

Satzung vom 1. Juli 2016

in der Fassung des 52. Nachtrages
Stand: 20.07.2024



Ersatzkasse Sitz Hamburg

100-000 /07.24

Inhaltsverzeichnis

Seite

Abschnitt A Verfassung	4
§ 1 Name, Rechtsstellung, Sitz und Geschäftsgebiet	4
§ 2 Organe	4
§ 3 Verwaltungsrat	4
§ 4 Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen bei der DAK-Gesundheit	8
§ 5 Vorstand	8
§ 6 Ehrenamtliche Berater	9
§ 7 Widerspruchsausschüsse	9
Abschnitt B Mitgliedschaft	11
§ 8 Mitgliederkreis	11
§ 9 Erwerb der Mitgliedschaft	11
§ 10 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft	11
Abschnitt C Beiträge	12
§ 11 Aufbringung der Mittel	12
§ 12 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	12
§ 13 Zurzeit nicht belegt	12
§ 14 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	12
Abschnitt D Leistungen	13
§ 15 Anspruchsgrundlagen	13
§ 16 Leistungsausschluss	13
§ 17 Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten	13
§ 18 Prävention	14
§ 18a Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	15
§ 19 Zusätzliche Leistungen	15
§ 19a DAK-Plusleistungen bei Schwangerschaft und Geburt	19
§ 19b Zweitmeinung	23
§ 19c Ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer	24
§ 19d Digitale Versorgungsprodukte	25
§ 19e Zurzeit nicht belegt	26
§ 19f Stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer	26
§ 19g Erweiterte Darmkrebsvorsorge	27
§ 19h Erweiterte Brustkrebsvorsorge	27
§ 20 Krankengeld - ergänzende Regelungen	28
§ 21 Haushaltshilfe	28
§ 22 Kostenerstattung	28
§ 23 Kostenerstattung in einem anderen Mitgliedstaat der EU, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR oder der Schweiz	29
§ 24 Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen	30

Abschnitt E Weiterentwicklung der Versorgung und Wahltarife	30
§ 25 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	30
§ 26 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung	31
§ 27 Hausarztzentrierte Versorgung	32
§ 28 Wahltarife	33
§ 29 Wahltarife Krankengeld	35
Abschnitt F Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage	35
§ 30 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und der Jahresrechnung	35
§ 31 Rücklage	36
Abschnitt G Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Entgeltfortzahlung	36
§ 32 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften	36
§ 33 Erstattungen	36
§ 34 Aufbringung der Mittel, Umlagen	37
§ 35 Verwaltung der Mittel, Betriebsmittel	38
§ 36 Haushalt, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses	38
Abschnitt H Bekanntmachungen, Inkrafttreten	38
§ 37 Bekanntmachungen	38
§ 38 Inkrafttreten	39

Abkürzungen

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

Abschnitt A Verfassung

§ 1 Name, Rechtsstellung, Sitz und Geschäftsgebiet

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

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

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

§ 2 Organe

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

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

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

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

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

§ 3 Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat besteht aus 30 Mitgliedern. Der Verwaltungsrat ist mit achtundzwanzig (28) Vertreterinnen bzw. Vertretern der Versicherten und mit zwei (2) Vertreterinnen bzw. Vertretern der Arbeitgeber besetzt. Jeder Versichertenvertreter und jeder Arbeitgebervertreter verfügt über eine Stimme.

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

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

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

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

- a) Bestellung des Wahlausschusses,
- b) Wahl des Vorstandes,
- c) organisatorische Grundentscheidung über die Abgrenzung der Geschäftsbereiche der Vorstandsmitglieder,
- d) Amtsentbindung oder Amtsenthebung der Mitglieder des Verwaltungsrates sowie deren Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter; dies gilt entsprechend für die Mitglieder des Vorstandes,
- e) Feststellung, dass ein als Nachfolgerin oder als Nachfolger eines ausgeschiedenen Mitgliedes oder stellvertretenden Mitgliedes des Verwaltungsrates vorgeschlagenes Mitglied oder stellvertretendes Mitglied des Verwaltungsrates als gewählt gilt,
- f) Beschlussfassung über die festen Sätze und die Pauschbeträge für bare Auslagen und die Pauschbeträge für Zeitaufwand für Mitglieder des Verwaltungsrates,
- g) Beschlussfassung über die Zusammensetzung und den Sitz der Widerspruchsausschüsse,
- h) Bestimmung der Einspruchsstelle gemäß § 112 Abs. 2 SGB IV,

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

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

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

(6a) Sitzungen des Verwaltungsrates können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzung oder vollständig digital als Videokonferenz stattfinden. Mitglieder, die per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen und bei Vorstandswahlen. In außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrates vollständig digital als Videokonferenz stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates stellt den Ausnahmefall nach Satz 4 fest. Die DAK-Gesundheit trägt in ihrem Verantwortungsbereich dafür Sorge, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder vollständig digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der DAK-Gesundheit liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine Videokonferenz findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Situation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht. Bei öffentlichen hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch Anwesenheit im

Sitzungsraum zu ermöglichen. Bei öffentlichen vollständig digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.

