



AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

SATZUNG

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung, Zusammenwirken im AOK-System	5
§ 1 Name, Sitz und Bezirk.....	5
§ 2 Aufgabenstellung	5
Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis	6
§ 3 Mitglieder.....	6
§ 4 Familienangehörige.....	6
§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft	6
Dritter Abschnitt: Leistungen	7
§ 6 Art und Umfang der Leistungen	7
§ 7 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge	8
§ 8 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe.....	8
§ 9 Primäre Prävention durch Schutzimpfungen	8
§ 10 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen	8
§ 11 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter.....	8
§ 12 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe.....	9
§ 12a Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V.....	9
§12b Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.....	9
§ 12c Hebammenrufbereitschaft.....	9
§ 12d Ohne Inhalt.....	10
§12e Künstliche Befruchtung	10
§ 12f Gesundheitskonto	10
§ 12g Spezielle Ärztliche Zweitmeinung	12
§ 13 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V	13
§ 14 Kostenerstattung	14
§ 15 Versicherung der dienstordnungsmäßig Angestellten (DO-Angestellte).....	15
§ 16 Empfangsberechtigung	15
§ 17 Leistungsausschluss	15
§ 18 Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung und besonderer Versorgung	15
§ 19 Ohne Inhalt.....	16
Vierter Abschnitt: Wahltarife/Weiterentwicklung der Versorgung.....	16
§ 20 Wahltarif Selbstbehalt	16
§ 21 Wahltarif für Teilnahme an besonderen Versorgungsformen	17
§ 22 Krankengeld-Wahltarif.....	18
§ 23 Wahltarif Kostenerstattung bei Zahnersatz.....	21
§ 24 Wahltarif Teilkostenerstattung.....	23
§ 25 Wahltarif AGIDA.....	24
§ 26 Wahltarif Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt	27
§ 27 Ohne Inhalt.....	30
§ 28 Wahltarif 1 & 2-Bettzimmer	31
§§ 29 – 31 ohne Inhalt	34

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

§ 32 AOK-Bonusprogramm Meine Leistung plus.....	34
§ 33 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten – BONUS fit/AOK-Programm Kinderbonus.....	36
§ 34 Bonus für Arbeitgeber bei Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung –	38
BUSINESS fit	38
§ 35 Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen.....	38
§§ 36 und 38 ohne Inhalt	39
Fünfter Abschnitt: Beiträge	39
§ 39 Beitragssätze.....	39
§ 40 Zusatzbeitrag.....	39
§ 41 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder	39
§ 42 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	39
§ 43 Ohne Inhalt.....	39
§ 44 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge	39
§ 45 Vorschüsse.....	39
§ 46 Erstattung von Beiträgen.....	40
§ 47 und 48 ohne Inhalt	40
Sechster Abschnitt: Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle.....	40
§ 49 Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle	40
Siebter Abschnitt: Organe	40
§ 50 Organe der AOK	40
§ 51 Verwaltungsrat und seine Mitglieder.....	40
§ 52 Aufgaben des Verwaltungsrates	42
§ 53 Vorstand.....	43
§ 54 Vertretung der AOK.....	44
§ 55 Beratende Gremien.....	44
§ 56 Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder.....	44
Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel	44
§ 57 Rücklage	44
§ 58 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Abnahme der Jahresrechnung.....	44
Neunter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	45
§ 59 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	45
Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und In-Kraft-Treten.....	45
§ 60 Bekanntmachungen/Veröffentlichungen	45
§ 61 In-Kraft-Treten.....	45
Anhang 1 zur Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen.....	46
Erster Abschnitt: Maßgebende Rechtsnormen	46
§ 1 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen	46
Zweiter Abschnitt: Beteiligte Arbeitgeber	46
§ 2 Beteiligte Arbeitgeber	46
Dritter Abschnitt: Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber	46

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

§ 3 Erstattungen	46
§ 4 Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen	47
§ 5 Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	47
Vierter Abschnitt: Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage	47
§ 6 Aufbringung der Mittel, Umlage	47
§ 7 Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern	47
Fünfter Abschnitt: Verwaltung der Mittel	48
§ 8 Verwaltung der Mittel	48
Sechster Abschnitt: Verwaltungsrat	48
§ 9 Verwaltungsrat	48
Siebter Abschnitt: Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle	48
§ 10 Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle	48
Achter Abschnitt: In-Kraft-Treten	48
§ 11 In-Kraft-Treten	48
Anhang 2	49
Entschädigungsregelung für die ehrenamtlich Tätigen in der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen	49
II	50
III	51
Anhang 3	52
1. Versichertenälteste/Vertrauensleute	52
Anhang 4	52

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung, Zusammenwirken im AOK-System

§ 1 Name, Sitz und Bezirk

- (1) Die Krankenkasse führt den Namen

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

und hat ihren Sitz in Bad Homburg.

- (2) Der Bezirk der AOK umfaßt das Gebiet des Bundeslandes Hessen.
(3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

§ 2 Aufgabenstellung

- (1) ¹Die AOK versteht sich als Gesundheitskasse. ²Aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.
- (2) ¹Die AOK unterstützt die Versicherten für deren Gesundheit mitverantwortlich zu sein. ²Die Versicherten sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. ³Dabei hilft ihnen die AOK durch Aufklärung, Beratung und Leistungen.
- (3) Die AOK berät und unterstützt die Arbeitgeber ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.
- (4) ¹Die AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes wahr. ²Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes. ³Die vom GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92 und 282 SGB V sind für die AOK verbindlich.
- (5) ¹Die AOK wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik im Lande mit. ²Sie setzt sich für bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgungsstrukturen und für eine ausgewogene Mitglieder- und Risikostruktur sowie für eine qualifizierte Kostensteuerung im Gesundheitswesen ein.
- (6) Die AOK wirkt bei Leistungserbringern und Versicherten durch Verträge, Information und Beratung auf eine qualitätsgebundene preisgünstige Versorgung hin.
- (7) Die AOK kann anderen Verbänden, Vereinigungen, Arbeitsgemeinschaften und sonstigen Organisationen beitreten oder solche bilden, die Aufgaben oder Interessen der AOK oder der Sozialversicherung mit sozial- oder gesundheitspolitischer Zielsetzung wahrnehmen.
- (8) Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitet die AOK mit den anderen Landesverbänden der Krankenkassen und mit Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen.

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

§ 3 Mitglieder

(1) Als versicherungspflichtige Mitglieder können bei der AOK versichert sein

- Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte sowie
- die anderen in § 5 SGB V genannten Personen,

wenn sie die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllen und nicht nach den §§ 6 bis 8 SGB V versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.

(2) ¹Als freiwillige Mitglieder können bei der AOK versichert sein

- Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
- Personen, deren Familienversicherung erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,
- Schwerbehinderte Menschen i. S. des § 2 Abs. 2 SGB IX, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beigetreten sind,
- Arbeiter und Angestellte, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete,
- Spätaussiedler und deren Ehegatten und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 Satz 1 BVFG, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,

wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind. ²Freiwillige Mitglieder sind auch solche Personen, die vor dem 1. Januar 1989 ihre Mitgliedschaft begründet haben.

³Der AOK können auch freiwillige Mitglieder anderer Krankenkassen beitreten.

(3) Für die Wahl der Mitgliedschaft bei der AOK und die Ausübung des Wahlrechts gelten die §§ 173 bis 175 SGB V.

§ 4 Familienangehörige

Als Familienangehörige sind bei der AOK versichert

Ehegatten, Lebenspartner und Kinder der Mitglieder sowie Kinder von familienversicherten Kindern,

wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Personen beginnt, soweit sich aus § 186 Abs. 10 und 11 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht (versicherungspflichtige Mitglieder).

(2) Die Mitgliedschaft versicherungsberechtigter Personen beginnt, sofern sich aus § 188 Abs. 2 und Abs. 4 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag ihres Beitritts (freiwillige Mitglieder).

(3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt, mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt.

(4) ¹Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet im Falle des Austritts zwei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt. ²Die Mitgliedschaft kann mit Ablauf des

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

Tages beendet werden, der dem Tag vorausgeht, an dem die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind oder das Mitglied seinen Wohnsitz im Ausland nimmt.

- (5) ¹Bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen nach § 53 SGB V kann die Mitgliedschaft abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 SGB V gekündigt werden. ²Die Bindungsfrist von 18 Monaten nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V sowie die sich aus der Teilnahme an Wahlтарifen ergebenden besonderen Mindestbindungsfristen (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V) für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gelten nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.

Dritter Abschnitt: Leistungen

§ 6 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Die AOK wirkt darauf hin, dass
- ihre Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise und umfassend und schnell erhalten,
 - die zur Leistungserbringung erforderlichen Personen, Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen und
 - der Zugang zu den Leistungen einfach gestaltet wird.
- (2) Die Versicherten können nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieser Satzung in Anspruch nehmen:
1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung, insbesondere Prävention, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten,
 2. bei Krankheit
 - a) Krankenbehandlung, insbesondere
 - ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 - zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
 - Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
 - Soziotherapie
 - spezialisierte ambulante Palliativmedizin
 - Krankenhausbehandlung und stationäre und ambulante Hospizleistungen,
 - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
 - b) strukturierte Behandlungsprogramme,
 - c) Krankengeld,
 3. bei Schwangerschaft und bei Mutterschaft
 - ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
 - Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln,
 - Entbindung,
 - häusliche Pflege und Haushaltshilfe,
 - Mutterschaftsgeld,
 4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch nach § 24b SGB V,
 5. Beratung und Information zu ihren Rechten als Patienten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen,
 6. Unterstützung bei Behandlungsfehlern.

§ 7 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

¹Die AOK kann nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften den Versicherten Zusatzversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln. ²Sie regelt in Verträgen mit einem oder mehreren privaten Krankenversicherungsunternehmen die Einzelheiten der Vermittlung, insbesondere Gegenstand und Durchführung.

§ 8 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

(1) ¹Die AOK stellt Leistungen zur Primärprävention zur Verfügung, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem von dem GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfaden entsprechen. ²Diese Leistungen umfassen den individuellen Ansatz und den Lebensweltenansatz (Settingansatz). Sie beinhalten insbesondere Handlungsfelder des individuellen Ansatzes:

- Bewegungsgewohnheiten,
- Ernährung,
- Stressreduktion/Entspannung,
- Suchtmittelkonsum.

³Im Lebensweltenansatz liegt der Schwerpunkt auf gesundheitsfördernden Schulen und Kindertagesstätten.

(2) ¹Die AOK erbringt Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V. ²Die AOK unterstützt die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach Maßgabe des § 20c SGB V.

(3) Die AOK fördert die Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V.

§ 9 Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

Die AOK kann auch außer in den in § 20i Abs. 1 SGB V genannten Fällen die Kosten von Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten nach Maßgabe des Anhangs 4 übernehmen oder Zuschüsse leisten, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind.

§ 10 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

¹Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V) zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss von 16,00 Euro täglich. ²Für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 Euro täglich.

§ 11 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

(1) Die AOK übernimmt bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Vorsorgeleistung (§ 24 SGB V) oder einer Leistung der Rehabilitation (§ 41 SGB V) in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung die Kosten in Höhe des vereinbarten Pflegesatzes.

(2) Wird die Leistung als Mutter-Kind-Maßnahme oder als Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt, gilt Absatz 1 für das Kind entsprechend.

§ 12 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

¹Außer in den in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen stellt die AOK Haushaltshilfe auch dann zur Verfügung, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts

1. wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder
2. wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen

nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, längstens jedoch für die Dauer von 52 Wochen, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. ²Liegen zugleich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 38 Abs.1 SGB V vor, gehen diese Leistungen den Leistungen nach Satz 1 vor und sind bei der Anspruchshöchstdauer nach Satz 1 zu berücksichtigen.

³Darüber hinaus kann die AOK in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung stellen.

§ 12a Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

¹Die AOK gewährt Ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. ²Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen (§12b bis §12f). ³Sollten einzelne der genannten Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Zukunft ausgeschlossen werden, entfallen die entsprechenden Regelungen mit sofortiger Wirkung.

§ 12b Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

- (1) Die AOK beteiligt sich über die in § 24c und in § 24d SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus an den Kosten für nachfolgende von zugelassenen Ärzten durchgeführte, veranlasste oder direkt von der Versicherten initiierte Leistungen:
 - 3D- oder Farbdoppler-Ultraschall
 - B-Streptokokken-Test
 - Feststellung der Antikörper gegen Ringelröteln und Windpocken
 - PH-Wert-Selbsttests
 - Zytomegalie-Test
- (2) Außerdem beteiligt sich die AOK auch an folgenden Kosten für die AOK-versicherte Begleitperson:
 - Teilnahme am von Hebammen geleiteten Geburtsvorbereitungskurs für die bei der Geburt anwesende, AOK versicherte Begleitperson (bspw. Ehegatte, Kindsvater)
 - Unterbringung einer bei der AOK versicherten Begleitperson im Familienzimmer der stationären Einrichtung
- (3) Die AOK erstattet entweder der Versicherten oder der AOK-versicherten Begleitperson im Rahmen einer Schwangerschaft bzw. im Zusammenhang mit der Entbindung insgesamt maximal 100 Euro nach Vorlage der Rechnungen.
Die AOK-versicherte Begleitperson erhält die Erstattung auch dann, wenn die Schwangere nicht AOK-versichert ist.

§ 12c Hebammenrufbereitschaft

- (1) Die AOK erstattet ihren Versicherten die Kosten der Rufbereitschaft einer freiberuflich tätigen Hebamme
 - bei Geburten im Geburtshaus

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- bei einer Hausgeburt
- bei einer stationären Entbindung (keine Kostenübernahme für freiberufliche Beleghebammen im Schichtdienst),

in den letzten 3 Wochen vor und 2 Wochen nach dem mutmaßlichen Entbindungstermin entstehen.

- (2) ¹Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. ²Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.
- (3) ¹Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 Euro je Schwangerschaft. ²Eine zusätzliche Kostenübernahme für eine Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme erfolgt nicht. ³Für die Kostenerstattung sind ein Nachweis über die vereinbarte persönliche Betreuung durch die Hebamme und die Rechnung über die Kosten der Rufbereitschaft einzureichen.

§ 12d Ohne Inhalt

§12e Künstliche Befruchtung

¹Die AOK Hessen übernimmt abweichend von § 27 a Abs. 3 S.3 SGB V 100% der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten abzüglich der Kosten, die nach Bundes- oder Landesrecht von Dritten zu tragen sind.

²Eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift erfolgt nur, wenn beide Ehepartner bei der AOK Hessen versichert sind. ³Im Fall eines Wechsels zur AOK Hessen während einer begonnenen Behandlung ist ein neuer Behandlungsplan zur Genehmigung einzureichen, der als Grundlage für eine Kostenerstattung ab dem Mitgliedschaftsbeginn dient. ⁴Leistungen anderer Krankenkassen sind anzurechnen.

