(3) Leistungsmodelle nach § 63 Absatz 2 SGB V dienen insbesondere der Optimierung der Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie der Verbesserung der Therapieformen.

Sie haben dabei zum Ziel,

- a) bereits gesetzlich vorgesehene Leistungen weiterzuentwickeln oder
- b) zu untersuchen, in wieweit Leistungen aus Gründen einer größeren Wirtschaftlichkeit, besserer Wirksamkeit oder gesteigerter Qualität als ergänzende bzw. substituierende Leistung zur Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung geeignet sind.

(4) Die Kasse kann Modellvorhaben nach Absatz 2 und Absatz 3 allein oder zusammen mit dem vdek, anderen gesetzlichen Krankenkassen oder deren Verbänden durchführen oder die Durchführung mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbaren. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Die Modellvorhaben sind längstens auf 8 Jahre zu befristen und entsprechend § 65 SGB V im Hinblick auf die Erreichung der Ziele wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten.

Modellvorhaben sind ausgeschlossen bei:

- a) Leistungen, über deren Eignung als Leistungen der Krankenversicherung die Bundesausschüsse der Krankenversicherung eine ablehnende Entscheidung getroffen haben,
- b) Fragen der biomedizinischen Forschung sowie der Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten oder
- c) Ausschluss der Übertragbarkeit in die Routineversorgung.

(5) Modellvorhaben im Sinne des Absatzes 2 sind:

- a) Verbesserungen der Kooperation ambulanter und stationärer Leistungsbereiche oder
- b) Fall-Management bei chronischen Erkrankungen wie Schmerzerkrankungen, Asthma, Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Hauterkrankungen.
- c) Disease-Management Programme aufgrund § 137 f Abs. 1 SGB V und der Risikostrukturausgleichsverordnung. Die Kasse führt bundesweit folgende Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen durch:
 - Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 - Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs¹

Inhalt und Ausgestaltung der Modellvorhaben ergeben sich aus dem strukturierten Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige KV-Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in einer Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird. Die Modellvorhaben beginnen mit der Wirksamkeit der Programmzulassung und enden am 10. Juni 2011.

(6) zurzeit nicht belegt

(7) Die in Absatz 5 aufgezählten Modellvorhaben sind auf 8 Jahre befristet. Die Frist beginnt, sobald die das jeweilige Modellvorhaben betreffende Satzungsänderung vom Bundesversicherungsamt genehmigt und das Modellvorhaben in der Praxis angelaufen ist. Modellvorhaben enden mit Ablauf der vorgesehenen Laufzeit. Sie können vorzeitig beendet werden, wenn das ihnen zu Grunde liegende Ziel bereits erreicht worden ist oder sich herausstellt, dass es nicht erreicht werden kann.

¹ Bescheid vom Bundesversicherungsamt vom 13. Juli 2005

§ 27a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die DAK fördert gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten durch die nachfolgenden Bonusregelungen. Die gewährten Boni bestehen für Maßnahmen nach Absatz 2 und 3 in Sach- oder Geldprämie und für Maßnahmen nach den Absätzen 4 bis 6 in der Ermäßigung von gesetzlichen Zuzahlungen.

(2) Für die regelmäßige und aktive Teilnahme an:

- a) qualitätsgesicherten Maßnahmen der Primärprävention nach § 19a und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- b) Maßnahmen der Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten nach § 19 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, insbesondere 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, z.B. des Deutschen Leichtathletik-Verbandes, des Deutschen Schwimm-Verbandes, des Bundes Deutscher Radfahrer, gewährt die DAK Bonuspunkte. Voraussetzung für die Gewährung der Bonuspunkte ist jeweils die Teilnahme an mindestens zwei der o.g. Maßnahmen im Kalenderjahr.

(3) Für den Nachweis gesunder Lebensführung durch Messung von Gesundheitsindikatoren gewährt die DAK Bonuspunkte unter den folgenden Voraussetzungen:

- a) Versicherte, deren Gesundheitswerte in einer Erst- und einer Folgemessung von zugelassenen Leistungserbringern gemessen worden sind, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sich ihre Gesundheitswerte im Normbereich befinden.
- b) Die folgenden Gesundheitswerte sind zu messen: Body Mass Index, Blutdruck, Blutzucker und Cholesterin. Maximal einer dieser vier Werte kann durch die Vorlage eines Leistungsabzeichens von Verbänden des Deutschen Sportbundes oder einen Fitnesstest ausgeglichen werden. Die Grenzwerte für Gesundheitswerte, anerkannte Leistungsabzeichen und Normen für einen Fitness-Test sind im DAK-Bonuspunkte-Katalog geregelt.
- c) Der Nachweis ist in einem Bonus-Scheckheft vom Leistungserbringer einzutragen und vom Versicherten bei der DAK einzureichen.
- d) Jeweils für die Erst- und für die Folgemessung erhält der Versicherte auf Antrag Bonuspunkte. Zwischen der Erst- und der Folgemessung muss ein Zeitraum von mindestens 12 Monaten liegen.