(6b) In hybriden und vollständig digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Die Stimmabgabe erfolgt per Handzeichen oder über ein digitales System, das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates. Die DAK-Gesundheit trägt in ihrem Verantwortungsbereich dafür Sorge, dass bei digitalen Beschlussfassungen die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungsbereich der DAK-Gesundheit liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

(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.

(8a) Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung nach Beratung in einer Telefon-, Video- oder Hybridkonferenz schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens sechs Mitglieder des Verwaltungsrates widersprechen der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie.

(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 Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen bei der DAK-Gesundheit

Die DAK-Gesundheit nimmt am Modellprojekt nach § 194a SGB V zur Durchführung einer Online-Wahl teil. Wahlberechtigte können bei den Sozialversicherungswahlen im Jahr 2023 alternativ zu der brieflichen Stimmabgabe auch eine Stimmabgabe per Online-Wahl vornehmen.

§ 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 Vorstandmitglieder 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. Ausgenommen hiervon sind Widerspruchsbescheide aufgrund von Widersprüchen gem. § 275c Abs. 3 und 5 SGB V. Die Widerspruchsausschüsse sind auch Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 2 SGB IV und Widerspruchsstelle nach § 9 Abs. 4 IFG und nehmen die Befugnisse der Verwaltungsbehörde nach § 69 OWiG wahr.

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

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

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

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

(4a) Sitzungen der Widerspruchsausschüsse können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzung oder vollständig digital als Videokonferenz stattfinden. Mitglieder, die per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. In außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen der Widerspruchsausschüsse vollständig digital als Videokonferenz stattfinden. Ein Mitglied des Widerspruchsausschusses stellt den Ausnahmefall nach Satz 4 fest. Die DAK-Gesundheit trägt in ihrem Verantwortungsbereich dafür Sorge, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder vollständig digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der DAK-Gesundheit liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine Videokonferenz findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation oder bei besonderer Eilbedürftigkeit ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht.

(4b) In hybriden und vollständig digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Die Stimmabgabe erfolgt per Handzeichen oder über ein digitales System, das Nähere regelt die Geschäftsordnung der Widerspruchsausschüsse. Die DAK-Gesundheit trägt in ihrem Verantwortungsbereich dafür Sorge, dass bei digitalen Beschlussfassungen die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten

werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungsbereich der DAK-Gesundheit liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

(4c) Der Widerspruchsausschuss kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung nach Beratung in einer Telefon-, Video- oder Hybridkonferenz schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie.

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

Abschnitt B Mitgliedschaft

§ 8 Mitgliederkreis

Zum Kreis der bei der DAK-Gesundheit versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen können der DAK-Gesundheit nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 9 Erwerb der Mitgliedschaft

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

§ 10 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

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

Abschnitt C Beiträge

§ 11 Aufbringung der Mittel

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

(2) Im Übrigen gelten die Regelungen des SGB.

§ 12 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt monatlich 1,7 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 13 Zurzeit nicht belegt

§ 14 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

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

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

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

Abschnitt D Leistungen

§ 15 Anspruchsgrundlagen

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

§ 16 Leistungsausschluss

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

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

§ 17 Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

(1) Versicherte haben zur Verhütung von Krankheiten Anspruch auf Schutzimpfungen gegen Influenza, gegen Meningokokken bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und auf Impfungen gegen Humane Papillomviren (HPV) für Versicherte bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres soweit eine Leistungspflicht nicht bereits nach § 20i Abs. 1 SGB V besteht.

(2) Darüber hinaus übernimmt die DAK-Gesundheit die Kosten für rezeptpflichtige Arzneimittel im Rahmen der Malariaprophylaxe sowie für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind und wenn die Impfung von der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen wird. Die vorstehenden Regelungen gelten nur, soweit nicht schon ein Anspruch des Versicherten nach § 20i Abs. 1 SGB V besteht.

§ 18 Prävention

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

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

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

(2) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich an zwei Maßnahmen pro Kalenderjahr mit einem Zuschuss. Die Zuschüsse werden auf die jeweiligen Kosten der Maßnahme abzüglich eines Eigenanteils geleistet und betragen höchstens 75 Euro pro Maßnahme. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen einen Eigenanteil in Höhe von 20 v.H.; im Falle des Erreichens der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V reduziert sich der Eigenanteil auf 10 v.H. Für die Teilnahme an Kursen auf Grundlage von Verträgen, die die DAK-Gesundheit mit Anbietern von Maßnahmen nach Absatz 1 geschlossen hat, fällt keine Eigenbeteiligung an. Die DAK informiert auf www.dak.de über Kurse.