⁵Zur Erstattung der Leistungen reichen die Versicherten einen Nachweis über die ihnen entstandenen Kosten in Form einer Rechnung ein. ⁶Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27 a SGB V unberührt.

§ 12f Gesundheitskonto

- (1) ¹Die AOK stellt ihren Versicherten im Rahmen eines Gesundheitskontos Mehrleistungen zur Verfügung. ²Die Summe der Leistungen nach den Absätzen 2-10 darf hierbei einen Gesamtwert von 400 € nicht übersteigen.

³Zur Erstattung sind entsprechende Nachweise vorzulegen. ⁴Das Guthaben bzw. Restguthaben ist nicht auf andere Versicherte, auch nicht auf Familienangehörige sowie auf das folgende Kalenderjahr übertragbar.

⁵Näheres zu Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergibt sich aus den nachfolgenden Absätzen.

- (2) ¹Versicherte im Alter von 25 bis einschließlich 34 Jahren können den Check-up 35 nach § 25 Abs. 1 SGB V in Anspruch nehmen. ²Der Inhalt richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten in der jeweils gültigen Fassung.

³Voraussetzung ist, dass die Leistung durch zugelassene Leistungserbringer erbracht wird.

⁴Die AOK übernimmt die Kosten bis zu 50,00 EUR. Eine Kostenerstattung ist alle zwei Kalenderjahre möglich.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- (3) ¹Versicherte im Alter von 18 bis einschließlich 34 Jahren können das Hautkrebs-Screening in Anspruch nehmen. ²Der Inhalt richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen.
- ³Voraussetzung ist, dass die Leistung durch zugelassene Leistungserbringer erbracht wird.
- ⁴Die AOK übernimmt die Kosten bis zu 40,00 EUR. Eine Kostenerstattung ist alle zwei Kalenderjahre möglich.
- (4) ¹Versicherte haben Anspruch auf homöopathische Erstanamnese und homöopathische Folgeanamnese, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
- ²Voraussetzung ist, dass die Leistung von Vertragsärzten mit der Zusatzqualifikation Homöopathie erbracht wird und nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen ist und nicht bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.
- (5) ¹Versicherte haben Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie.
- ²Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel
- von einem Vertragsarzt mit der Zusatzqualifikation Homöopathie auf einem Privatrezept verordnet wurde und
 - medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen ist.
- ³Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bleibt unberührt.
- ⁴Die AOK übernimmt die Kosten nach den Absätzen 4 und 5 insgesamt bis zu 240,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten.
- (6) ¹Versicherte können die Leistungen für eine Lachgas-Sedierung bei Extraktion der Weisheitszähne zur Erstattung einreichen. Voraussetzung ist, dass
- der Versicherte am Tag der Behandlung das 26. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
 - die Behandlung in direktem Zusammenhang mit der Extraktion von mindestens einem Weisheitszahn steht und
 - die Behandlung durch einen zugelassenen Leistungserbringer erfolgt.
- ²Die AOK übernimmt die Kosten insgesamt bis zu 100,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten.
- (7) ¹Versicherte können die Kosten für den Kurs Mamma Care zur Erstattung einreichen. Mamma Care ist eine Methode zum Erlernen und Verbessern von Tastvermögen, um die klinische Brustuntersuchung und Brustselbstuntersuchung zu optimieren.
- ²Voraussetzung ist, dass der Kurs durch eine zertifizierte Mamma Care Trainerin geleitet wurde.
- ³Die AOK übernimmt die Kosten bis zu 30,00 EUR je Kurs.
- (8) ¹Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
- ²Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

(mit abgeschlossener Weiterbildung zum Osteopathen) ist oder eine osteopathische Ausbildung abgeschlossen hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

³Die AOK übernimmt die Kosten für maximal 3 Sitzungen pro Kalenderjahr und Versicherten.

⁴Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 50 Euro pro Sitzung (max. 150 Euro je Kalenderjahr). ⁵Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie eine formlose ärztliche Bescheinigung vorzulegen. ⁶Eventuell anfallende Kosten für das Ausstellen einer formlosen ärztlichen Bescheinigung werden nicht übernommen und sind vom Versicherten selbst zu tragen. ⁷Der Arzt ist gesetzlich nicht verpflichtet, die Bescheinigung auszustellen.

(9) ¹Versicherte können die Kosten von Schutzimpfungen aus Anlass von privaten Reisen nach § 20i Abs. 2 SGB V sowie die Kosten der Malaria-Prophylaxe zur Erstattung einreichen.

²Folgende Reiseschutzimpfungen können erstattet werden:

- Choleraimpfung
- FSME-Impfung
- Gelbfieberimpfung
- Hepatitisimpfung (Hepatitis A oder Hepatitis B oder Kombinationsimpfung)
- Impfung gegen Japanische Enzephalitis
- Meningokokken-Meningitis-Impfung
- Tollwutimpfung
- Typhusimpfung

³Die AOK übernimmt die Kosten bis zu 200,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten.

(10) ¹Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V auch darüber hinaus, haben nach Maßgabe der folgenden Sätze Anspruch auf Erstattung von Kosten für eine Zahnversiegelung, die von zugelassenen Leistungserbringern durchgeführt wird.

²Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die kieferorthopädische Behandlung zur zahnärztlichen Behandlung gemäß § 28 SGB V gehört, ein bewilligter kieferorthopädischer Behandlungsplan eines zugelassenen Leistungserbringers vorliegt, die Behandlung mit festsitzenden kieferorthopädischen Behandlungsgeräten erfolgt und die Leistung im Zusammenhang mit dieser kieferorthopädischen Behandlung erbracht wird.

³Erstattet werden einmalig die tatsächlich entstandenen Kosten je kieferorthopädischem Behandlungsfall bis maximal 100,00 EUR.

(11) Die näheren Einzelheiten zum Gesundheitskonto sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.

§ 12g Spezielle Ärztliche Zweitmeinung

(1) ¹Die AOK ermöglicht es ihren Versicherten, vor der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung oder Therapie auf der Basis der bereits von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten eingeholten Befunddaten bei einem entsprechenden Facharzt oder einer entsprechenden Fachärztin (Beratungsarzt/Beratungsärztin) eine kostenfreie fachmedizinische Zweitmeinung einzuholen. ²Damit sollen die Versicherten in die Lage versetzt werden, die vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin vorgeschlagene Behandlung besser bewerten und eine Entscheidung darüber auf einer breiteren Erkenntnisbasis treffen zu können. ³Die Einholung der Zweitmeinung erfolgt durch die Inanspruchnahme von nicht zugelassenen Leistungserbringern im Sinne von § 11 Abs. 6 SGB V, mit denen die AOK gemäß Absatz 3 entsprechende Verträge abgeschlossen hat.

(2)¹Berechtigt, im Einzelfall im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens eine fachärztliche Zweitmeinung einzuholen, sind die Versicherten der AOK, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff insbesondere im onkologischen, kardiologischen oder orthopädischen Bereich durch ausreichende fachärztliche Diagnostik festgestellt ist oder eine entsprechende Verdachtsdiagnose besteht sowie eine Therapieempfehlung vorliegt. ²Die Versicherten erklären gegenüber der AOK, dass bei ihnen die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen, eine Vorlage von den Anspruch begründenden Unterlagen erfolgt nicht. ³Die AOK erteilt den Versicherten eine schriftliche Kostenzusage, die auch eine Empfehlung für einen Beratungsarzt oder eine Beratungsärztin beinhaltet. ⁴Ergibt sich im Rahmen der Einholung der ärztlichen Zweitmeinung, dass die Voraussetzungen – insbesondere die maßgeblichen Indikationen - nicht vorliegen, bricht der Beratungsarzt oder die Beratungsärztin die Erteilung der Zweitmeinung ab und rechnet mit der AOK eine Abbruchpauschale ab. ⁵Der Anspruch auf die ärztliche Zweitmeinung umfasst

- a) die Begutachtung der geplanten Therapie aufgrund der von den Versicherten dem Beratungsarzt oder der Beratungsärztin vorgelegten ärztlichen Unterlagen, Befunde und Diagnoseergebnisse und/oder einer körperlichen Untersuchung von Versicherten in den Räumen des Krankenhauses,
- b) eine eingehende Beratung der Versicherten in einem persönlichen Gespräch mit dem Beratungsarzt oder der Beratungsärztin. Bei Verzicht des Versicherten auf ein persönliches Beratungsgespräch kann dieses im Ausnahmefall telefonisch durchgeführt werden.
- c) das Erstellen eines schriftlichen Kurzberichtes, der eine konkrete Therapieempfehlung beinhaltet (Abweichung oder Bestätigung des Therapievorschlages) für die Versicherten.

⁶Die Vergütung für die Erteilung der ärztlichen Zweitmeinung wird zwischen der AOK und den Vertragspartnern abgerechnet.

(3)¹Die weiteren Einzelheiten zu den Indikationen, den Voraussetzungen und dem Ablauf zur Sicherstellung des Beratungsangebots „Zweitmeinungsverfahren“ regelt die AOK in Verträgen mit Ärzten/Ärztinnen und Krankenhäusern. ²Die beauftragten Ärzte/Ärztinnen sind Fachärzte/Fachärztinnen und haben eine Schwerpunktbezeichnung auf dem jeweiligen Gebiet nach der für den Arzt/der Ärztin maßgeblichen ärztlichen Weiterbildungsordnung. ³Die AOK informiert ihre Versicherten über ihre Internetpräsenz unter www.aok.de/hessen/zweitmeinung unter anderem über die Qualifikation der Vertragspartner und weist die Versicherten in ihren Mitgliederzeitschriften auf das Zweitmeinungsverfahren hin.

(4)Im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 3 verpflichtet die AOK ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

(5)¹Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt. ²Unabhängig vom Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.

§ 13 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V

(1) Freiwillig versicherte Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, haben Anspruch auf Krankengeld nach den für versicherungspflichtige Arbeitnehmer maßgebenden Regelungen des SGB V.

(2) Einen Krankengeldanspruch können wählen:

1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind,

2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter).
- (3) Kann bei einem versicherungspflichtigen oder freiwilligen Mitglied Krankengeld nicht nach § 47 Abs. 2 SGB V berechnet werden, weil eine kontinuierliche Arbeitsverrichtung oder -vergütung nicht vorliegt, wird das Krankengeld
- a) bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Lohnausfall gezahlt,
 - b) bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung aus dem abgerechneten Entgelt des Zeitraumes berechnet, der die durchschnittlichen Verhältnisse widerspiegelt (längstens der letzten 12 Monate).

§ 14 Kostenerstattung

- (1) ¹Versicherte können gemäß § 13 SGB V anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. ²Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden.
- (2) ¹Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK unter Verwendung des dafür bereit gestellten Vordruckes. ²Die gewählte Kostenerstattung beginnt mit dem auf den Zugang des Vordrucks folgenden Kalendervierteljahr, bei der isolierten Wahl des Bereichs der zahnärztlichen Versorgung mit dem nächsten Monatsersten und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung zum Ende des Kalendervierteljahres. ³Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen
- (3) Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz in Anspruch genommen werden, nach Maßgabe des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind.
- (4) ¹Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. ²Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend
- a) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von fünf Prozent,
 - b) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 7,5 Prozent
- zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag mindestens fünf Euro und höchstens 40 Euro beträgt.
- (5) ¹Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. ²Absatz 2 findet keine Anwendung. ³Bei der Berechnung des Erstattungsbetrages werden die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und ein Abschlag für Verwaltungskosten nach Absatz 4 berücksichtigt sowie anfallende Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V und die der AOK aufgrund eines Vertrages nach § 130a Abs. 8 SGB V entgangenen Rabatte in Höhe einer kalendervierteljährlich einheitlich festgesetzten Pauschale. ⁴Die Summe der Minderungsbeträge nach Satz 3 beträgt je Antrag mindestens fünf Euro.

- (6) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 15 Versicherung der dienstordnungsmäßig Angestellten (DO-Angestellte)

¹Versicherte DO-Angestellte haben nach § 14 SGB V eine Wahlmöglichkeit. ²Die Wahl ist schriftlich zu erklären; sie wirkt vom Zeitpunkt der Erklärung bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das dem Jahr der Erklärung folgt, und verlängert sich um je zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des genannten Zeitraumes kein Widerruf erfolgt ist. ³Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.

§ 16 Empfangsberechtigung

Geldleistungen werden mit befreiender Wirkung an den Inhaber folgender Unterlagen gezahlt:

- bei Krankengeld des Auszahlungsscheins
- bei Mutterschaftsgeld der Bescheinigung über den voraussichtlichen Tag der Entbindung,

Der Inhaber der Unterlagen hat sich auf Verlangen auszuweisen.

§ 17 Leistungsausschluss

- (1) ¹Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. ²Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 kann die AOK insbesondere dann verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten liegt.
- (2) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann die AOK den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.
- (3) ¹Die AOK kann vom Versicherten Ersatz für Leistungen fordern, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden. ²Zudem ist sie berechtigt, bei hinreichendem Verdacht auf das Vorliegen eines Leistungsausschlusses Kostenübernahmeentscheidungen unter dem Vorbehalt des Widerrufs (§ 32 Abs. 2 Nr. 3 SGB X) zu treffen.
- (4) Der Versicherte ist über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen zu informieren.

§ 18 Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung und besonderer Versorgung

- (1) ¹Versicherte können an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und an der besonderen Versorgung nach § 140 a SGB V teilnehmen.
- (2) ¹Die Teilnahme ist schriftlich gegenüber der AOK zu erklären (Einschreibung). ²Sie beginnt mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung. ³Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. ⁴Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. ⁵Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

§ 19 Ohne Inhalt

Vierter Abschnitt: Wahltarife/Weiterentwicklung der Versorgung

§ 20 Wahltarif Selbstbehalt

- (1) ¹Die AOK bietet Mitgliedern einen Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V an. ²Der Wahltarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils einen Grundbonus, einen Staffelpbonus (Prämien) sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben. ³Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). ⁴Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Tarif und am Wahltarif AGIDA nach § 25 dieser Satzung, sowie am AOK-Programm Kinderbonus nach § 33 Abs. 2 dieser Satzung oder am Bonusprogramm nach § 32 dieser Satzung (Meine Leistung plus) ist nicht möglich.
- (2) ¹Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Selbstbehalttarifes. ²Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. ³Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Selbstbehalttarif abweichend von Satz 2 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
- (3) ¹Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen Grundbonus erhalten. ²Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen. ³Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. ⁴Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an.

⁵Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen.