(4) Der jeweilige Bonus wird auf Antrag gewährt. Der Anspruch auf noch nicht eingelöste Bonusleistungen erlischt mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der DAK. Die von der DAK anzurechnenden Bonuspunkte sind im DAK-Bonuspunkte-Katalog geregelt. 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.

§ 27b 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 Abs. 2 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.

(3) Der Bonus für den Arbeitgeber bemisst sich nach einem von der Kasse festgelegten Punktbewertungssystem. Er beträgt maximal jährlich 3000 € und darf die Aufwendungen des Arbeitgebers nicht überschreiten. Der Bonus wird für einen 12-Monatszeitraum gewährt. Die Gewährung erfolgt auf Antrag.

§ 27c Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung erfolgt freiwillig. 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 2 in Anspruch zu nehmen. Davon ausgenommen sind Augen- und Frauenärzte, die ohne Überweisung in Anspruch genom-

men werden können. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung. Die Versicherten sind an die Verpflichtung nach Satz 2 und an die Wahl ihres Hausarztes ein Jahr gebunden. Die Teilnahmeerklärung kann mit einer Frist von 4 Wochen vor Ablauf des Jahres schriftlich gegenüber der Kasse gekündigt werden. Nach Ablauf des Jahres kann die Erklärung mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Ein Wechsel des gewählten Hausarztes soll nur beim Vorliegen eines wichtigen Grundes erfolgen (z.B. Wohnortwechsel, Praxis-schließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses).

(2) Die Kasse führt ein Verzeichnis der regionalen Hausarztverträge, das auf der Internetseite der DAK einzusehen ist. Das Verzeichnis enthält Angaben zur Region, über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Hausärzte sowie möglicher Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen. Die DAK-Geschäftsstellen führen eine EDV-Liste der teilnehmenden besonders qualifizierten Hausärzte. Die Geschäftsstellen informieren die Versicherten darüber, in welchen Regionen Hausarztverträge bestehen und stellen bei Bedarf Informationsmaterial sowie eine Liste der teilnehmenden Hausärzte zur Verfügung. Die Liste der teilnehmenden Hausärzte kann darüber hinaus in den Geschäftsstellen eingesehen werden.

§ 27d 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 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-Tarif-Katalog, der Anlage der Satzung ist, ausgewiesen.

(2) Die DAK 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-Tarif-Katalog geregelt.

(3) Für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach §§ 63, 73b, 73c, 137f oder 140a SGB V teilnehmen, bietet die DAK jeweils Tarife

an. Tarife zu Verträgen über integrierte Versorgung nach § 140a SGB V und zu Verträgen über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V werden in Verzeichnissen geführt, die auf der Internetseite der DAK einzusehen sind. Die übrigen Tarife werden im DAK-Tarif-Katalog ausgewiesen.

(4) Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 werden für 3 Jahre 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. 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.

§ 27e 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 Tarifinhalte sind in der Anlage zu § 27e der Satzung geregelt.

Abschnitt F Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 28 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.

§ 29 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

§ 30 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften

Für den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Entgeltfortzahlung finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der DAK entsprechende Anwendung, soweit nachfolgend oder im Aufwendungsausgleichsgesetz nichts anderes bestimmt ist.

§ 31 Erstattungen

(1) Die DAK 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 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.

§ 32 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) 1,8 v. H. für den allgemeinen Erstattungssatz nach § 31 Abs. 1 Buchstabe a)
- b) 1,1 v. H. für den ermäßigten Erstattungssatz in Höhe von 50 v. H. nach § 31 Abs. 2
- c) 1,5 v. H. für den ermäßigten Erstattungssatz in Höhe von 60 v. H. nach § 31 Abs. 2
- d) 3,9 v. H. für den erhöhten Erstattungssatz in Höhe von 80 v. H. nach § 31 Abs. 2
- e) 0,2 v. H. für den Erstattungssatz nach § 31 Abs. 1 Buchstabe b).

§ 33 Verwaltung der Mittel, Betriebsmittel

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

§ 34 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 § 28 entsprechend.

Abschnitt H Bekanntmachungen, Inkrafttreten

§ 35 Bekanntmachungen

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

§ 36 Inkrafttreten

Diese Satzung tritt mit Wirkung vom 01. Januar 2010 in Kraft. Mit dem gleichen Tag verlieren die Satzungen der Vorgängerkassen Deutsche Angestellten-Krankenkasse und Hamburg Münchener Krankenkasse ihre Gültigkeit.