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

§ 18a Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

(1) Die DAK-Gesundheit bietet Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz selbst bzw. in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern an. Diese Angebote sollen die Versicherten dazu befähigen, ihre Gesundheitskompetenz in Bezug auf digitale Anwendungen im Gesundheitswesen und in Bezug auf digital verfügbare Informationen zu Gesundheitsfragen herzustellen oder zu verbessern. Die Leistungen sollen auch zur Verminderung und Vermeidung der Ungleichheit von Gesundheitschancen, sofern diese auf unterschiedlichen Gesundheitskompetenzen beruhen, beitragen. Die Ausgestaltung dieser Leistungen orientiert sich an den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschlossenen Festlegungen zur Umsetzung des § 20k SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Inhalt der Leistungen kann eine Vermittlung digitaler Gesundheitskompetenz in Bezug auf folgende Informationen und digitale Anwendungen sein:

- Digital verfügbare Informationen zu Gesundheitsthemen generell.
- Digitale Anwendungen im Gesundheitswesen, wie telemedizinische Angebote, die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen, die Nutzung elektronischer Patientenakten und anderen Anwendungen der Telematik-Infrastruktur.
- Informationen zu Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit im Gesundheitswesen, bei telemedizinischen und anderen digitalen Angeboten.
- Informationen zu gesundheitskompetenten Organisationen im Gesundheitswesen.

(3) Die DAK-Gesundheit bietet diese Leistung als Sachleistung im Rahmen von Verträgen mit Leistungserbringern an. Dafür schließt sie Verträge mit Anbietern von Maßnahmen nach dieser Vorschrift.

(4) Leistungen, die lediglich allgemeine Kenntnisse im Umgang mit Hard- und Software oder den Umgang mit einer konkreten Softwareanwendung vermitteln ohne Bezug zu Gesundheitsthemen sind von einer Erstattung ausgenommen.

§ 19 Zusätzliche Leistungen

(1) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen nach den folgenden Absätzen.

(2) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich auf ärztliche Veranlassung mit einem Zuschuss an osteopathischen Leistungen. Voraussetzung ist, dass die Be-

handlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen Parietale, Viszerale und Craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre. Die DAK-Gesundheit übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen pro Kalenderjahr. Erstattet werden 40,00 Euro pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind Rechnungen sowie die ärztliche Anordnung vorzulegen. Sofern die Behandlung von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt durchgeführt wird und die Voraussetzungen nach Satz 2 erfüllt sind, kann auf die ärztliche Anordnung verzichtet werden.

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

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

Die Leistung darf ausschließlich durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Fachärztinnen/Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dermatologen sowie von Fachärztinnen/Fachärzten für Allgemeinmedizin, Internistinnen/Internisten und Praktischen Ärztinnen/Ärzten erbracht werden. Fachärztinnen/Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internistinnen/Internisten und Praktische Ärztinnen/Ärzte müssen an einer zertifizierten achtstündigen Fortbildung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs erfolgreich teilgenommen haben.¹ Der Zuschuss beträgt 60,00 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Es besteht Anspruch auf eine Untersuchung alle zwei Kalenderjahre..

Zur Untersuchung gehören:

¹ Der Satz 5 wurde mit Genehmigungsbekanntmachung zum 29. Satzungsnachtrag des Bundesamts für Soziale Sicherung vom 10.02.2021 eingefügt

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

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

(5) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Anthroposophie und Phytotherapie. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt mit der Zusatzqualifikation Homöopathie oder Naturheilverfahren oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit der Zusatzqualifikation Homöopathie oder Naturheilverfahren auf Privatrezept verordnet wird und die Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Das Arzneimittel darf nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 34 Abs. 1 S. 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen sein und muss von einer zugelassenen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen worden sein. Der Zuschuss beträgt 100,00 Euro pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind der DAK-Gesundheit die ärztliche Verordnung und die Quittung der Apotheke vorzulegen. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

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

Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

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

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

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

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

(9) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich nach §§ 11 Abs. 6, 32 SGB V an den Kosten für kinesiologisches Taping bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.

tems und des Bindegewebes. Voraussetzung ist, dass die Behandlung ausschließlich durch nach § 124 SGB V zugelassene Leistungserbringer der Fachrichtung Physiotherapie als Ergänzung zu einer Heilmittelversorgung nach § 32 SGB V, oder entsprechende nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Leistungserbringer erfolgt, die erfolgreich an einem Grund- oder Einführungskurs zur Anwendung des kinesiologischen Tapings, der theoretische Grundlagen zur Wirkung und Funktionsweise, Materialkunde, Indikationen und Kontraindikationen sowie Techniken zur Anwendung vermittelt hat, teilgenommen haben und eine ärztliche Verordnung vorliegt. Der Zuschuss beträgt 30,00 Euro pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

(10) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich nach §§ 11 Abs. 6, 28 Abs. 2 SGB V zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer kieferorthopädischen Behandlung an den Kosten eines festsitzenden Frontzahnretainers (Retainer) im Ober-/Unterkiefer. Die Leistungen können nur im Anschluss an eine erfolgreich abgeschlossene kieferorthopädische Behandlung durch einen Vertragskieferorthopäden oder einen nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Kieferorthopäden in Anspruch genommen werden, sofern die Versicherten das 18. Lebensjahr zu Beginn der Behandlung noch nicht vollendet haben. Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten des Retainers ist dessen Einsetzen durch einen zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Für Reparaturleistungen wird kein Zuschuss gewährt. Der Zuschuss beträgt einmalig maximal 200 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Die Rechnung muss neben der Bezeichnung des Leistungserbringers den Namen des Versicherten sowie den Behandlungstag erkennen lassen. Die Leistungsverpflichtung der Kasse für Retainer nach den gesetzlichen Vorschriften bleibt unberührt. Der Zuschuss entfällt, sofern eine vertragliche Leistungserbringung erfolgt.