Tarifklasse	Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr	Grundbonus je Kalenderjahr in €	Max. Bonus incl. Staffelpbonus in €	Pauschaler Selbstbehalt je ambulanter Behandlung des Mitglieds, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, in €	Pauschaler Selbstbehalt je Krankenhausaufenthalt des Mitglieds in €	Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte je Kalenderjahr in €
1	Bis 12.000 €	40,00	100,00	10,00	20,00	120,00
2	12.001 bis 18.000 €	50,00	110,00	12,50	25,00	130,00
3	18.001 bis 24.000 €	60,00	120,00	15,00	30,00	140,00
4	24.001 bis 30.000 €	90,00	150,00	22,50	45,00	170,00
5	30.001 bis 36.000 €	120,00	180,00	30,00	60,00	210,00
6	36.001 bis 42.000 €	180,00	240,00	45,00	90,00	280,00
7	Ab 42.001 €	300,00	360,00	75,00	150,00	420,00

⁶Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds möglich, wenn das beitragspflichtige Einkommen des Jahres, für das die Höherstufung erfolgen soll, einen Wechsel in eine höhere Tarifklasse zulässt und der Antrag bis zum 30.04. des Folgejahres gestellt wird. ⁷Entsprechende Einkommensnachweise für das betreffende Jahr sind vorzulegen.

⁸Der Grundbonus erhöht sich in den ersten drei Jahren um 20 € pro Jahr (Staffelpbonus), wenn in jedem der drei Jahre das Mitglied ambulante Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht oder Krankenhausbehandlung nicht in Anspruch nimmt. ⁹Nicht berücksichtigt werden die in § 53 Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Leistungen.

- (4) ¹Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Selbstbehalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. ²Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. ³Die AOK kann dem Mitglied auf Antrag eine Vorauszahlung auf künftige Unterschiedsbeträge von Bonus und Selbstbehalt in Höhe von bis zu 50% des Grundbonus im Kalenderjahr zahlen. ⁴Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt. ⁵Ist die Summe der Selbstbehalte höher als die der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig. ⁶Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. ⁷Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der nicht erhöhte Grundbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.
- (5) Die näheren Einzelheiten zur Durchführung dieses Tarifes sind in den Teilnahmebedingungen geregelt.

§ 21 Wahltarif für Teilnahme an besonderen Versorgungsformen

- (1) ¹Der Wahltarif gilt für Versicherte, die an den folgenden besonderen Versorgungsformen teilnehmen: Modellvorhaben nach §§ 63, 64, hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b, strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f und besondere Versorgung nach § 140a SGB V.
- (2) ¹Die Teilnahme an einer besonderen Versorgungsform gilt als Wahl des Tarifs nach § 53 Abs. 3 SGB V, sofern der Versicherte dem nicht schriftlich widerspricht. ²Mit der Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgungsform endet auch die Teilnahme am Wahltarif.
- (3) ¹Die Teilnehmer an den besonderen Versorgungsformen erhalten Qualitätsvorteile und, soweit im einzelnen Versorgungsprogramm vorgesehen, für die Durchführung von Maßnahmen bzw. die Erreichung oder Halten der im jeweiligen Versorgungsprodukt definierten Ziele eine Prämie.
- (4) ¹Die Berechnung der Höhe der Prämie erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. ²Maximal können 100 Punkte jährlich eingelöst werden. ³Die tatsächlich erreichbare Punktzahl ist abhängig von der regionalen Verfügbarkeit des jeweiligen Versorgungsproduktes. ⁴Eine Auszahlung der Punkte erfolgt auf schriftlichen Antrag des Teilnehmers. ⁵Angesammelte Bonuspunkte, die nicht zur Auszahlung gekommen sind, verfallen nach 12 Monaten. ⁶Maßnahmen, Zielerreichung und Bepunktung sind auf die Bedürfnisse der Versicherten in den unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsstadien („Gesunde“, „Risikopatienten“ und „Chroniker“) sowie auf die Ausgestaltung des entsprechenden Versorgungsproduktes abgestimmt. ⁷Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Erkrankungen nach § 137 f SGB V teilnehmen und bei denen die Voraussetzungen für die Teilnahme vorliegen, erhalten für die Teilnahme einmalig eine Ermäßigung in Höhe von 40,00 EUR auf die Zuzahlungen, die sie nach dem SGB V zu leisten haben. ⁸Die Zuzahlungsermäßigung wird bei einer Einschreibung in mehrere Programme nur einmalig gewährt.
- (5) ¹Die Einzelheiten über die Maßnahmen, deren Zielerreichung und die Höhe der jeweils erreichbaren Punkte sowie über den Nachweis der Voraussetzung der Prämienzahlung und die Information über die Qualitätsvorteile ergeben sich aus den Ausführungsbestimmungen.

§ 22 Krankengeld-Wahltarif

(1) ¹Einen Krankengeld-Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V können wählen:

1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben,
2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG), eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter),
3. nach dem KSVG versicherte Künstler und Publizisten.

²Nach Vollendung des 50. Lebensjahres ist die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes für hauptberuflich Selbständige nur möglich, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif eine Mitgliedschaft mit einem Krankengeldanspruch nach § 44 Abs. 1 SGB V oder einem Krankengeld-Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hat.

(2) ¹Die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes nach § 53 Abs. 6 SGB V bedarf der Schriftform.

²Diese Wahlerklärung wirkt zum Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie mit der Beitrittserklärung spätestens zum Beginn der Mitgliedschaft abgegeben wird, ansonsten jeweils vom Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats an, es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt. ³Die Wahlerklärung wirkt rückwirkend ab Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis bzw. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 innerhalb der Frist nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

⁴Unabhängig von einer Kündigung endet der Krankengeld-Wahltarif:

1. wenn der Versicherte nicht mehr zum Personenkreis nach Absatz 1 zählt, es sei denn, die Versicherung oder die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 ist längstens einen Monat unterbrochen oder der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 5 Satz 7 und 8,
2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beantragt werden könnte,
3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Arbeitsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,
5. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sei denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 5 Satz 10,
6. durch Tod.

⁵Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). ⁶Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden. ⁷Dies gilt nicht, wenn für

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird. ⁸Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. ⁹Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich.

(3) ¹Folgende Ausprägungen des Krankengeld-Wahltarifs können gewählt werden:

1. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG 22).
2. Die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 15. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG 15).

²Das Wahltarif-Krankengeld

1. beträgt in der Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 1 genannten Mitgliedern 70 v. H. des Arbeitseinkommens, welches zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Prämienbemessung nach Absatz 4 aus Arbeitseinkommen maßgebend war,
2. wird in der Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V und § 13 Abs. 3 dieser Satzung berechnet,
3. beträgt in der Tarifausprägung KG 15 bei den nach Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitgliedern 70 v. H. des durchschnittlichen täglichen Bruttoarbeitseinkommens, das der Beitragsbemessung für die letzten 12 Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde gelegt wurde; § 47 Abs. 4 Satz 2 bis 4 SGB V gilt,

³Aus dem Wahltarif-Krankengeld werden Beiträge zur Pflege- und Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung entrichtet, soweit dies auf Grund gesetzlicher Bestimmungen vorgesehen ist. ⁴Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. ⁵Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahltarif-Krankengeldes angerechnet.

(4) ¹Die Prämie beträgt für die Tarifausprägung:

1. KG 22 0,70 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§§ 226 und 240 SGB V) maßgebend sind; für die hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen gelten die „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ des GKV-Spitzenverbandes,
2. KG 15 0,80 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§ 234 SGB V) maßgebend sind.

²Ist die Prämie für einen Teilmonat zu entrichten, wird die Anzahl der mit Prämienzahlung belegten Kalendertage mit 1/30 der monatlichen Prämie multipliziert.

³Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 4 wird zum gleichen Zeitpunkt fällig, wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.
2. Die Prämien sind auch für die Dauer des Bezugs von Krankengeld und sonstigen Entgeltersatzleistungen zu zahlen.
3. Die Prämienzahlung endet in den Fällen des Absatzes 2 Satz 5 und des Absatzes 6 Satz 1 und 3.
4. Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der fällig werdenden Prämien zu erteilen.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

(5) ¹Der Anspruch auf Wahltarif-Krankengeld ruht bzw. ist ausgeschlossen

1. sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, von diesem Zeitpunkt an bis zum Tage der vollständigen Entrichtung der rückständigen Prämien und der AOK wegen der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten; eine Zahlung von Krankengeld innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird,
2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; wird die Mitwirkung nachgeholt wird das Ruhen des Leistungsanspruchs rückwirkend aufgehoben.
3. nach Absatz 2 Nr. 5 ab dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird.

²Die §§ 11 Absatz 5, 16, 49, 50, 51, 52 und 52a SGB V gelten entsprechend, soweit in dieser Vorschrift nichts Abweichendes geregelt ist; § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gilt nicht für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige in der Tarifausprägung KG 22.

³Für die in Absatz 1 Nr. 1 und 3 genannten Mitglieder besteht kein Krankengeldanspruch, wenn Arbeitsunfähigkeit in den ersten drei Monaten der Teilnahme am Krankengeld-Wahltarif eintritt. ⁴Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten 3 Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. ⁵Sätze 1 und 3 gelten nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden und nach Antragstellung eintreten.

⁶Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personen ruht der Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 2 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung. ⁷Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 7 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf. ⁸Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifes. ⁹Die Sätze 7 und 8 gelten entsprechend bei rechtswirksamer Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V.

¹¹Der Krankengeldwahltarif endet, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 4 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird.

(6) ¹Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:

1. bei Erhalt von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II,
2. bei Erhalt von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
3. bei Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung nach § 807 ZPO,
4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3 a SGB V.

²Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. ³Ein Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V besteht nicht.

(7) ¹Die näheren Einzelheiten zur Durchführung dieses Tarifes sind in den Teilnahmebedingungen geregelt.

(8) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.

- (9) Für Mitglieder, die am 30.06.2014 Krankengeld aus der Tarifausprägung KG PLUS nach Abs. 3 Nr. 3 a. F. beziehen, besteht der Anspruch auf dieses Krankengeld unter den bisherigen Voraussetzungen weiter; der Anspruch besteht maximal bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat.

§ 23 Wahltarif Zahnzusatz

- (1) ¹Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V an. ²Der Wahltarif hat die Erstattung von Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz sowie für professionelle Zahnreinigung zum Gegenstand. ³Mitglieder können für sich und/oder für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen den Tarif wählen. ⁴Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V).
- (2) ¹Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. ²Das Mitglied ist an den Tarif ein Jahr gebunden (Mindestbindungsfrist). ³Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 2, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden.
⁴Die Wahl wird mit dem Kalendertag wirksam, an dem der AOK die schriftliche Wahlerklärung zugeht, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn.
⁵Versicherungsunterbrechungen bis zur Dauer von 1 Monat sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich. ⁶Die Teilnahme am Tarif wird durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei der AOK nicht berührt; dies gilt insbesondere beim Wechsel von einer Familienversicherung in eine Mitgliedschaft, von einer Mitgliedschaft in eine Familienversicherung oder in eine Mitgliedschaft bei der die Beiträge komplett von Dritten getragen werden; dies gilt nicht, wenn die Versicherung bei der AOK aufgrund gesetzlicher Regelungen endet und im Anschluss keine Versicherung bei der AOK Hessen begründet wird. ⁷Im Falle eines Wechsels von einer Familienversicherung in eine Mitgliedschaft hat das Mitglied die Möglichkeit, den Tarif zum Ende der Familienversicherung zu kündigen.
⁸Wechselt ein Tarifeilnehmer in eine Versicherung nach § 10 SGB V bei einer anderen Krankenkasse oder ruhen die Leistungen nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, ruht der Tarif.
⁹Die AOK kann die Teilnahme am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 4 trotz Mahnung und Hinweis auf die Folgen zwei mal nicht nachgekommen ist, die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird. ¹⁰Erfolgt keine Kündigung des Tarifs, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr, wenn zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres keine schriftliche Kündigung durch das Mitglied erfolgt.
- (3) ¹Erstattet werden die dem Versicherten in Deutschland oder in den EU-Mitgliedsstaaten entstandenen nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz, sofern dieser von einem Zahnarzt eingegliedert wurde und das Datum der Eingliederung des Zahnersatzes (Anspruchszeitpunkt) in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fällt.
²Der Anspruch besteht bis zur Höhe des zweifachen Leistungsbetrages nach § 55 Abs. 1 SGB V begrenzt auf den Rechnungsbetrag; ggf. nach § 13 oder § 55 SGB V erstattete Beträge sind hierauf anzurechnen. ³§ 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend.
⁴Der Anspruch auf Erstattung ist in den ersten drei Jahren nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes abweichend von Satz 2 wie folgt begrenzt:
1. Jahr maximal 250,00 EUR begrenzt auf den Rechnungsbetrag
 2. Jahr maximal 500,00 EUR begrenzt auf den Rechnungsbetrag
 3. Jahr maximal 750,00 EUR begrenzt auf den Rechnungsbetrag
- ⁵Wird der Kostenerstattungstarif über das dritte Jahr nach Abs. 2 Satz 7 fortgeführt, besteht ein voller Kostenerstattungsanspruch nach Satz 2.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

⁶Der Erstattungsanspruch erhöht sich mit der Dauer der Teilnahme am Tarif wie folgt:

- ab dem 7. Jahr nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes um 5 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2
- ab dem 10. Jahr nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes um 10 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2
- ab dem 13. Jahr nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes um 20 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2

⁷Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen (inkl. aller dazugehörigen Belege, z.B. Material- und Laborkosten) vorzulegen. ⁸Erstattungen für die Zahnersatzleistungen aus diesem Tarif sowie sonstige Guthaben werden auf das vom Mitglied mitgeteilte Bankkonto überwiesen. ⁹Das Mitglied wird über die Höhe der Erstattungen für sich und für alle am Tarif teilnehmenden familienversicherten Angehörigen schriftlich informiert. ¹⁰§ 51 und § 52 SGB I gelten entsprechend. ¹¹Die AOK kann bei der Festsetzung der Leistungshöhe gemäß den Sätzen 4 bis 6 auf Antrag des Versicherten Zeiten der Teilnahme an einem Wahltarif zur Kostenerstattung bei Zahnersatz (§ 53 Abs. 4 SGB V) einer anderen AOK als Teilnahmezeiten berücksichtigen, wenn der Wahltarif der anderen AOK vom Leistungsinhalt und den Regelungen zur Leistungshöhe mit dem Wahltarif der AOK Hessen vergleichbar ist.

(3a) ¹Zusätzlich zu den Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden dem Versicherten die Kosten für professionelle Zahnreinigungen erstattet. ²Der Erstattungsbetrag beläuft sich auf maximal 60 Euro im jeweiligen Versicherungsjahr. ³Maßgeblich ist der Zeitpunkt der Behandlungen.

⁴Die Zahnreinigungen müssen durch einen Zahnarzt erfolgen und das Datum der Behandlungen in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fallen.

(4) ¹Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Prämie an die AOK zu zahlen, die jeweils im Voraus für den Kalendermonat oder wahlweise für ein Jahr zu entrichten ist. ²Zur Bestimmung der Altersklasse in den ersten drei Jahren der Teilnahme am Tarif ist das Alter des Teilnehmers zu Beginn der Teilnahme maßgeblich. ³Zur Bestimmung der Altersklasse in jedem sich anschließenden Verlängerungsjahr ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Verlängerungsjahres maßgeblich, für das die Prämie zu entrichten ist.

⁴Es gelten die folgenden Konditionen:

Altersklasse	Monatsprämie in EUR
0-20	2,70
21-40	7,80
41-60	12,50
>60	15,60

⁵Wählt das Mitglied eine jährliche Zahlung im Voraus, wird ein Prämiennachlass in Höhe von 4 v.H. gewährt. ⁶Die Prämie nach Satz 4 ist fällig am 1. des Monats (Zahltag) für den die Prämie zu entrichten ist. ⁷Bei jährlicher Zahlungsweise ist die Prämie fällig am 1. des Monats (Zahltag) zu Beginn des Teilnahmejahres. ⁸Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Monat wird die Prämie anteilig berechnet. ⁹Für die Berechnung der anteiligen Prämie werden für volle Kalendertage jeweils 1/30 der Monatsprämie zugrunde gelegt. ¹⁰Entstehen der AOK durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten. ¹¹Der Anspruch auf Kostenerstattung durch die AOK setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 4 bei der AOK eingeht.

¹²Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Tarifbeiträge zu erteilen. ¹³Dies gilt nicht für Tarifteilnehmer, die den Tarif bis zum 31.12.2014 gewählt haben.

- (5) ¹Sofern Prämien nach Absatz 4 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, kann die AOK dem Mitglied auf dessen Kosten eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. ²Wird die Prämie innerhalb der gesetzten Zahlungsfrist nicht gezahlt, ruht von dem Tage an, der dem letzten Tag der Zahlungsfrist folgt, der Anspruch auf Kostenerstattung bis zu dem Tage, an dem die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig entrichtet werden. ³Zur Vermeidung von Mahnungen kann die AOK auf Antrag des Mitgliedes auch einem bewussten Ruhen des Tarifs zustimmen. ⁴In dem gewählten Zeitraum ruhen Prämienzahlungen und Leistungsanspruch bis zu dem Tage, an dem die Prämie vollständig für den Ruhenszeitraum entrichtet wird. ⁵Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig nachgeleistet werden und das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft. ⁶Ein fehlendes Verschulden des Mitglieds an der verspäteten Zahlung ist anzuerkennen, wenn
- der verspätete Zahlungseingang nachweislich durch das vom Mitglied mit der Überweisung beauftragte Geldinstitut verschuldet wurde,
 - die termingerechte Zahlung bedingt durch einen stationären Krankenhausaufenthalt des Mitglieds nicht vorgenommen werden konnte,
 - die termingerechte Zahlung aus anderen schwerwiegenden Gründen, die in der Person des Mitglieds liegen oder sich aus dessen persönlichem Umfeld ergeben, nicht möglich war.
- ⁷Aus anderen als den o. a. Gründen kann ein fehlendes Verschulden im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn die vom Mitglied vorgebrachten und durch schriftliche Erklärung nachgewiesenen Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalles stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde.
- (6) ¹Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Prämien an die AOK für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. ²Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK zugeht. ³Eine unbillige Härte ist anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. ⁴Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. ⁵Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist. ⁶Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds. ⁷Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde.
- (7) ¹Die näheren Einzelheiten zur Durchführung dieses Kostenerstattungstarifes sind in den Teilnahmebedingungen geregelt.

§ 24 Wahltarif Teilkostenerstattung

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- (1) ¹Für Mitglieder, die eine Wahlmöglichkeit nach § 14 SGB V haben, wird ein Wahltarif nach § 53 Abs. 7 SGB V eingeführt. ²Die Bestimmungen zum Wahltarif DO-Angestellte gelten inhaltsgleich für Versorgungsempfänger und Hinterbliebene.
- (2) ¹Für Mitglieder, die bereits vor dem 01.01.2009 von der Wahlmöglichkeit des § 14 SGB V Gebrauch gemacht haben, gilt der Wahltarif als gewählt, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform. ²Die Wahl wirkt ab dem 01.01.2009 bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das diesem Jahr folgt, und verlängert sich um je zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des genannten Zeitraumes kein Widerruf erfolgt ist. ³Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.
- (3) ¹Die Prämienzahlung erfolgt für die Nichtinanspruchnahme der Sachleistungsbeihilfe nach der Hessischen Beihilfenverordnung.
- (4) ¹Den Versicherten, die den Tarif gewählt haben, wird entsprechend der Leistungsbeschränkung nach Absatz 3 50 v.H. des monatlichen Beitrages als Prämie zurückgezahlt (§ 53 Abs. 7 und 8 SGB V). ²Die Prämienzahlung wird mit dem vom DO-Angestellten zu entrichtenden monatlichen Beitrag verrechnet.

§ 25 Wahltarif AGIDA

- (1) ¹Die AOK bietet einen Tarif bestehend aus Wahlтарифen nach § 53 Abs. 1 SGB V in Form eines Bonus auf Grund des Verzichts auf den Service der persönlichen Betreuung und eines Selbstbehalttarifs sowie eines Gesundheitsbonus nach § 65 a SGB V an. ²Die Wahl gilt auch für die mitversicherten Familienangehörigen. ³Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V).⁴Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Tarif und am AOK-Selbstbehalttarif nach § 20 dieser Satzung sowie an den Bonusprogrammen nach §§ 32 und 33 dieser Satzung ist nicht möglich.
- (2) ¹Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Tarifes. ²Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendertags, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. ³Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Tarif abweichend von Satz 2 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
- (3) **Direktbonus**
¹Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können für den Verzicht auf den Service der persönlichen Betreuung einen Bonus in Höhe von 50 Euro je Kalenderjahr erhalten. ²Sollte der Kunde und/oder seine familienversicherten Angehörigen die persönliche Beratung in Anspruch nehmen, verringert sich der Bonusbetrag um 12,50 Euro je Besuch in einem Beratungszentrum. ³Der Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte liegt je Kalenderjahr bei 50 Euro.

Kostenbonus

⁴Der Selbstbehalttarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils einen Grundbonus sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben. ⁵Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen Grundbonus erhalten. ⁶Im Rahmen der Berechnung des Selbstbehalts werden nur Leistungen, die das Mitglied in Anspruch genommen hat, berücksichtigt. ⁷Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen. ⁸Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. ⁹Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

¹⁰Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen.

Tarif-klasse	Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr	Grundbonus je Kalenderjahr in €	Pauschaler Selbst-behalt je ambulanter Be-handlung des Mit-glieds, die mit einer Arzneimittel-verord-nung zu Lasten der AOK einhergeht, in €	Pauschaler Selbst-behalt je Kranken-hausaufenthalt des Mitglieds in €	Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte je Kalenderjahr in €
1	bis zu 10.000 €	50,00	12,50	25,00	50,00
2	10.000,01 bis 19.999,99 €	90,00	22,50	45,00	90,00
3	20.000,00 bis 29.999,99 €	120,00	30,00	60,00	120,00
4	30.000,00 bis 41.999,99 €	150,00	37,50	75,00	150,00
5	ab 42.000 €	210,00	52,50	105,00	210,00

¹¹Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds möglich, wenn das beitragspflichtige Einkommen des Jahres, für das die Höherstufung erfolgen soll, einen Wechsel in eine höhere Tarifklasse zulässt und der Antrag bis zum 30.04. des Folgejahres gestellt wird. ¹²Entsprechende Einkommensnachweise für das betreffende Jahr sind vorzulegen.

Gesundheitsbonus

¹³Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können, wenn sie und/oder ihre familienversicherten Angehörigen Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25, 26, 28i. V. m. § 22 SGB V, Schutzimpfungen nach § 20i SGB V und/oder qualitätsgesicherte Leistungen der AOK und ihrer Kooperationspartner zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Bonus erhalten, sofern diese dokumentiert und nachgewiesen wurden.

- (4) ¹Der Unterschiedsbetrag von Boni und Selbstbehalten ist für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. ²Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. ³Der Versicherte kann im ersten Tarifjahr der Teilnahme beantragen, dass der Direktbonus in Höhe von 50 € abweichend vom Zeitpunkt nach Abs. 4 Satz 1 ausgezahlt wird.

⁴Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. ⁵Eine Bonifizierung von Maßnahmen, die vor Beginn der Teilnahme durchgeführt werden, erfolgt, sofern sie im selben Kalenderjahr durchgeführt werden; bzw. bei Schutzimpfungen und bei Maßnahmen nach § 25 Abs. 1 SGB V und § 12f Abs. 2 dieser Satzung regeln die Ausführungsrichtlinien die näheren Einzelheiten. ⁶Es können sowohl Maßnahmen, an denen das Mitglied teilgenommen hat, als auch Maßnahmen an denen seine familienversicherten Angehörigen teilgenommen haben, bonifiziert werden. ⁷Die Bonifizierung erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. ⁸Maximal können 100 Punkte jährlich eingelöst werden. ⁹Eine Auszahlung der Punkte erfolgt auf schriftlichen Antrag des Teilnehmers. ¹⁰Angesammelte Bonuspunkte, die nicht zur Auszahlung eingereicht wurden, verfallen mit Ablauf des 31.12. des jeweiligen Jahres, das auf das Jahr folgt, in dem die Maßnahmen durchgeführt wurden.

¹¹Die Boni der einzelnen Tarifkomponenten dürfen 20 % der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten.

- (5) ¹Die näheren Einzelheiten zur Durchführung dieses Tarifes sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.

§ 26 Wahltarif Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt

- (1) ¹Mitglieder mit Wohnsitz in Deutschland sowie in Deutschland versicherungspflichtig beschäftigte Mitglieder mit Wohnsitz im angrenzenden Ausland (Grenzgänger), die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen mit Wohnsitz in Deutschland bzw. im Wohnland des Grenzgängers einen Tarif nach § 53 Abs. 4 SGB V für die Erstattung von Kosten bei Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland wählen. ²Der Tarif kann außerdem von im angrenzenden Ausland lebenden Mitgliedern gewählt werden, die eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und für die ohne den Rentenbezug bzw. die Rentenantragstellung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V aus der Mitgliedschaft eines Grenzgängers im Sinne von Satz 1 bestehen würde.
- (2) ¹Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. ²Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Versicherung und frühestens mit dem vom Mitglied gewählten Datum. ³Die Teilnahme am Tarif beginnt abweichend hiervon auf Wunsch des Versicherten rückwirkend mit Beginn der Versicherung, wenn die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen wegen Beginns einer eigenen Mitgliedschaft endet und der Tarif aus diesem Grund innerhalb von zwei Monaten nach dem Tag neu gewählt wurde, an dem der Versicherte vom Ende der Tarifteilnahme Kenntnis erlangt hat; dies gilt entsprechend in den Fällen, in denen die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen endet, weil die Familienversicherung nunmehr aus der Mitgliedschaft eines anderen Mitglieds abgeleitet wird. ⁴Die AOK kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung trotz Mahnung nicht nachgekommen ist und der Einzug der Prämien im Wege der Vollstreckung nicht möglich ist; die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Beendigung des Tarifes dem Versicherten bekannt gegeben wird. ⁵Der Versicherte ist an die Wahl des Tarifes ein Jahr vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist). ⁶Die Bindungswirkung entsteht sowohl für das Mitglied als auch für die nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde. ⁷Die Teilnahme am Tarif wird durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei der AOK nicht berührt; dies gilt insbesondere auch bei einem Wechsel in eine Familienversicherung oder in eine Mitgliedschaft, in der die Beiträge komplett von Dritten getragen werden. ⁸Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, in dem der AOK die schriftliche Kündigung zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der einjährigen Bindungsfrist. ⁹Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. ¹⁰Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der AOK oder wenn der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt; die besondere Regelung für Grenzgänger und deren nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt. ¹¹Versicherungsunterbrechungen bis zu zwei Monaten sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich. ¹²§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V gilt.
- (3) ¹Erstattet werden die dem Versicherten im Ausland entstandenen nachgewiesenen Kosten einschließlich der Zuzahlungen/Eigenanteile für medizinisch sofort notwendige
1. ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes,
 2. ärztlich verordnete stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich der ärztlich angeordneten Fahrten mit einem Kranken- oder Rettungswagen sowie des ärztlich angeordneten Flugtransportes zum nächsterreichbaren Krankenhaus und der zusätzlich entstehenden Kosten für eine Rettung von der Skipiste (Pistenrettung); dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

medizinischen Gründen erforderlich ist, zusätzlich werden auch die Kosten für eine ärztlich begründete Mitaufnahme einer Begleitperson im Rahmen einer Krankenhausbehandlung eines am Wahltarif teilnehmenden Kindes für die Dauer des vollstationären Krankenhausaufenthaltes übernommen, wenn das Kind das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist; die Unterbringung der Begleitperson soll in unmittelbarer Nähe zum Patienten erfolgen; sowie

3. ärztlich verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel,

die der Versicherte während eines vorübergehenden, bis zu sechswöchigen Aufenthaltes im Ausland in Anspruch genommen hat, sofern sowohl das Datum der ärztlichen Behandlung bzw. Verordnung der Leistung als auch der Beginn des Auslandsaufenthaltes in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fallen; wenn die im Ausland begonnene vollstationäre Behandlung im Zeitpunkt des Ablaufs der maximal sechswöchigen Leistungsdauer fortgesetzt werden muss, wird für erstattungsfähige Leistungen bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit und ggf. des Abschlusses des medizinisch zwingend notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes geleistet; ggf. nach § 13, § 14 oder §§ 17 bis 18 SGB V oder im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts erstattete Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind hierauf anzurechnen.

²Die Kosten für einen medizinisch zwingend notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport ins Inland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinausgehen, werden daneben übernommen; dies umfasst auch die Mehrkosten zur Rückreise, die dem Versicherten entstehen, wenn er infolge einer stationären Behandlung im Ausland die Rückreise nicht planmäßig antreten konnte, sowie die Mehrkosten für einen Rücktransport im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V).

³Die AOK kann außerdem die Kosten nach Anspruchsprüfung:

1. für die Rückholung eines mitreisenden Kindes, Stiefkindes oder Enkelkindes des Versicherten aus dem Ausland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinaus gehen, erstatten, wenn

sowohl der Versicherte als auch das Kind am Wahltarif teilnehmen und

das Kind zum Zeitpunkt der Rückholung aus dem Ausland das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist und

die Rückholung des Kindes aus dem Ausland infolge einer krankheitsbedingten stationären Krankenhausbehandlung im Ausland oder eines krankheitsbedingten Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland nach Feststellung der AOK Hessen zwingend erforderlich ist und

die Betreuung des Kindes im Ausland nicht durch einen anderen Angehörigen oder eine andere Bezugsperson im Ausland sichergestellt werden kann.