§ 19a DAK-Plusleistungen bei Schwangerschaft und Geburt

(1) Zuschuss für Leistungen

Die DAK-Gesundheit beteiligt sich über die gesetzlichen Leistungen hinaus mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den folgenden Absätzen. Der Zuschuss für diese Leistungen ist insgesamt auf 500,00 Euro pro Schwanger-/ Mutterschaft begrenzt. Zu den einzelnen Leistungen beträgt der jeweilige Zuschuss dabei nicht mehr als die nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind der DAK-Gesundheit eine spezifische Rechnung sowie einen Nachweis über die Schwangerschaft einzureichen.

(2) Teilnahme einer Begleitperson am Geburtsvorbereitungskurs

Die DAK-Gesundheit beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten der Begleitperson für die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs. Voraussetzung ist, dass die Geburtsvorbereitung durch eine/n gemäß § 134a Abs. 2 SGB V zugelassene/n oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnigte/n Hebamme / Entbindungspfleger durchgeführt wird und die Begleitperson Vater des Kindes oder (Ehe-) Partner der Versicherten ist.

(3) Leistungen im Rahmen einer Hebammenrufbereitschaft

Versicherte der DAK-Gesundheit, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme/ einen Entbindungspfleger in Anspruch nehmen, haben über die gesetzlichen Leistungen hinaus Anspruch auf Erstattung der Kosten, die in den letzten Wochen der Schwangerschaft für die Rufbereitschaft einer freiberuflich tätigen Hebamme/ eines Entbindungspflegers entstehen. Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Rufbereitschaften mehrerer oder weiterer Hebammen/Entbindungspfleger besteht nicht. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass

- a. die Versicherte während ihrer Schwangerschaft und außerdem bei der Geburt die Hilfe der Hebamme/ des Entbindungspflegers in Anspruch nimmt,
- b. die Hebamme/ der Entbindungspfleger gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringer(in) zugelassen bzw. gemäß § 13 Abs. 4 SGB V zur Versorgung der Versicherten berechnigt ist,
- c. die Rufbereitschaft eine 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme/ des Entbindungspflegers und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe umfasst.

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/ eines Entbindungspflegers als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann.

(4) Zusätzliche Schwangerschaftsuntersuchungen

Die DAK-Gesundheit beteiligt sich im Einzelfall mit einem Zuschuss an den ärztlichen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:

- a. Großer oraler Glukosetoleranztest (75-g Glukosetoleranztest) zwischen der 24. und 27. Schwangerschaftswoche für schwangere Versicherte, die aufgrund familiärer Vorbelastungen, Vorerkrankungen oder Risikofaktoren wie Übergewicht/Adipositas ein erhöhtes Risiko für einen Gestationsdiabetes mellitus aufweisen (gemäß der aktuellen S3-Leitlinie

der Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe aus dem Jahr 2018).

- b. B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35.-37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
- c. Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- d. Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- e. Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen.
- f. Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen nach § 23 SGB V durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden. Es darf sich nicht um Leistungen nach der Mutterschaftsrichtlinie handeln.

(5) Nichtverschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

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

(6) Zahnprophylaxe für werdende Eltern

Die DAK-Gesundheit übernimmt für ihre Versicherten auf der Grundlage von § 11 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 28 Abs. 2 SGB V und den nachfolgenden Regelungen die über die Regelversorgung hinausgehenden Kosten der Zahnprophylaxe für werdende Eltern. Voraussetzung ist, dass, zusätzlich

zur Beratung und Aufklärung der Schwangeren zur Bedeutung der Mundgesundheit nach § 24 d Satz 3 SGB V i.V.m. den Mutterschaftsrichtlinien, ein praktisches Training erfolgt, das die werdenden Eltern dazu befähigt, die Zahnoberflächen, insbesondere die Zahnzwischenräume, effektiv von Bakterien zu befreien. Inhalt des Trainings ist insbesondere das Erlernen einer zielführenden Anwendung der Hilfsmittel wie beispielsweise Zahnseide oder Interdentalbürsten, die gewisse fein-motorische Fähigkeiten erfordern (Reinigungstechniken). Durch dieses individuelle Zahnreinigungstraining wird notwendiges praktisches Mundgesundheitswissen vermittelt, das der jungen Familie eine nachhaltige Mundgesundheit ermöglicht.

Erstattet werden die Kosten für zwei prophylaktische Leistungen (siehe a) und b)), jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten:

- a. Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.
- b. Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen. Voraussetzung ist, dass die Behandlung ausschließlich durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Leistungserbringer erfolgt.

(7) Individuelle Beratungsleistungen im Rahmen der Mutterschaft

Die DAK-Gesundheit übernimmt für ihre Versicherten auf der Grundlage von § 11 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 24d SGB V die über die Regelversorgung und dem Vertrag nach § 134a SGB V hinausgehenden Kosten für folgende individuelle Beratungsleistungen:

- a. Zusätzliche medizinisch erforderliche Still- und Ernährungsberatungen,
- b. Ergänzende Beratungen zur schädlichen Wirkung von Nikotin- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft,
- c. Beratung zur Wahl der Entbindungsart, des Geburtsortes und möglicher daraus resultierender Vorteile und Risiken,
- d. Beratungen zum Umgang mit und der Pflege des Neugeborenen in den ersten Lebensmonaten als Grundlage für eine gesunde Entwicklung des Kindes,
- e. Beratungen zur Intensivierung der Eltern-Kind-Beziehung zur Erzielung positiver Wirkungen auf Verdauung, Schlaf und Immunsystem bei unruhigen Säuglingen.