2. für die Rückholung einer mitreisenden Begleitperson des am Wahltarif teilnehmenden Kindes aus dem Ausland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinausgehen, erstatten, wenn

das Kind zum Zeitpunkt des Rücktransports aus dem Ausland das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist und

die Rückholung der Begleitperson aus dem Ausland infolge einer krankheitsbedingten stationären Krankenhausbehandlung des Kindes im Ausland oder eines krankheitsbedingten Rücktransportes des Kindes aus dem Ausland zwingend erforderlich ist.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

⁴§ 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend; die Kostenerstattung ist ausgeschlossen bei Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegsereignisse, Bürgerkriegsereignisse oder innere Unruhen im Ausland verursacht worden sind, wenn der Versicherte sich aktiv an diesen Geschehnissen beteiligt hat oder das Auswärtige Amt vor Antritt der Auslandsreise eine Reisewarnung ausgesprochen hat.

⁵Folgende Leistungen werden im Rahmen des Tarifs nicht erstattet:

1. Kosten für planbare Dialyseleistungen
2. Überführung im Todesfall
3. Kosten für Hilfsmittel, die in Deutschland nicht übernahmefähig sind, z. B. Brillen.

⁶Eine Kostenerstattung ist außerdem nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben haben. ⁷Die Kostenerstattung ist nicht auf Behandlungsfälle in Ländern beschränkt, in denen im Rahmen des über- bzw. zwischenstaatlichen Rechts Sachleistungsaushilfe zulasten eines Trägers im Aufenthaltsland in Anspruch genommen werden kann. ⁸Bei Grenzgängern und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen mit Wohnsitz im Ausland ist der Anspruch auf Leistungen, die in Deutschland oder im Wohnland in Anspruch genommen wurden, ausgeschlossen. ⁹Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen Zeitraum von zusammenhängend längstens sechs Wochen begrenzt. ¹⁰Die Regelung zur nachgehenden Leistung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit nach Absatz 3 Satz 1 bleibt unberührt. ¹¹Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tag ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 4 bei der AOK eingeht; er bezieht sich nur auf Leistungen, die nach diesem Datum beginnen, es sei denn, die Prämie ist noch nicht fällig geworden.

- (4) ¹Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Jahresprämie zu zahlen, die im Voraus für das Kalenderjahr zu entrichten ist. ²Es gelten folgende Konditionen:

Altersklassen	Jahresprämie in EUR
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	6,00 Euro
nach Vollendung des 65. Lebensjahres	12,00 Euro

³Die jahresbezogene Prämie ist jeweils für das Mitglied und jeden nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, zu entrichten. ⁴Maßgeblich für die Bestimmung der Prämie ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Kalenderjahres, für das die Prämie zu entrichten ist. ⁵Die Prämie wird jeweils am 01.12. für das Folgekalenderjahr fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Jahr am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig. ⁶Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Jahr wird die Prämie anteilig berechnet. ⁷Für die Berechnung der anteiligen Prämie werden für volle Kalendermonate jeweils 1/12 der Jahresprämie zugrunde gelegt; im Übrigen erfolgt die Berechnung nach Kalendertagen. ⁸Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der für sich und/oder seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Tarifbeiträge zu erteilen.

- (5) ¹Sofern eine Prämie nach Absatz 4 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tage, an dem die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig entrichtet werden. ²Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachentrichtet werden oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft. ³Ein

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

fehlendes Verschulden des Mitglieds an der verspäteten Zahlung ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn

1. der verspätete Zahlungseingang nachweislich durch das vom Mitglied mit der Überweisung beauftragte Geldinstitut verschuldet wurde,
2. die termingerechte Zahlung bedingt durch einen stationären Krankenhausaufenthalt des Mitglieds nicht fristgerecht vorgenommen werden konnte,
3. die termingerechte Zahlung aus anderen schwerwiegenden Gründen, die in der Person des Mitglieds liegen oder sich aus dessen persönlichem Umfeld ergeben, nicht möglich war.

⁴Aus anderen als den o. a. Gründen kann ein fehlendes Verschulden im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn die vom Mitglied vorgebrachten und durch schriftliche Erklärung nachgewiesenen Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalls stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde. ⁵Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Absatz 4 Satz 7 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend. ⁶Entstehen der AOK durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten.

- (6) ¹Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Prämien für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt. ²Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK zugeht; Absatz 2 Sätze 10 und 11 gelten entsprechend. ³Das Mitglied kann den Tarif aus den o. a. Gründen wahlweise auch für einen oder mehrere der nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen kündigen; Absatz 2 Sätze 1 und 2 gelten entsprechend.

⁴Eine unbillige Härte ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn ein Mitglied des Familienverbundes Leistungen nach dem SGB III (Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegspferfürsorge bezieht. ⁵Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. gleichgeschlechtlicher Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds. ⁶In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. ⁷Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. ⁸Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist. ⁹Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen regelmäßigen monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde.

- (7) ¹Die näheren Einzelheiten zur Durchführung dieses Kostenerstattungstarifes sind in den Teilnahmebedingungen geregelt.

- (8) ¹Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK den Tarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.

§ 27 Ohne Inhalt

§ 28 Wahltarif 1 & 2-Bettzimmer

- (1) ¹Die AOK bietet Mitgliedern einen Wahltarif „1 & 2 Bettzimmer“ nach § 53 Abs. 4 SGB V an. ²Mitglieder können für sich und/oder für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen den Tarif wählen. ³Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). ⁴Der Wahltarif hat die Erstattung der Kosten für die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer bei vollstationärer Behandlung im Krankenhaus nach § 39 SGB V zum Gegenstand. ⁵Die Wahl besteht zwischen einem Ein- oder Zweibettzimmertarif (Tarifausprägungen).
- (2) ¹Die Erklärung zur Wahl des Tarifs bedarf der Schriftform. ²Das Mitglied ist an den Tarif ein Jahr gebunden (Mindestbindungsfrist). ³Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 2, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 gekündigt werden. ⁴Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. ⁵Für neugeborene Kinder kann rückwirkend ab Geburt die Teilnahme an diesem Tarif gewählt werden, sofern ein Elternteil zu diesem Zeitpunkt bereits mindestens drei Monate in der gleichen oder einer höheren Tarifausprägung nach Absatz 1 Satz 5 dieses Wahltarifes bei der AOK Hessen versichert ist und der Antrag für das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt erfolgt. ⁶Versicherungsunterbrechungen bis zur Dauer von einem Monat sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich. ⁷§ 23 Abs. 2 Sätze 6 und 7 gelten entsprechend. ⁸Wechselt ein Tarifteilnehmer in eine Versicherung nach § 10 SGB V bei einer anderen Krankenkasse oder ruhen die Leistungen nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, ruht der Tarif. ⁹Die Teilnahme am Tarif endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn. ¹⁰Erfolgt keine Kündigung des Tarifs, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr.
- (3) ¹Erstattet werden die dem Versicherten in Deutschland entstandenen nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich der stationären Entbindung in einem Vertragskrankenhaus nach den §§ 108 / 109 SGB V, soweit diese zusätzlich durch Wahl eines Ein- oder Zweibettzimmers entstanden sind. ²Das Datum der ärztlichen Verordnung der Krankenhausbehandlung als auch das Datum der stationären Krankenaufnahme und der Krankenhausentlassung müssen in die Zeit der Teilnahme am Tarif fallen und nach der Wartezeit liegen. ³Daneben werden die damit im Zusammenhang stehenden vom Versicherten zu zahlenden Zuzahlungen gemäß § 39 Abs. 4 SGB V erstattet. ⁴§ 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend. ⁵Die Erstattung von Kosten gemäß Absatz 1, die bei psychiatrischer Behandlung, bei psychosomatischer Behandlung, bei teilstationärer Behandlung, bei vor- und nachstationärer Behandlung, bei ambulanter Krankenhausbehandlung, bei Dialysebehandlungen oder Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern entstehen, sind ausgeschlossen.

⁶Die Tarifausprägungen umfassen nach Satz 1 und 2 folgende Leistungen:

Tarifausprägung Einbettzimmer:

- tatsächlich entstandene Kosten des Ein- oder Zweibettzimmers bis zu einem kalendertäglichen Maximalbetrag in Höhe von 100,00 EUR
- Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V

Tarifausprägung Zweibettzimmer:

- tatsächlich entstandene Kosten eines Zweibettzimmers bis zu einem kalendertäglichen Maximalbetrag in Höhe von 50,00 EUR
- bei Inanspruchnahme eines Einbettzimmers maximal die Kosten des Zweibettzimmers in diesem Krankenhaus
- Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V

⁷Können Versicherte das Ein-/Zweibettzimmer im Krankenhaus nicht in Anspruch nehmen, weil das Krankenhaus die Bereitstellung nachweislich verweigert hat, wird auf Antrag des

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

Versicherten für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung ohne Inanspruchnahme des Ein-/Zweibettzimmers eine Ausgleichszahlung gewährt; diese beträgt:

- 25,00 EUR, wenn anstelle des zustehenden Einbettzimmers nur ein Zweibettzimmer zur Verfügung stand
- 50,00 EUR, wenn anstelle des zustehenden Einbettzimmers weder ein Einbettzimmer noch ein Zweibettzimmer zur Verfügung stand
- 25,00 EUR, wenn das zustehende Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen werden konnte.

⁸Nehmen Versicherte ein Zweibettzimmer im Krankenhaus in Anspruch, weil das Krankenhaus dieses nachweislich als Komfortstandard anbietet, wird auf Antrag des Versicherten für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung mit Inanspruchnahme des Zweibettzimmers eine Ausgleichszahlung in Höhe von 25,00 EUR gewährt.

⁹Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 4 bei der AOK Hessen eingeht, frühestens jedoch nach einer Wartezeit von 3 Monaten nach Wahl des Tarifs. ¹⁰Falls der Tarif innerhalb der letzten 24 Monate aufgrund einer Kündigung beendet wurde oder die Tarifaufprägung gewechselt wurde und erneut abgeschlossen wird, verlängert sich die Wartezeit – bei Wechsel der Tarifaufprägung nur für die Mehrleistungen - auf 6 Monate. ¹¹Der Anspruch auf Kostenerstattung bezieht sich nur auf Leistungen, die nach diesem Datum beginnen, es sei denn, die Prämie ist noch nicht fällig geworden.

- (4) ¹Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs für sich und/oder die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Prämie an die AOK zu zahlen, die jeweils im Voraus für den Kalendermonat oder wahlweise für ein Jahr zu entrichten ist.

²Die Prämie ist fällig am 1. des Monats (Zahltag), für den die Prämie zu entrichten ist. ³Bei jährlicher Zahlungsweise ist die Prämie fällig am 1. des Monats (Zahltag) zu Beginn des Teilnahmejahres. ⁴Entstehen der AOK durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten. ⁵Wählt das Mitglied die jährliche Zahlung im Voraus, wird ein Prämiennachlass in Höhe von 4 v. H. gewährt. ⁶Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der für sich und/oder seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Tarifbeiträge zu erteilen.

⁷Es gelten die nachfolgenden Monatsprämien:

Alter	Monatliche Prämie in EUR Tarifaufprägung Zweibettzimmer	Monatliche Prämie in EUR Tarifaufprägung Einbettzimmer
bis 20	4,30	8,50
21-40	8,70	15,90
41-60	12,90	25,20
ab 61	35,40	67,40

⁸Ab dem vierten Jahr der Tarifwahl und dem durchgängigen Verbleib in einer Tarifaufprägung gelten folgende ermäßigte Monatsprämien:

Alter	Monatliche Prämie in EUR Tarifaufprägung Zweibettzimmer	Monatliche Prämie in EUR Tarifaufprägung Einbettzimmer
bis 20	4,00	8,00
21-40	8,20	15,10
41-60	12,20	23,90
ab 61	33,60	64,00

⁹Zur Bestimmung des jährlichen Tarifbeitrages in jedem Versicherungsjahr ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Versicherungsjahres maßgeblich. ¹⁰Kommt es zu Veränderungen der Leistungshöhen des Versicherers z.B. auf Grund von Veränderungen der Wahlleistungskosten, der Verweildauern, der Häufigkeit von Krankenhausfällen oder

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

auf Grund steigender Lebenserwartung, behält sich die AOK Hessen vor, die monatliche Prämienhöhen im Wege einer Satzungsänderung anzupassen. ¹¹Die Tarifwähler werden über die Anpassung schriftlich informiert.

- (5) ¹Sofern Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, kann die AOK dem Mitglied auf dessen Kosten eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. ²Wird die Prämie innerhalb der gesetzten Zahlungsfrist nicht gezahlt, ruht von dem Tage an, der dem letzten Tag der Zahlungsfrist folgt, der Anspruch auf Kostenerstattung bis zu dem Tage, an dem die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig entrichtet werden. ³Dabei werden Ruhenszeiten nicht auf die Wartezeit angerechnet. ⁴Zur Vermeidung von Mahnungen kann die AOK auf Antrag des Mitgliedes auch einem bewussten Ruhen des Tarifs zustimmen. ⁵In dem gewählten Zeitraum ruhen Prämienzahlungen und Leistungsanspruch bis zu dem Tage, an dem die Prämie vollständig für den Ruhenszeitraum entrichtet wird. ⁶Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn der Tarifbeitrag, einschließlich der entstandenen Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachentrichtet wird oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft. ⁷Ein fehlendes Verschulden des Mitgliedes an der verspäteten Zahlung ist anzuerkennen, wenn
- der verspätete Zahlungseingang nachweislich durch das vom Mitglied mit der Überweisung beauftragte Geldinstitut verschuldet wurde,
 - die termingerechte Zahlung bedingt durch einen stationären Krankenhausaufenthalt des Mitgliedes nicht vorgenommen werden konnte,
 - die termingerechte Zahlung aus anderen schwerwiegenden Gründen, die in der Person des Mitgliedes liegen oder sich aus dessen persönlichem Umfeld ergeben, nicht möglich war.

⁸Aus anderen als den o. a. Gründen kann ein fehlendes Verschulden im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn die vom Mitglied vorgebrachten und durch schriftliche Erklärung nachgewiesenen Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalles stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde. ⁹Die AOK kann die Teilnahme am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach diesem Absatz und Absatz 6 trotz Mahnung und Hinweis auf die Folgen zweimal nicht nachgekommen ist. ¹⁰Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird.

- (6) ¹Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung des Tarifbeitrags an die AOK für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. ²Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK zugeht. ³Ein besonderer Härtefall ist insbesondere anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) im Sinne des § 18 SGB IV nicht überschreiten. ⁴Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 v. H. der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße. ⁵Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist. ⁶Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitgliedes. ⁷Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde. ⁸Im Falle einer nicht altersbedingten Erhöhung des Tarifbeitrages über 10 v. H. kann der Tarif bis zum Ablauf des Kalendermonats gekündigt werden, in dem die Erhöhung in Kraft tritt. ⁹Ein Wechsel innerhalb der Tarifausprägung kann jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres erfolgen. ¹⁰Der Wechsel ist schriftlich mit einer Frist von drei Kalendermonaten zu beantragen.

- (7) ¹Im Übrigen gelten die Vorschriften über die Aufrechnung der Geldleistungen mit Ansprüchen der AOK Hessen gegen den Berechtigten gemäß § 51 SGB I und der Verrechnung der Geldleistungen mit Ansprüchen anderer Leistungsträger gemäß § 52 SGB I und Verrechnung sowie über Verjährung, Beanstandung und Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge, Verzinsung und Verjährung von Erstattungsansprüchen sowie Verrechnung und Aufrechnung von Erstattungsansprüchen nach den §§ 25, 26 Abs. 2, 27, 28 SGB IV entsprechend. ²Die näheren Einzelheiten zur Durchführung dieses Kostenerstattungstarifes sind in den Teilnahmebedingungen geregelt.

§§ 29 – 31 ohne Inhalt

§ 32 AOK-Bonusprogramm Meine Leistung plus

- (1) ¹Die AOK bietet ein Programm nach § 65 a SGB V an. ²Das Programm hat die Erstattung zusätzlicher Gesundheitsleistungen zum Gegenstand. ³Sollte das Bonusguthaben, das das Mitglied und seine mitversicherten Familienangehörigen zur Erstattung zusätzlicher Gesundheitsleistungen erhalten, nach drei Jahren nicht aufgebraucht sein, wird ein noch vorhandenes Restguthaben in voller Höhe ausgezahlt. ⁴Voraussetzung für die Teilnahme am AOK-Programm „Meine Leistung plus“ ist die ausdrückliche Entscheidung des Mitglieds. ⁵Die Teilnahme an mehreren AOK-Programmen nach § 65 a SGB V, sowie die Teilnahme an Programmen nach § 53 Abs. 1 SGB V ist nicht möglich. ⁶Ebenfalls ist die gleichzeitige Teilnahme an AGIDA - Die Direkte der AOK Hessen ausgeschlossen.
- (2) ¹Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Eingang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK Hessen zugeht. ²Wenn die Versicherung länger als 3 Monate unterbrochen wird oder endet (z.B. Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse), endet die Teilnahme am Tarif mit dem letzten Tag der Versicherung. ³Erfolgt im Anschluss an eine Mitgliedschaft ein Wechsel in die Familienversicherung bei der AOK Hessen, endet das Programm mit Ablauf des Kalenderjahres. Ein mögliches Restguthaben wird ausgezahlt.
- ⁴Sollte eine Teilnahme an Bonus fit oder am AOK Kinderbonus bestehen und diese innerhalb eines laufenden Kalenderjahres gekündigt werden, darf das AOK-Programm „Meine Leistung plus“ erst zum 01. Januar des Folgejahres gewählt werden.
- (3) ¹Mitglieder der AOK Hessen und ihre mitversicherten Familienangehörigen erhalten für gesundheitsbewusstes Verhalten ein Guthaben. ²Das Guthaben in Höhe von 125 € wird dem Familienverbund (Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige) einmalig im Jahr gewährt, eine Mehrfachausschüttung des Bonusguthabens in Höhe von 125 € an das Mitglied und an einen mitversicherten Familienangehörigen ist nicht möglich. ³Für den Erhalt des Guthabens muss das Mitglied oder ein mitversicherter Familienangehöriger der AOK Hessen jedes Jahr drei Gesundheitsmaßnahmen nachweisen, wobei alle drei Maßnahmen von einer Person durchgeführt werden müssen. ⁴Die ersten zwei Maßnahmen sind verpflichtend vorgegeben, wohingegen die dritte Maßnahme wählbar ist.
1. Maßnahme: Zahnvorsorge
 2. Maßnahme: Schutzimpfung
 3. Maßnahme: Krebsfrüherkennung beim Frauenarzt (ab dem 20. Lebensjahr), Check up 35 ab 25 Jahren oder Fitnessstudio/Sportverein

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

⁵Nach Vorlage des Nachweises über alle drei Gesundheitsmaßnahmen wird dem Guthabenkonto des Programmteilnehmers ein Betrag in Höhe von 125 EUR gutgeschrieben.

⁶Sollten weniger als drei Maßnahmen nachgewiesen werden, erhält der Programmteilnehmer kein Bonusguthaben. ⁷Der Nachweis über die Gesundheitsmaßnahmen ist spätestens bis zum Ende des 1. Quartals des Folgejahres einzureichen.

⁸Für eventuelle Gebühren, die für das Ausstellen einer ärztlichen Bescheinigung o. ä. entstehen können, übernimmt die AOK Hessen keine Kosten.

⁹Es werden nur Maßnahmen bonifiziert, die während der Teilnahme am AOK-Programm „Meine Leistung plus“ durchgeführt werden. ¹⁰Eine Bonifizierung von Maßnahmen, die vor Beginn der Teilnahme durchgeführt werden, erfolgt, sofern sie im selben Kalenderjahr durchgeführt werden, bzw. bei Schutzimpfungen, bei Maßnahmen nach § 25 Abs. 1 SGB V und § 12f Abs. 2 dieser Satzung sowie bei dem Hautkrebs-Screening regeln die Ausführungsrichtlinien die näheren Einzelheiten.

¹¹Mit dem Bonusguthaben können zusätzliche Gesundheitsleistungen finanziert werden.

¹²⁴Aus folgenden Bereichen kann das Mitglied für sich und seine mitversicherten Angehörigen im Rahmen des Programms Leistungen in Anspruch nehmen und erstattet bekommen: u.a. Präventionsleistungen und Vorsorgeuntersuchungen, Leistungen beim Kinderarzt, Leistungen beim Gynäkologen, Impfungen / Reiseschutzimpfungen, Sehhilfen, Kostenerstattungstarife der AOK Hessen. ¹³Eine detaillierte Auflistung der Leistungen findet sich in den Ausführungsbestimmungen wieder. ¹⁴Jede Leistungen darf pro Kalenderjahr je Mitglied bzw. je mitversichertem Familienangehörigen, falls nicht anders gekennzeichnet, nur einmal in Anspruch genommen werden.

¹⁵Es ist keine Höchstleistungsgrenze für die einzelnen Leistungen vorgegeben, d.h. Rechnungen werden, bis das Bonusguthaben aufgebraucht ist, in voller Höhe bzw. bis zur definierten Obergrenze (z.B. Fitnessstudiobeiträge max. 110 € pro Jahr) erstattet (näheres regeln die Ausführungsbestimmungen).

- (4) ¹Zur Erstattung der Leistungen reicht der Programmteilnehmer einen Nachweis über die ihm entstandenen Kosten in Form einer Rechnung ein. ²Welche Angaben die Rechnung zur Kostenerstattung beinhalten muss, regeln die Ausführungsbestimmungen. ³Erstattungen aus diesem Programm werden auf das vom Mitglied in der Teilnahmeerklärung angegebene Bankkonto überwiesen.

⁴Der Programmteilnehmer kann, sobald er die Gesundheitsmaßnahmen durchgeführt und nachgewiesen hat, Rechnungen über die zusätzlichen Gesundheitsleistungen einreichen.

⁵Diese werden, bis zur Erschöpfung des Bonusguthabens, erstattet. ⁶Die Rechnungen für die Leistungen sind spätestens bis zum Ende des 1. Quartals des Folgejahres einzureichen. ⁷Nach diesem Zeitpunkt eingereichte Rechnungen können nicht mehr berücksichtigt werden.

⁸Der Antrag auf Anrechnung der Prämien von Kostenerstattungstarifen muss im ersten Quartal des Folgejahres vorliegen. ⁹Erstattet werden dem Mitglied die im vorherigen Kalenderjahr angefallenen Prämien (max. bis zur Obergrenze des Bonusguthabens).

¹⁰Sollte das Bonusguthaben nach drei Jahren nicht aufgebraucht sein, wird ein noch vorhandenes Restguthaben in voller Höhe ausgezahlt. ¹¹Wird die Teilnahme am AOK-Programm „Meine Leistung plus“ oder die Mitgliedschaft bei der AOK Hessen vor Ablauf von drei Jahren gekündigt, verfällt das Restguthaben automatisch.

¹²Rechnungen über Leistungen, die vor Teilnahmebeginn in Anspruch genommen wurden, werden im Rahmen des Programms nicht erstattet.

¹³Zum jeweiligen Auszahlungszeitpunkt muss eine gültige Versicherung bei der AOK Hessen bestehen. ¹⁴Besteht eine Versicherungslücke im Auszahlungsmonat, kann eine Auszahlung auf Antrag erfolgen.

¹⁵Der Versicherte kann im ersten Teilnahmejahr beantragen, dass abweichend von Abs. 4 Sätzen 4 - 7, ein Betrag von 100 € ohne Vorlage einer Rechnung ausgezahlt wird, sofern die Voraussetzungen nach Abs. 3 Sätze 1 - 6 erfüllt sind.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

¹⁶Im übrigen bleiben die Regelungen zu den jährlichen Höchstbeträgen und der Auszahlung eines evtl. vorhandenen Restguthabens nach 3 Jahren unberührt.

¹⁷Offene Forderungen und Verpflichtungen, die zwischen der AOK Hessen und dem teilnehmenden Versicherten bestehen, werden grundsätzlich mit dem Bonus verrechnet (§§ 51 und 52 SGB I).

- (5) ¹Die AOK behält sich nach Maßgabe der nachfolgend beschriebenen Kriterien vor, den Leistungskatalog zu erweitern oder einzuschränken.
- (a) Die AOK kann den Leistungskatalog, unter Berücksichtigung medizinischer Kriterien, um Leistungen erweitern.
 - (b) Sollte eine der oben genannten Leistungen Kassenleistung werden, wird die Leistung nicht mehr innerhalb des AOK-Programms „Meine Leistung plus“ erstattet.
 - (c) Sollte eine Leistung, belegt durch medizinische Studien, einen gesundheitlichen Schaden nach sich ziehen oder im IGeL-Monitor negativ bewertet worden sein, wird die Leistung aus dem Leistungskatalog gestrichen.
 - (d) Darüber hinaus können Leistungen, die die Wirtschaftlichkeit des Programms gefährden aus dem Leistungskatalog gestrichen werden.

²Erfolgt die Streichung einer Leistung aus dem Leistungskatalog können die jeweiligen Leistungen im Fall (b) und (c) noch in einem Zeitraum von drei Monaten und im Fall (d) in einem Zeitraum von sechs Monaten in Anspruch genommen und erstattet werden.

³Alle näheren Einzelheiten zur Durchführung dieses Programms sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.

§ 33 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten – BONUS fit/AOK-Programm Kinderbonus

- (1) ¹Mitglieder der AOK Hessen und ihre mitversicherten Familienangehörigen, die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25, 26, 28 i. V. m. § 22 SGB V, Schutzimpfungen nach § 20i SGB V und/oder qualitätsgesicherte Leistungen der AOK Hessen und ihrer Kooperationspartner zur primären Prävention in Anspruch nehmen, erhalten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V, wenn diese dokumentiert wurden. ²Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Programmen nach § 65a SGB V ist nicht möglich.
- (2) ¹Im Rahmen des AOK-Programms Kinderbonus erhalten bei der AOK Hessen versicherte Kinder und ihre bei der AOK Hessen versicherten Eltern, Lebensgefährten der Eltern, Partner oder Verwandten bis zum 3. Grad einen Bonus, wenn sie die Leistungen nach Absatz 1 in Anspruch nehmen und diese Leistungen dokumentiert wurden. ²Voraussetzung für die Teilnahme am AOK-Programm Kinderbonus ist, dass das teilnehmende Kind das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und zum Teilnahmebeginn mindestens ein Mitglied für das Kind mitsammelt. ³Eine gleichzeitige Teilnahme an mehreren Programmen nach § 65a SGB V ist ausgeschlossen. ⁴Die gleichzeitige Teilnahme am AOK-Programm Kinderbonus, an einem Selbstbehalttarif nach § 20 sowie am Tarif nach § 25 dieser Satzung ist nicht möglich. ⁵Ebenso können Teilnehmer am Programm nach Absatz 1 nicht am Tarif nach § 25 teilnehmen.
- (3) ¹Voraussetzung für die Teilnahme an dem Programm nach Absatz 1 ist die ausdrückliche Entscheidung des Mitglieds bzw. bei dem Programm nach Absatz 2 eines Familienangehörigen des Kindes. ²Die Teilnahme an den Programmen nach den Absätzen 1 und 2 ist freiwillig und bedarf der Schriftform. ³Die Beendigung der Teilnahme kann jederzeit schriftlich gegenüber der AOK Hessen erklärt werden. ⁴Die Teilnahme am Bonusprogramm nach Absatz 1 kann vom Mitglied, am Bonusprogramm nach Absatz 2 vom teilnehmenden Kind jederzeit ohne Angaben von Gründen beendet werden. ⁵Wenn die Versicherung des am Programm nach Absatz 1 teilnehmenden Versicherten und die Versicherung des am Programm nach Absatz 2 teilnehmenden Kindes länger als 3 Monate

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

unterbrochen wird oder endet (z.B. Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse), endet die Teilnahme am Programm nach Absatz 1 und nach Absatz 2 mit dem letzten Tag der Versicherung. ⁶Erfolgt im Anschluss an eine Mitgliedschaft ein Wechsel in die Familienversicherung bei der AOK Hessen, endet das Programm nach Absatz 1 mit Ablauf des Kalenderjahres.

⁷Bei Versicherten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, hat die Kündigung durch den gesetzlichen Vertreter zu erfolgen. ⁸Bei Kündigung des Programms nach Absatz 2 vor Vollendung des 18. Lebensjahres verfallen die Treueboni. ⁷Beim Programm nach Absatz 2 endet die Teilnahme automatisch mit Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes. ⁹Ebenfalls kann ein Mitsammler nach Absatz 2 nur für ein Kind registriert sein. ¹⁰Im Falle einer missbräuchlichen Nutzung der Bonusprogramme nach den Absätzen 1 und 2 z. B. durch Manipulation des Punktestandes aufgrund falscher Angaben oder Sammlung von Punkten unter Verstoß gegen die Teilnahmebedingungen kann die AOK Hessen Teilnehmer mit sofortiger Wirkung vom Programm ausschließen, bereits erworbene Ansprüche können entfallen. ¹¹Wurde ein Teilnehmer von einem Bonus nach Absätzen 1 oder 2 ausgeschlossen, gilt er im Falle einer erneuten Anmeldung zu einem der Programme als nicht teilnahmeberechtigt.

- (4) ¹Die Bonifizierung erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. ²Maximal können beim Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten 100 Punkte kalenderjährlich und beim Programm nach Absatz 2 100 Punkte kalenderjährlich pro Kind und einem Mitsammler sowie 200 Punkte kalenderjährlich pro Kind und 2 Mitsammlern eingelöst werden. ³Eine Bonifizierung von Maßnahmen, die vor Beginn der Teilnahme durchgeführt werden, erfolgt, sofern sie im selben Kalenderjahr durchgeführt werden; bzw. bei Schutzimpfungen und bei Maßnahmen nach § 25 Abs. 1 SGB V und § 12f Abs. 2 dieser Satzung regeln die Ausführungsrichtlinien die näheren Einzelheiten. ⁴Bei der Teilnahme am Programm nach Absatz 2 erhält jedes Kind einen Treuebonus, wenn jährlich die Teilnahme des Kindes an mindestens einer Maßnahme gem. Absatz 1 nachgewiesen wird.