Voraussetzung ist, dass diese Leistungen durch eine/n gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringer/in zugelassene/n oder gemäß § 13 Abs. 4 SGB V zur Versorgung berechnete/n Hebamme/Entbindungspfleger erfolgt.

(8) Nutzung digitaler Erweiterungsangebote

Nutzen schwangere Versicherte aufbauend auf den klassischen Geburtsvorbereitungskursen bzw. Rückbildungsgymnastikkursen ein digitales Erweiterungsangebot (Onlinekurs, Web- oder Appbasiert) mit dem Ziel, erworbenes Wissen über alle relevanten Themen rund um Schwangerschaft,

Geburt und Wochenbett nachhaltig zu festigen, beteiligt sich die DAK-Gesundheit auf der Grundlage von § 11 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 24d SGB V an den Kosten. Der Zuschuss beträgt jeweils 50,00 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Kosten für eine notwendige technische Ausstattung werden nicht übernommen. Voraussetzung ist, dass das Angebot von Hebammen/Entbindungspflegern unterbreitet wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sind und dass sich die digitalen Erweiterungsangebote am Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 SGB V - Anlage 1.2 „Leistungsbeschreibung zum Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe“ orientieren.

(9) Mehrkosten für Kompressionstherapie

Die DAK-Gesundheit übernimmt für ihre schwangeren Versicherten in Verbindung mit § 33 Abs. 1 SGB V die Mehrkosten von Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie. Die Mehrkosten erstrecken sich auf eine über die Regelleistung von zwei Ausstattungen hinausgehende Beschaffung von Kompressionsstrümpfen/Strumpfhosen oder eine Ausfertigung in Form oder Farbvariante, die keine Regelleistung darstellt. Des Weiteren wird eine zusätzliche Versorgung mit einer Schwangerschaftsleibbinde übernommen. Die Kosten erstrecken sich auf eine über die Regelleistung für eine Schwangerschaftsleibbinde hinausgehende Beschaffung. Voraussetzung ist, dass die Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 SGB V gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst werden und die Verordnung durch einen zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erfolgt.

(10) Professionelle Zahnreinigung für Schwangere

Die DAK-Gesundheit beteiligt sich an den Kosten für eine professionelle Zahnreinigung zur Vermeidung von Zahnfleischentzündungen/Parodontitis, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken oder eine anzunehmende Schwächung der Gesundheit mit möglicher Krankheitsfolge für die Schwangere frühzeitig abzuwenden. Voraussetzung ist, dass die Behandlung ausschließlich durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigte Leistungserbringer erfolgt.

§ 19b Zweitmeinung

(1) Die DAK-Gesundheit übernimmt über die gesetzlich geregelte Zweitmeinung nach § 27b Abs. 1 SGB V i. V. m. der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) hinaus zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten und stationären Eingriffen oder zu angeratenen Therapieempfehlungen. Der Anspruch besteht bei orthopädischen Erkrankungen, onkologischen Erkrankungen,

Empfehlung zur operativen Entfernung der Schilddrüse sowie für bestimmte intensivmedizinisch betreute Versicherte; das Nähere ist in der Anlage zu § 19b geregelt.

(2) Die Einholung der unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung erfolgt über Leistungserbringer, mit denen die DAK-Gesundheit eine Vereinbarung geschlossen hat. Die Leistungserbringer erfüllen die besonderen Anforderungen nach § 27b Abs. 2 Satz 3 SGB V i. V. m. § 7 Absatz 2 und Absatz 3 Zm-RL und garantieren eine qualitätsgesicherte, auf dem aktuellen Stand der medizinischen und medizintechnischen Erkenntnisse basierende Zweitmeinung. Die Erfüllung der Anforderungen weist der Leistungserbringer gegenüber der DAK-Gesundheit nach. Die DAK-Gesundheit führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen und veröffentlicht dieses auf www.dak.de. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die DAK-Gesundheit den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

(3) Im Zweitmeinungsverfahren holen die Versicherten durch die Zweitmeinung nach Absatz 2 eine unabhängige, neutrale ärztliche zweite Meinung ein, ob der ärztlich angeratene Eingriff oder die ärztlich angeratene Therapieempfehlung die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhalten die Versicherten eine Empfehlung (Zweitmeinung). Im Rahmen der Indikationsstellung bereits erhobene Befunde sind zu berücksichtigen, soweit sie dem Zweitmeinungserbringer von den Versicherten zur Verfügung gestellt wurden. Unabhängig von dem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es den Versicherten frei, den geplanten Eingriff oder die angeratene Therapieempfehlung durchführen zu lassen.

(4) Die DAK-Gesundheit übernimmt die Kosten für die Einholung der unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der DAK-Gesundheit abgerechnet.