⁵Die Höhe des Treuebonus pro Kind ist wie folgt gestaffelt:

- a. nach 3 Teilnahmejahren: 60 Euro
- b. nach 6 Teilnahmejahren: 90 Euro
- c. nach 9 Teilnahmejahren: 120 Euro
- d. nach 12 Teilnahmejahren: 180 Euro
- e. nach 15 Teilnahmejahren: 250 Euro
- f. nach 18 Teilnahmejahren: 500 Euro

- (5) ¹Eine Auszahlung der Punkte erfolgt auf schriftlichen Antrag. ²Der Bonus wird den Versicherten als Geldprämie gegen Nachweis zur Verfügung gestellt. ³Er wird nach einem sich aus den Ausführungsbestimmungen ergebenden Punktzahlensystem ermittelt. ⁴Der Bonus nach Absatz 1 kann jährlich eingelöst werden. ⁵Im Programm nach Absatz 1 muss zum Auszahlungszeitpunkt eine gültige Versicherung bei der AOK Hessen bestehen. ⁶Besteht eine Versicherungslücke im Auszahlungsmonat, kann eine Auszahlung auf Antrag erfolgen. ⁷Beim Bonus nach Absatz 1 verfallen angesammelte Bonuspunkte, die nicht zur Auszahlung eingereicht wurden, mit Ablauf des 31.12. des jeweiligen Jahres, das auf das Jahr folgt, in dem die Maßnahmen durchgeführt wurden. ⁸Beim Bonus nach Absatz 2 werden die Maßnahmen angerechnet, die bis Ablauf des 31.12. des jeweiligen Jahres eingereicht werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Maßnahmen durchgeführt wurden. ⁹Beim Programm nach Absatz 2 kommen der Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten und der Treuebonus mit Vollendung des 18. Lebensjahres zur Auszahlung. ¹⁰Zum Auszahlungszeitpunkt muss eine gültige Versicherung bei der AOK Hessen bestehen. ¹¹Besteht eine Versicherungslücke im Auszahlungsmonat, kann eine Auszahlung auf Antrag erfolgen.

¹²Ist eine Mindestlaufzeit von drei Jahren erfüllt, kann der Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten auf Antrag auch jährlich ausgezahlt werden. ¹³Bei Einlösung des Bonus für

gesundheitsbewusstes Verhalten vor Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes bleiben die angesparten Treueboni bestehen. ¹⁴Diese kommen frühestens mit Vollendung des 18. Lebensjahres zur Auszahlung.

- (6) Die näheren Einzelheiten zur Durchführung der Programme nach den Absätzen 1 und 2 sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.

§ 34 Bonus für Arbeitgeber bei Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung – BUSINESS fit

- (1) ¹Die AOK fördert gemäß § 20b SGB V Arbeitgeber, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen und gewährt nach § 65a Abs. 2 SGB V und nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen sowie der Ausführungsbestimmungen einen Bonus.

²Teilnahmevoraussetzungen für die Unternehmen sind:

- der Abschluss der Kooperationsvereinbarung zum Firmenkundenbonus,
- die Erfüllung der Basisanforderungen
- schriftlicher Nachweis der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- vertrauensvolle Zusammenarbeit
- Mitarbeit (Datenlieferung) bei der Evaluation des Firmenkundenbonus

- (2) ¹Die Teilnahme am Firmenkundenbonus beginnt mit Abschluss der Kooperationsvereinbarung. ²Die Teilnahme wird auf 1 Projektjahr begrenzt. ³Eine Verlängerung ist möglich.

- (3) ¹Die AOK unterstützt die Umsetzung eines integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagements durch eigene Fachkräfte. ²Die betriebliche Gesundheitsförderung hat den Qualitätsanforderungen des Handlungsleitfadens nach § 20 SGB V und den Vorgaben der Ausführungsbestimmungen für ein erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement zu entsprechen. ³Diese ist zu dokumentieren und der AOK Hessen nachzuweisen. ⁴Die Vergabe des Bonus ist an den Nachweis durch das teilnehmende Unternehmen gebunden, Gesundheitsförderung im vorgenannten Sinne implementiert und kontinuierlich verbessert zu haben.

- (4) ¹Der Bonus wird sowohl als initiiierende Projektförderung zum Beginn eines Projektjahres sowie als umsetzungsabhängige Bonifizierung zum Ende eines Projektjahres gewährt. ²Bei Reduzierung definierter Leistungskosten erhält das teilnehmende Unternehmen 30 % der pauschaliert ermittelten eingesparten Leistungsausgaben als Bonus. ³Zusätzlich honoriert die AOK Hessen die Implementierung geeigneter Strukturen und Verfahren und die Einbindung der Mitarbeiter mit einem Anschub-/Erhaltungs- sowie Mehraufwandsbetrag.

- (5) ¹Die näheren Einzelheiten zu den Qualitätsstandards und zur Qualitätssicherung, zur Prüfung der Effektivität der Maßnahmen und der Umsetzung der Bonusregelung werden in Ausführungsbestimmungen und den Vereinbarungen mit den Teilnahmebetrieben geregelt.

§ 35 Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen

- (1) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V (DMP) der AOK Hessen teilnehmen, für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung für die Region Hessen beantragt wurde oder beantragt wird.

- (2) ¹Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb der Region Hessen durchgeführt werden und für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Beauftragung beantragt wurde oder beantragt wird. ²Dies gilt auch für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V, die als Modellvorhaben durchgeführt werden.

- (3) ¹Die Teilnahme ist schriftlich zu erklären (Einschreibung). ²Mit der Einschreibung erklärt sich der Versicherte zur aktiven Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm bereit. ³Voraussetzung für die Teilnahme ist die schriftliche Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch einen Arzt, der als koordinierender Vertragsarzt in das jeweilige Behandlungsprogramm eingeschrieben ist.
- (4) Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm endet bei Widerruf der Einwilligungserklärung durch den Versicherten mit dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung bei der AOK Hessen, es sei denn, der Versicherte bestimmt einen späteren Zeitpunkt; in diesem Fall endet die Teilnahme zu dem vom Versicherten bestimmten Zeitpunkt.
- (5) Die Satzungsregelung gilt auch für Versicherte, die sich in der Vergangenheit in strukturierte Behandlungsprogramme einer anderen AOK außerhalb der Region Hessen eingeschrieben haben.

§§ 36 und 38 ohne Inhalt

Fünfter Abschnitt: Beiträge

§ 39 Beitragssätze

- (1) Der allgemeine Beitragssatz wird in § 241 SGB V festgesetzt.
- (2) Der ermäßigte Beitragssatz wird in § 243 SGB V festgesetzt.

§ 40 Zusatzbeitrag

Mitglieder haben auf der Grundlage des § 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag in Höhe von 1,0 v.H. ihrer jeweiligen beitragspflichtigen Einnahmen zu zahlen.

§ 41 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder

Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder, die Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder sowie die Regelungen über Fälligkeit und Zahlung der Beiträge ergeben sich aus dem Gesetz und den einheitlichen Grundsätzen des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge.

§ 42 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

Laufende Beiträge, die geschuldet werden, werden entsprechend den Regelungen dieser Satzung und den Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes fällig.

§ 43 Ohne Inhalt

§ 44 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

Der Arbeitgeber hat der AOK einen Beitragsnachweis durch Datenübertragung zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Beiträge zu übermitteln.

§ 45 Vorschüsse

¹Die AOK kann von Arbeitgebern, die

1. innerhalb des Kassenbezirks keine feste Betriebsstätte haben oder sich nur vorübergehend aufhalten oder

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

2. a) länger als einen Monat mit der Beitragszahlung in Verzug sind oder
 - a) sich in einem Insolvenzverfahren befinden oder
 - b) sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
 - c) Zahlungsausfälle befürchten lassen oder
3. keine Beitragsnachweise einreichen oder
4. einen längeren Entgeltabrechnungszeitraum als einen Monat haben und nicht mindestens monatliche Abschläge auf die Arbeitsentgelte leisten,

Vorschüsse in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrages für je einen Monat fordern. ²Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

§ 46 Erstattung von Beiträgen

Beitragserstattungen nach § 231 SGB V werden jährlich vorgenommen.

§ 47 und 48 ohne Inhalt

Sechster Abschnitt: Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle

§ 49 Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle

- (1) ¹Die Aufgaben der Widerspruchsstelle werden durch einen besonderen Ausschuss nach § 36 a SGB IV (Widerspruchsausschuss) wahrgenommen. ²Der Widerspruchsausschuss besteht aus mehreren Kammern, deren Zahl der Verwaltungsrat in Richtlinien bestimmt.
- (2) ¹Den Kammern gehören je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber an, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen. ²Der Vorsitzende des Vorstandes oder ein von ihm Beauftragter gehört dem Ausschuss mit beratender Stimme an.
- (3) ¹Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat für die Dauer der Amtsperiode der Organe bestellt. ²Für die Stellvertretung gilt § 31 Abs. 3 der Satzung entsprechend.
- (4) Für ehrenamtliche Mitglieder des Widerspruchsausschusses gelten die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes sowie über Haftung, Amtsdauer, Amtsverlust, Beratung, Beschlußfassung und Entschädigung entsprechend.
- (5) Der Widerspruchsausschuss entscheidet über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anders bestimmt ist.

Siebter Abschnitt: Organe

§ 50 Organe der AOK

Organe der AOK sind der Verwaltungsrat und der Vorstand. Sie wirken bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben vertrauensvoll zusammen.

§ 51 Verwaltungsrat und seine Mitglieder

- (1) ¹Der Verwaltungsrat der AOK hat 30 Mitglieder. Er setzt sich aus je 15 Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber zusammen. ²Für die Stellvertretung der Verwaltungsratsmitglieder gilt Listenstellvertretung.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- (2) Mitglieder des Verwaltungsrates und ihre Stellvertreter werden Mitglieder des Verwaltungsrates an dem Tag, an dem die erste Sitzung des Verwaltungsrates stattfindet (Konstituierende Sitzung).
- (3) ¹Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates. ²Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich zum 1. Oktober.

§ 52 Aufgaben des Verwaltungsrates

- (1) ¹Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. ²Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK von grundsätzlicher Bedeutung sind.
- (2) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:
1. Grundsatzentscheidungen der sozial- und unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK in gesundheits- und sozialpolitischen und strategischen Fragen,
 2. Wahl des Vorstandes und aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden,
 3. Vertretung der AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern,
 4. Vereinbarung von strategischen Zielen der Sozial- und Unternehmenspolitik mit dem Vorstand innerhalb der Grenzen der Grundsatzentscheidungen,
 5. Überwachung des Vorstandes u. a. durch Entgegennahme der Berichte des Vorstandes über die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen, finanzielle Situation und Entwicklung sowie die Erreichung der Jahresziele (§ 197 Abs. 1 Nr. 1a SGB V, § 35a Abs. 2 SGB IV),
 6. Bestellung eines externen Prüfers für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV) und Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung,
 7. Feststellung des Haushaltsplans,
 8. Aufstellung und Änderung der Satzung,
 9. Zustimmung zur Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung und des Stellenplans,
 10. Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V,
 11. Beschluss über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,
 12. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat,
 13. Beschlussfassung über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen,
 14. Wahrnehmung von Aufgaben in anderen, durch Gesetz oder maßgebendes Recht bestimmten Fällen.
- (3) ¹Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen und mehr als die Hälfte anwesend sind. ²Bei Beschlussunfähigkeit ist binnen zwei Wochen zu einer erneuten Sitzung einzuladen. ³Beschlüsse über Änderungen der Satzung bedürfen der Mehrheit von zwei Dritteln der Verwaltungsratsmitglieder. ³Im übrigen gilt § 64 SGB IV.
- (4) ¹Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen über
1. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
 2. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung sowie Änderungen von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts zur Beseitigung offenkundiger Unrichtigkeiten handelt,
 3. Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

4. Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen oder besonders eilbedürftig sind. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, stellen die Verwaltungsratsvorsitzenden gemeinsam fest.

²Wenn mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen. ³Ergibt sich bei der schriftlichen Abstimmung Stimmengleichheit, so wird über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates beraten und abgestimmt. ⁴Kommt auch bei der zweiten Abstimmung keine Mehrheit zustande, so gilt der Antrag als abgelehnt.

(5) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere

1. die Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht verstoßen,
2. die Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei der Ergänzung des Verwaltungsrates,
3. Anzeige und Benachrichtigung über das Ergebnis der Wahl und über Änderungen in der Zusammensetzung des Verwaltungsrates.

§ 53 Vorstand

- (1) ¹Der Vorstand besteht aus zwei Mitgliedern. ²Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahren; Wiederwahl ist möglich.
- (2) ¹Der Vorstand führt die Geschäfte der AOK, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen. ²Im Rahmen der dem Vorstand obliegenden Gesamtverantwortung und der aufgestellten Richtlinien führt jedes Mitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. ³Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand, bei Stimmengleichheit der Vorsitzende des Vorstandes (§ 35 a Abs. 1 und 3 SGB IV).
- (3) Der Vorstand handelt unter Berücksichtigung der vom Verwaltungsrat bestimmten Grundsatzentscheidungen und trifft alle zu ihrer Realisierung erforderlichen Entscheidungen.
- (4) Der Vorstand hat für Änderungen des Gesellschaftsvertrages des AOK-Bundesverbandes die Zustimmung des Verwaltungsrates einzuholen.
- (5) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:
 1. Die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Aufgaben in der Unternehmenspolitik und -strategie, der Sozial- und Gesundheitspolitik im Rahmen seiner gesetzlichen Zuständigkeit;
 2. die Zielplanung und Aufstellung von Jahreszielen im Rahmen der mit dem Verwaltungsrat getroffenen Zielvereinbarungen;
 3. Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über
 - a) Umsetzung von Grundsatzentscheidungen,
 - b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
 - c) die Einhaltung der Jahresziele;
 4. Bericht gegenüber den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen;
 5. Aufstellung von Richtlinien für den Vorstand;
 6. sonstige Aufgaben, die durch Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht dem Vorstand zugewiesen sind.

§ 54 Vertretung der AOK

- (1) Der Vorstand vertritt die AOK unbeschadet des Absatzes 3 gerichtlich und außergerichtlich.
- (2) ¹Jedes Vorstandsmitglied nimmt das Vertretungsrecht des Vorstandes in den Grenzen der durch die Richtlinien des Vorstandes ihm übertragenen Geschäftsführungsbefugnis allein wahr. ²Im Einzelfall kann durch den Vorstand bestimmt werden, dass auch einzelne Mitglieder des Vorstandes die AOK vertreten können.
- (3) ¹Der Verwaltungsrat vertritt die AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern. ²Das Vertretungsrecht wird gemeinsam durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

§ 55 Beratende Gremien

- (1) Zur Unterstützung der Unternehmenspolitik der AOK werden beratende Gremien eingeführt (z. B. Handwerksbeiräte).
- (2) Das Nähere, insbesondere die Aufgaben, Zusammensetzung und Anzahl der Gremien, bestimmt der Verwaltungsrat in Richtlinien.