§ 19c Ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

(1) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die DAK-Gesundheit mit dem Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 geschlossen hat, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet.

(2) Die DAK-Gesundheit schließt Vereinbarungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen.

gen, wobei sie sich am Bedarf ihrer Versicherten orientiert und das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beachtet. Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, können nicht Gegenstand der Vereinbarung sein. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Weitere Voraussetzung für den Abschluss einer Vereinbarung ist, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

(3) Die Kasse führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 geschlossen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistung und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.dak.de veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch können Inhalte des Verzeichnisses den Versicherten in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.

(4) Bei Kostenerstattung besteht höchstens ein Anspruch in Höhe der Vergütung, die die DAK-Gesundheit bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen.

§ 19d Digitale Versorgungsprodukte

(1) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme von digitalen Versorgungsprodukten. Der Zuschuss beträgt höchstens 300 Euro je Versicherten im Kalenderjahr und wird auf die jeweiligen Kosten des digitalen Versorgungsproduktes abzüglich eines Eigenanteils geleistet. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen einen Eigenanteil in Höhe von 20 v.H. Kosten für eine ärztliche Verordnung sind mit dem jeweiligen Zuschuss abgegolten.

(2) Voraussetzungen für eine Kostenerstattung für Leistungen nach Abs. 1 sind:

- a) Das digitale Versorgungsprodukt wurde in das Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Versorgungsprodukte der DAK-Gesundheit aufgenommen, welches als Anlage zu diesem Paragraphen Bestandteil der Satzung ist,
- b) ein zugelassener Arzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat das digitale Versorgungsprodukt der Satzungsanlage verordnet,

- c) es wurde vor der Inanspruchnahme der Leistung ein Antrag auf Kostenübernahme unter Vorlage der ärztlichen Verordnung gegenüber der DAK-Gesundheit gestellt und von der DAK-Gesundheit genehmigt,
- d) es wird eine spezifizierte Rechnung vorgelegt,
- e) die Versicherten sind in der sicheren Anwendung des digitalen Versorgungsprodukts geschult.

(3) In das Verzeichnis nach Abs. 2 Buchst. a) werden ausschließlich Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V aufgenommen, die nachfolgende Voraussetzungen erfüllen:

- a) Es handelt sich um zulässige Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz – (MPG),
- b) die anwendbaren Bestimmungen des Datenschutzes und der Datensicherheit sind eingehalten,
- c) das digitale Versorgungsprodukt dazu geeignet ist, den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern bzw. die Auswirkungen der Krankheit zu vermeiden.

Das Verzeichnis enthält Angaben darüber, für welche Erkrankungen eine Kostenübernahme erfolgt. Dabei werden die Erkrankungen mit speziellen international anerkannten ICD-Codes näher definiert.

§ 19e Zurzeit nicht belegt

§ 19f Stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

(1) Die DAK-Gesundheit übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V.

Voraussetzungen dafür sind:

- a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
- b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
- c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
- d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der DAK-Gesundheit vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
- e) die DAK-Gesundheit hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

(2) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

(3) Mit der Zustimmung nach Abs. 1 Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die DAK-Gesundheit sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§ 19g Erweiterte Darmkrebsvorsorge

(1) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich auf der Basis von §§ 11 Absatz 6, 23 SGB V im Einzelfall an den Kosten für eine Untersuchung auf Darmkrebs (immunologischer Stuhltest) für Versicherte ab dem 40. Lebensjahr bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Voraussetzungen sind, dass die Behandlung durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Leistungserbringer erfolgt oder veranlasst wird, und dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Risikofaktoren sind z.B.:

- a. Vorliegen einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung;
- b. Vorliegende Darmkrebs-Erkrankung Verwandter ersten Grades (Eltern, Geschwister, Kinder).

(2) Der Zuschuss beträgt 40,00 Euro, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.

§ 19h Erweiterte Brustkrebsvorsorge

(1) Die DAK-Gesundheit beteiligt sich auf der Basis von §§ 11 Absatz 6, 23 SGB V im Einzelfall an den Kosten für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU). Voraussetzung ist, dass nach ärztlicher Bestätigung bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Derartige Risikofaktoren sind insbesondere eine hohe mammographische Dichte der Brustdrüse und eine Erkrankung naher Verwandter (Eltern, Geschwister) an Brustkrebs. Zudem ist Voraussetzung, dass die Untersuchung von einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst wird.

(2) Die DAK-Gesundheit übernimmt die Kosten im Rahmen dieser Vorschrift in voller Höhe. Zur Erstattung ist eine spezifizierte Rechnung vorzulegen. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal im Kalenderjahr.

§ 20 Krankengeld - ergänzende Regelungen

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

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

§ 21 Haushaltshilfe

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

§ 22 Kostenerstattung

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

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

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

und Zeit der Leistungen aufgegliedert sein. Arzt- und Zahnarztrechnungen müssen die Diagnose oder den Befund enthalten.