§ 56 Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder

- (1) ¹Die Mitglieder des Verwaltungsrates üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. ²Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten oder andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, die Rechte und Pflichten eines Mitgliedes des Verwaltungsrates (§ 40 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB IV).
- (2) Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten Entschädigungen und Erstattungen nach der als Anhang 2 beigefügten Regelung (§ 41 Abs. 1, Abs. 2 SGB IV).
- (3) Die Mitglieder des Verwaltungsrates haften nach Maßgabe des § 42 SGB IV.

Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 57 Rücklage

Die Rücklage beträgt 50 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Zwecke.

§ 58 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Abnahme der Jahresrechnung

- (2) ¹Der vom Verwaltungsrat gebildete Rechnungsprüfungsausschuss ist befugt, die Bücher und Akten der AOK einzusehen sowie die Vermögensbestände zu prüfen. ²Er kann einzelne Mitglieder hiermit beauftragen.
- (3) ¹Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt. ²Der Vorstand veranlasst eine interne oder externe Rechnungsprüfung (§ 77 Abs. 1 Satz 1 SGB IV, § 31 SVHV).
- (4) ¹Der Verwaltungsrat bestellt den externen Prüfer für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV). ²Die Abnahme der Jahresrechnung erfolgt durch den Verwaltungsrat.

Neunter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§ 59 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz richtet sich nach den Bestimmungen des Anhangs 1 dieser Satzung.

Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und In-Kraft-Treten

§ 60 Bekanntmachungen/Veröffentlichungen

- (1) ¹Bekanntmachungen sind in den Geschäftsräumen der AOK mindestens zwei Wochen öffentlich auszuhängen. ²Bei Satzungsänderungen wird außerdem auf den wesentlichen Inhalt sowie auf Ort und Zeit des Aushangs in der regionalen Tagespresse hingewiesen.
- (2) ¹Bekanntmachungen von Änderungen der Dienstordnung einschließlich des Stellenplanes sowie der Regelungen über die Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen erfolgen nach der Genehmigung durch Auslegung im Büro der Selbstverwaltung für zwei Wochen. ²Durch Aushang in den Geschäftsstellen wird außerdem auf diese Änderungen sowie auf Ort und Dauer der Auslegung hingewiesen.
- (3) ¹Die AOK veröffentlicht nach § 305 b SGB V zum 30. November eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und auf der eigenen Internetpräsenz (www.aok.de/hessen).
²Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 in den Kundenzeitschriften der AOK sowie durch Aushang in den Geschäftsräumen der AOK veröffentlicht.

§ 61 In-Kraft-Treten

- (1) Die Satzung tritt am 1. August 2016 in Kraft.
- (2) Mit dem Tag des Inkrafttretens dieser Satzung verliert die Satzung vom 1. Januar 2010 in der Fassung des 24. Nachtrages ihre Gültigkeit.
- (3) Der Verwaltungsrat hat die vorstehende Fassung der Satzung in seiner Sitzung am 12. Juli 2016 beschlossen.

Anhang 1 zur Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft ("Ausgleichsverfahren")

Erster Abschnitt: Maßgebende Rechtsnormen

§ 1 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen (nachfolgend AOK) entsprechende Anwendung, soweit im folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

Zweiter Abschnitt: Beteiligte Arbeitgeber

§ 2 Beteiligte Arbeitgeber

- (1) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beschäftigen.
- (2) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen alle Arbeitgeber teil.
- (3) Ausnahmen von der Teilnahme am U1- bzw. U2-Verfahren sind in den §§ 11 und 12 AAG geregelt.

Dritter Abschnitt: Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber

§ 3 Erstattungen

- (1) Die AOK erstattet
 1. den nach § 1 Abs. 1 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für Aufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) 70 v. H. des für den in den § 3 Abs. 1 und 2 und § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraumes an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgeltes und der nach § 12 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz an Auszubildende fortgezahlten Arbeitsentgelte.
 - b) ¹Auf Antrag des Arbeitgebers kann der Erstattungssatz nach Absatz 1 Nr. 1 Buchst. a auf 80 v. H., 60 v. H. oder 50 v. H. geändert bzw. – nach vorausgegangener Wahl – ein Erstattungssatz von 50, 60, 70 oder 80 v. H. gewählt werden. Der Antrag gilt jeweils für ein Kalenderjahr. ²Er ist möglichst frühzeitig, spätestens jedoch bis 10. Februar (Eingang bei der AOK) einzureichen, damit die Wahl zum 1. Januar des Jahres wirksam wird. ³Sofern kein Antrag gestellt wird, bleibt es bei dem bisherigen Erstattungssatz. ⁴Bei Neueröffnung eines Arbeitgeberkontos ist der Antrag innerhalb von sechs Wochen (Eingang bei der AOK) zu stellen, ansonsten erfolgt bis zum Ende des Kalenderjahres eine Einstufung entsprechend der Regelung des Absatzes 1 Nr. 1 Buchst. a.
 2. den Arbeitgebern nach § 1 Abs. 2 AAG für Aufwendungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft
 - a) 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld,
 - b) 100 v. H. des vom Arbeitgeber bei Beschäftigungsverboten nach § 11 Mutterschutzgesetz gezahlten Arbeitsentgeltes und

- c) 100 v. H. für die nach Nr. 2 b) anfallenden und vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit einschließlich der Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, zur sozialen Pflegeversicherung und nach § 172 Abs. 2 SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI
- (2) Die Erstattung nach Abs. 1 Nr. 1 hat höchstens aus einer Vergütung oder einem Arbeitsentgelt in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (West) zu erfolgen.

§ 4 Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen

Mit den in § 3 Abs. 1 Nr. 1 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die erstattungsfähigen Aufwendungen entfallenden Arbeitgeberanteile der Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung, die Arbeitgeberanteile nach § 172 Abs. 2 SGB VI, sowie die Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI abgegolten.

§ 5 Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

Dem Arbeitgeber können auf Antrag angemessene Vorschüsse für die Erfüllung einer Verpflichtung nach den in § 3 genannten Rechtsgrundlagen gewährt werden.

Vierter Abschnitt: Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage

§ 6 Aufbringung der Mittel, Umlage

- (1) Die Mittel zur Durchführung der Ausgleichsverfahren U1 und U2 werden jeweils durch gesonderte Umlagen, die die erforderlichen Verwaltungskosten angemessen berücksichtigen, von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.
- (2) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (§ 3 Abs. 1 Nr. 1a) beträgt 2,4 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.
- (3) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Abs. 1 Nr. 2) beträgt 0,49 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.
- (4) Die geänderte Umlage nach § 3 Abs. 1 Nr. 1b beträgt 3,2 v. H. (Erstattungssatz 80 v. H.), 2,1 v. H. (Erstattungssatz 60 v. H.) bzw. 1,3 v. H. (Erstattungssatz 50 v. H.) der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.
- (5) ¹Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig. ²Sind ausschließlich Umlagen nach Absatz 3 zu zahlen, kann die AOK mit diesen Arbeitgebern abweichende Vereinbarungen über den Nachweis und Zahlung dieser Umlagen treffen.

§ 7 Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern

Die AOK kann von umlagepflichtigen Arbeitgebern nach § 45 der Satzung Vorschüsse verlangen.

Fünfter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 8 Verwaltung der Mittel

¹Die AOK verwaltet die Mittel für die Ausgleichsverfahren als Sondervermögen. Es werden getrennte Betriebsmittel gebildet:

1. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit, U1-Verfahren (§ 1 Abs. 1 AAG),
2. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft und Schwangerschaft, U2-Verfahren (§ 1 Abs. 2 AAG).

²Die Betriebsmittel sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für zwei Monate ausreichen, dürfen jedoch die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen.

Sechster Abschnitt: Verwaltungsrat

§ 9 Verwaltungsrat

- (1) In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.
- (2) Im Verwaltungsrat übt in Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates gewählt worden ist.
- (3) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat wählen aus ihrer Mitte einen stellvertretenden Vorsitzenden.

Siebter Abschnitt: Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle

§ 10 Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle

Die Bestimmungen des § 49 der Satzung über Besetzung, Aufgaben und Befugnisse des Widersprachausschusses und der Einspruchsstelle gelten mit der Maßgabe, dass in Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendung nach dem AAG im Widersprachausschuss nur Vertreter der Arbeitgeber mitwirken.

Achter Abschnitt: In-Kraft-Treten

§ 11 In-Kraft-Treten

Dieser Anhang zur Satzung der AOK tritt am 1. August 2016 in Kraft.

Anhang 2
zur Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

**Entschädigungsregelung für die ehrenamtlich Tätigen in der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
(§ 41 SGB IV)**

Die ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane erhalten für die Wahrnehmung der Geschäfte:

I.

1. Fahrkostenerstattung nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamtinnen und Beamten im Lande Hessen; bei Verwendung eigener Personenkraftwagen wird eine Wegstreckenentschädigung nach § 6 Abs. 1 Satz 2 Hessisches Reisekostengesetz (HRKG) gewährt.

Bei Mitnahme anderer Personen wird zusätzlich eine Mitnahmeentschädigung entsprechend § 6 Abs. 3 HRKG gezahlt.

2. Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienstes und des Verdienstausfalles sowie der Ausgleich versicherungsrechtlicher Nachteile unter Beachtung des Höchstbetrages gemäß § 41 Abs. 2 SGB IV.
3. Tage- und Übernachtungsgelder nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamtinnen und Beamten im Lande Hessen mit folgender Maßgabe; Grundlage der Tagegeldbemessung ist stets das volle Tagegeld bei einer Mindestabwesenheit von 24 Stunden.

Beim Tagegeld wird von den Vorschriften des HRKG insoweit abgewichen, als – auch für Sitzungstage - eine Abstufung vorgenommen wird, die bis zu 6 Stunden ein halbes Tagegeld und bei mehr als 6 Stunden ein volles Tagegeld vorsieht.

Bei der Zeitdauer der Organtätigkeit sind die Fahrzeiten zu berücksichtigen.

Für die Teilnahme an einer Sitzung am Wohnort des Organmitgliedes wird abweichend von den Vorschriften des HRKG ebenfalls Tagegeld nach Satz 3 gezahlt.

Wird Verpflegung gestellt, ist das Tagegeld nach § 10 Abs. 1 HRKG zu kürzen. Berechnungsgrundlage der Kürzung ist stets das volle Tagegeld.

Übernachungskosten (ohne Mahlzeiten), die das Übernachtungsgeld um nicht mehr als 50 v. H. übersteigen, werden erstattet. Höhere Aufwendungen für Übernachtungen und Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur dann erstattet, wenn die Aufwendungen unvermeidbar waren.

II.

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand für Sitzungen

Die Mitglieder des Verwaltungsrates oder ihre Stellvertreter erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

Sitzungen im vorgenannten Sinne sind neben den regulären Verwaltungsratssitzungen, Ausschusssitzungen und Sitzungen der Verwaltungsratsvorsitzenden mit dem Vorstand insbesondere auch die seitens der Verwaltungsratsvorsitzenden einberufenen Vorbesprechungen zu den Verwaltungsratssitzungen sowie Klausurtagungen der Versicherten- und/oder Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.

Den Pauschbetrag erhalten Verwaltungsratsmitglieder, die nicht zugleich Vorsitzende/r oder stellvertretende/r Vorsitzende/r des Verwaltungsrates sind, auch bei Verhandlungen oder Gesprächen mit Dritten, wenn sie auf Beschluss des Organs bzw. in Ausnahmefällen auf Entscheidung der Verwaltungsratsvorsitzenden daran teilnehmen und die Teilnahme nicht ausschließlich repräsentativer Art ist. Soweit ein Verwaltungsratsmitglied die Selbstverwaltung mit einem aktiven Beitrag bei einer öffentlichen Selbsthilfe-Informationsveranstaltung der AOK Hessen (§ 20 h SGB V) offiziell vertritt, so wird der Pauschbetrag gewährt.

Bei Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Kalendertag wird der Pauschbetrag nur einmal gewährt.

Der Pauschbetrag beträgt 70,00 Euro.

2. Pauschbetrag für Zeitaufwand für Sitzungen für die Vorsitzenden des Verwaltungsrates und der Ausschüsse des Verwaltungsrates

Die/der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für jeden Kalendertag einer Sitzung des Verwaltungsrates einen erhöhten Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Abs. 3 Satz 1 SGB IV). Dies gilt analog für die Vorsitzenden der Ausschüsse des Verwaltungsrats bei den jeweiligen Ausschusssitzungen.

Im Verhinderungsfall gilt die Regelung für die stellvertretenden Vorsitzenden entsprechend.

Der Pauschbetrag beträgt 110,00 Euro.

3. Auslagenersatz für die/den Vorsitzende/n und die/den stellvertretende/n Vorsitzende/n des Verwaltungsrates

Die/der Vorsitzende und die/der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten zur Abgeltung der Auslagen für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen einen Pauschbetrag (§ 41 Abs. 1 Satz 2 SGB IV).

Der monatliche Pauschbetrag beträgt 74,00 Euro.

4. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen für die/den Vorsitzenden und die/den stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Die/der Vorsitzende und die/der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten zur Abgeltung ihres Zeitaufwandes außerhalb von Sitzungen einen Pauschbetrag.

Der monatliche Pauschbetrag beträgt 462,00 Euro.

Der Pauschbetrag erhöht sich jeweils um 70,00 Euro für eine außergewöhnliche Inanspruchnahme außerhalb von Sitzungen, soweit die/der Vorsitzende und/oder die/der stellvertretende Vorsitzende in Fällen von grundsätzlicher Bedeutung für die Selbstver-

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

waltung sowie im Rahmen themenspezifischer Sonderaufgaben oder zu auf besonderen Aufträgen beruhenden sonstigen Anlässen an Verhandlungen, Besprechungen, Tagungen und Veranstaltungen teilnimmt. Dies gilt nicht im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung als Mitglied anderer Selbstverwaltungsorgane wie etwa beim GKV-Spitzenverband, beim AOK-Bundesverband oder beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen.

III.

Diese Regelungen treten am 1. August 2016 in Kraft.

Anhang 3

Protokollnotizen zur Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

1. Versichertenälteste/Vertrauensleute

Für die Regionaldirektionen in ihren jeweiligen räumlichen Zuschnitten bis zum 31. Juli 1994, in denen bis zum 30. September 1993 Versichertenälteste und/oder Vertrauensleute der Arbeitgeber gewählt waren, behalten die entsprechenden Satzungsbestimmungen einschließlich der Entschädigungsregelungen der bis zum 30. September 1993 existierenden hessischen AOKs auch nach dem 1. Oktober 1993 ihre Gültigkeit.

Anhang 4

Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten

Nicht besetzt