(4) Versicherte können gemäß § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V ein anderes Arzneimittel als eines der vier 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 in Höhe von 35% auf den Apothekenabgabepreis berücksichtigt. Die gesetzliche Zuzahlung und der Verwaltungskostenabschlag sind ebenfalls in Abzug zu bringen. Absatz 2 findet keine Anwendung.²

§ 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) Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die DAK-Gesundheit bei Erbringung als Dienst- oder Sachleistung im Inland zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Für jede eingereichte Rechnung eines Leistungserbringers wird der Erstattungsbetrag ermittelt und anschließend um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H. sowie um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt. Zur

² Änderungen des 33. Nachtrages zu § 22 Abs. 4 treten mit Wirkung vom 01.01.2022 in Kraft.

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 bietet ihren Versicherten die Teilnahme am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten an. Die Teilnehmer erhalten einen Bonus, wenn sie Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V in Anspruch nehmen, oder wenn sie regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen. Näheres wird in der Anlage zu § 25 geregelt.

(2) Die Teilnahme ist freiwillig und vom Versicherten zu erklären; bei Minderjährigen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres ist die Erklärung des gesetzlichen Vertreters erforderlich. Der Teilnahmezeitraum beginnt zum Ersten des Kalenderjahres der Teilnahmeerklärung, jedoch nicht vor Beginn der Mitgliedschaft.

(3) Der Bonus wird in Form von Punkten gutgeschrieben, wobei ein Punkt dem Gegenwert von 1 Euro entspricht. Nach Wahl des Versicherten wird der Bonus in bar ausgezahlt oder in Form eines zweckgebundenen Zuschusses für in Anspruch genommene Sach- oder Dienstleistungen gemäß der Anlage zu § 25 „Gesundheitsleistungen“ gewährt.

(4) Der Anspruch auf Auszahlung eines Bonus oder Gewährung eines Zuschusses entsteht durch Antrag und Vorlage der Nachweise über die Inanspruchnahme von Bonusmaßnahmen und Gesundheitsleistungen und richtet sich nach den zum Antragszeitpunkt geltenden Bedingungen. Die Nach-

weise für die Inanspruchnahme von Bonusmaßnahmen erfolgen durch Bestätigung eines Arztes, Zahnarztes oder anderen Leistungserbringers. § 65a Abs. 1 Satz 2 und Abs. 1a Satz 2 SGB V gilt. Der Tag der Maßnahme bzw. das Rechnungsdatum darf zum Zeitpunkt der Beantragung des Bonus nicht mehr als 24 Monate zurückliegen.

(5) Der Versicherte kann seine Teilnahme am Bonusprogramm jederzeit durch Erklärung beenden. Werden in zwei aufeinander folgenden Teilnahmejahren keine Nachweise eingereicht, endet die Teilnahme zum Ende des jeweiligen zweiten Teilnahmejahres. Mit dem Ende der Teilnahme verfallen die gesammelten Bonuspunkte, wenn nicht vorher ein Antrag auf Barauszahlung oder Umtausch in einen zweckgebundenen Zuschuss gestellt wurde. Abweichend hiervon verfallen von minderjährigen Teilnehmern erworbene, aber nicht beantragte Bonuspunkte erst mit Ablauf von zwei Jahren nach Vollendung des 18. Lebensjahres.

(6) Mit dem Ende der Versicherung bei der DAK-Gesundheit verfallen alle Bonusansprüche.

(7) Für Versicherte, die am Gesundheitsbonus für Kinder und Jugendliche nach § 25a der Satzung der DAK-Gesundheit in der Fassung vom 01.01.2015 teilgenommen haben, gelten die bisherigen Satzungsregelungen fort; siehe „Anlage zu § 25 Abs. 7“.

§ 26 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

(1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn er ein mit der DAK-Gesundheit vereinbartes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführt. Dabei erfolgt die Ausgestaltung des Programms nach den Handlungsfeldern und Kriterien des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des § 20b SGB V. Zur Durchführung der Teilnahme schließt die DAK-Gesundheit mit dem Arbeitgeber eine Vereinbarung, die die Voraussetzungen der Bonusgewährung, deren Nachweise sowie die Höhe und die Auszahlung des Bonus regelt.

(2) Voraussetzungen für den Bonus sind, dass

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

(3) Der Bonus für den Arbeitgeber ist auf maximal jährlich 3.000 Euro begrenzt.

(4) Versicherten der DAK-Gesundheit wird bei Teilnahme an mindestens einer qualitätsgesicherten und zertifizierten Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung, die ihr Arbeitgeber aufgrund des mit der DAK-Gesundheit vereinbarten Programms nach Absatz 1 in den Handlungsfeldern

1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
2. Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
3. Suchtprävention im Betrieb oder
4. Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

anbietet, ein Bonus in Höhe von 35 Euro für das Kalenderjahr gewährt. Eine Teilnahme von mindestens 80% an der Maßnahme muss nachgewiesen werden. Die Auszahlung erfolgt auf Antrag nach Abschluss der durchgeführten Maßnahme.

§ 27 Hausarztzentrierte Versorgung

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

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

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

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

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

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

§ 28 Wahltarife

(1) Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können jeweils für ein Jahr einen Teil der von der DAK-Gesundheit zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt) und einen Selbstbehalttarif vereinbaren. Der Selbstbehalt gilt für die Aufwendungen des Mitglieds. Die im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und 4, §§ 24 bis 24b, sowie zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Abs.1 Satz 4 SGB V und Leistungen für mitversicherte Familienangehörige nach § 10 SGB V bleiben unberücksichtigt. Die Selbstbehalttarife mit Angaben über Sach- oder Barprämien werden im DAK-Gesundheit-Tarif-Katalog, der Anlage der Satzung ist, ausgewiesen.

(2) Die DAK-Gesundheit gewährt ihren Mitgliedern, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, als Wahltarif nach § 53 Abs. 2 SGB V eine Prämienzahlung. Voraussetzung für die Zahlung der Prämie ist, dass im betreffenden Jahr keine Leistungen in Anspruch genommen wurden. Die im Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2, §§ 24 bis 24b, sowie zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Abs.1 Satz 4 SGB V und Leistungen für mitversicherte Familienangehörige nach § 10 SGB V, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt. Einzelheiten werden im DAK-Gesundheit-Tarif-Katalog geregelt.

(3) Die Teilnahme an einem Wahltarif nach Abs. 1 und 2 ist ausgeschlossen, wenn und solange

- bereits Beitragsfreiheit vorliegt (§§ 224 und 225 SGB V),
- der Leistungsanspruch gesetzlich ruht oder ausgeschlossen ist,
- ein Beitragsrückstand besteht.

Eine Beitragsfreiheit, die längstens für einen Zeitraum von 3 Monaten besteht, ist davon unberührt.

(4) Wahltarife nach Absatz 1 werden für 3 Jahre, Wahltarife nach Abs. 2 für ein Jahr, vereinbart und sind mit einer Frist von 3 Monaten kündbar. Während dieser Bindungsfrist kann die Mitgliedschaft nicht gekündigt werden. Wird der Tarif nicht gekündigt, verlängert er sich um ein weiteres Jahr. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft nicht möglich. Bei Eintritt von besonderen Härtefällen, insbesondere wenn im Laufe der Bindungsfrist Dritte überwiegend die Beiträge aufbringen, kann der Versicherte den Wahltarif kündigen (Sonderkündigungsrecht). Die Kündigung wirkt jeweils zum Ende des laufenden Quartals. Das Sonderkündigungsrecht besteht auch, wenn die Tarifbedingungen des Wahltarifes verändert werden. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat ab Bekanntgabe der neuen Tarifbedingungen. § 175 Absatz 4 S. 1 und 5 SGB V gilt. Unabhängig von der Mindestbindungs- bzw. Verlängerungsfrist endet die Teilnahme bei

- Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes gleichzeitig mit deren Ende,
- Beitragsfreiheit wegen Erziehungs- oder Elterngeldbezug (§ 224 Abs. 1 SGB V) mit dem Tag vor Beginn der Beitragsfreiheit,
- gesetzlich ruhendem oder ausgeschlossenen Leistungsanspruch mit dem Tag vor Beginn des Leistungsruhens bzw. -ausschlusses,
- rückständigem Beitrag mit dem Tag vor Beginn des Zeitraums, für den der Beitragsrückstand besteht.

Tarife nach Abs. 1 und 2, die nur vorübergehend, d. h. grundsätzlich nicht länger als 3 Monate, unterbrochen werden, ruhen. Für diesen Zeitraum besteht anteilig kein Anspruch auf die in der Anlage zu § 28 „DAK-Gesundheit-Tarif-Katalog“ näher benannten Prämien. Auch der jeweilige Selbstbehalt verringert sich für diesen Zeitraum entsprechend.

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

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

b) Die DAK-Gesundheit bietet ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V an. Die Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen ist für die Versicherten freiwillig. Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassenen Fassung.

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

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

§ 29 Wahltarife Krankengeld

Hauptberuflich Selbstständige, Beschäftigte, die nicht für mindestens 6 Wochen einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben und nach dem Künstler- sozialversicherungsgesetz (KSVG) versicherungspflichtige Künstler und Publizisten können das Risiko des Einkommensverlustes wegen Arbeitsunfähigkeit mit einem Wahltarif Krankengeld absichern. Die Tarifinhalte sind in der Anlage zu diesem Paragrafen, die Gegenstand der Satzung ist, geregelt.

Abschnitt F Jahresrechnung, Prüfung, Rücklage

§ 30 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und der Jahresrechnung

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

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

(3) Der Verwaltungsrat kann außerordentliche Prüfungen verlangen.

§ 31 Rücklage

Die Rücklage der Kasse beträgt 20 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 Fälligkeitstermin der Umlagen für den Monat 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) 2,8 v. H. für den allgemeinen Erstattungssatz nach § 33 Abs. 1 Buchstabe a)
- b) 2,1 v. H. für den ermäßigten Erstattungssatz in Höhe von 50 v. H. nach § 33 Abs. 2
- c) 2,3 v. H. für den ermäßigten Erstattungssatz in Höhe von 60 v. H. nach § 33 Abs. 2
- d) 4,2 v. H. für den erhöhten Erstattungssatz in Höhe von 80 v. H. nach § 33 Abs. 2
- e) 0,37 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 Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) im Internet (<http://www.dak.de>) öffentlich bekannt gemacht.

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

§ 38 Inkrafttreten

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