

Satzung
der AOK Sachsen-Anhalt
- Die Gesundheitskasse

vom 01.04.2009 in der Fassung der 28. Änderung durch
Beschluss des Verwaltungsrates vom 06.03.2018

Inhaltsübersicht:**PRÄAMBEL****ERSTER ABSCHNITT:****Name und Aufgabenstellung**

- § 1 Name, Sitz und Bezirk
 § 2 Aufgabenstellung

ZWEITER ABSCHNITT:**Versicherter Personenkreis**

- § 3 Mitglieder
 § 4 Familienangehörige
 § 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

DRITTER ABSCHNITT:**Leistungen**

- § 6 Art und Umfang der Leistungen
 § 6 a Vermittlung privater Zusatzangebote
 § 7 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe
 § 8 unbesetzt
 § 8 a Primäre Prävention durch Schutzimpfungen
 § 9 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen
 § 10 Häusliche Krankenpflege
 § 11 Zusätzliche Leistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V
 § 11 a Osteopathie
 § 11 b Künstliche Befruchtung
 § 11 c Zuschuss für eine Brillenentspiegelung für Berufskraftfahrer, Busfahrer sowie Schienenfahrzeugführer
 § 11 d Hautkrebsscreening
 § 11 e Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel
 § 11 f Gesundheits- und Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Geburt
 § 11 g Hebammenrufbereitschaft
 § 11 h Frühkindliche Gesundheitsangebote
 § 11 i Multimodales Stressmanagement für Kinder
 § 11 j Mehrleistung für Flash-Glukose-Messsysteme
 § 12 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe
 § 13 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V
 § 14 Kostenerstattung
 § 15 Teilkostenerstattung
 § 16 Empfangsberechtigung
 § 16 a Leistungsausschluss
 § 16 b Integrierte Versorgung
 § 16 c Hausarztzentrierte Versorgung
 § 16 d Strukturierte Behandlungsprogramme – DMP
 § 16 e Besondere ambulante ärztliche Versorgung
 § 16 f Modellvorhaben zur Erprobung des Einsatzes einer arztunterstützten Praxis-Software

- § 16 g Modellvorhaben zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf- gestrichen

VIERTER ABSCHNITT:

Wahltarife/Weiterentwicklung der Versorgung

- § 17 - gestrichen
 § 17 a Modellvorhaben AOK Bonustarif - gestrichen
 § 17 b Wahltarife – Teilnahme an besonderen Versorgungsformen
 § 17 c - gestrichen
 § 17 d AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus
 § 17 e Wahltarif - Krankengeld
 § 17 f Wahltarif -Teilkostenversicherung für DO – Angestellte
 § 17 g AOK - Kinderbonus
 § 17 h AOK - Auslandsreisewahltarif
 § 17 i AOK - Gesundheitsbonus
 § 17 j AOK - Aktivbonus

FÜNFTER ABSCHNITT:

Beiträge

- § 18 Beitragssätze
 § 18 a Zusatzbeitrag
 § 19 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder
 § 20 - gestrichen
 § 21 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge
 § 21 a - gestrichen
 § 22 - gestrichen
 § 23 Vorschüsse

SECHSTER ABSCHNITT:

Widerspruchsstelle

- § 24 Besonderer Ausschuss (Widerspruchs-, Einspruchsausschuss)

SIEBTER ABSCHNITT:

Organe

- § 25 Organe der AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse
 § 26 Verwaltungsrat
 § 27 unbesetzt
 § 28 Vorstand
 § 29 Vertretung der AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse
 § 30 unbesetzt
 § 31 Amtsdauer, Entschädigung und Haftung der Organmitglieder

ACHTER ABSCHNITT:**Verwaltung der Mittel**

§	32	Rücklage
§	33	Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung

NEUNTER ABSCHNITT:**Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz**

§	34	Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
---	----	--

ZEHNTER ABSCHNITT:**Bekanntmachungen/Veröffentlichungen und In-Kraft-Treten**

§	35	Bekanntmachungen/Veröffentlichungen
§	36	In-Kraft-Treten

Anhang 1: Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Anhang 2: Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates

Anhang 3: Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

PRÄAMBEL

Die AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse ist zum 01.04.2009 aus der freiwilligen Vereinigung der bereits bestehenden AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse mit der BKK Sachsen-Anhalt hervorgegangen.

Die AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse versteht sich als der regionale Anbieter im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in Sachsen-Anhalt und sieht sich insoweit als leistungsstarker, innovativer Dienstleister und Partner für ihre Versicherten und Arbeitgeber.

ERSTER ABSCHNITT:

Name und Aufgabenstellung

§ 1 - Name, Sitz und Bezirk

- (1) Die Krankenkasse führt den Namen AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse.
- (2) Der Bezirk der AOK umfasst das Gebiet des Bundeslandes Sachsen-Anhalt. Sitz der Kasse ist die Landeshauptstadt Magdeburg.
- (3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

§ 2 - Aufgabenstellung

- (1) Die AOK versteht sich als Gesundheitskasse. Aus 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) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie 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. Dabei 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) Die Organe der AOK legen die Grundsätze für eine einheitliche und landesweit verbindliche Unternehmenspolitik fest.
- (5) Die AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes. Die von dem GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach §§ 92 und 282 SGB V sind für die AOK verbindlich.

- (6) Die AOK wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik im Lande mit. Sie setzt sich für bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgungsstrukturen und für eine ausgewogene Mitglieder- und Risikostruktur sowie für eine qualifizierte Kostensteuerung im Gesundheitswesen ein.
- (7) Die AOK wirkt bei Leistungserbringern und Versicherten durch Verträge, Information und Beratung auf eine qualitätsgebundene preisgünstige Versorgung hin.

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) Als 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,
- Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr.1 SGB V versicherungsfrei sind,
- Schwerbehinderte Menschen i. S. des § 2 Abs. 2 SGB IX, die bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres beigetreten sind,
- Arbeiter und Angestellte, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete,
- Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge,

wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind. Freiwillige Mitglieder sind auch solche Personen, die vor dem 1. Januar 1989 ihre Mitgliedschaft begründet haben. Der AOK können auch freiwillige Mitglieder anderer Krankenkassen beitreten.

- (3) Für die Wahl der Mitgliedschaft bei der AOK und die Ausübung des Wahlrechts gelten die §§ 53 Abs. 8, 173 bis 175 SGB V.

§ 4 - Familienangehörige

Als Familienangehörige sind bei der AOK der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern versichert, 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 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) Die 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. Die freiwillige Mitgliedschaft kann ohne Einhaltung der Kündigungsfrist beendet werden, wenn für das Mitglied nach Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V besteht.
- (5) Die Bindungsfrist von 18 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft 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 Palliativversorgung,

- Krankenhausbehandlung,
 - Zuschuss für ambulante und stationäre 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 § 24 b SGB V,
5. Unterstützung bei Behandlungsfehlern,
6. ein Versorgungsmanagement im Sinne des § 11 Abs. 4 SGB V.

§ 6 a – Vermittlung privater Zusatzangebote

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

§ 7 - Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

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

Bewegungsgewohnheiten,
Ernährung,
Stressbewältigung/Entspannung
sowie Suchtmittelkonsum.

Die AOK führt ein Verzeichnis über die Angebote zur Primärprävention, aus welchem sich die Leistungsinhalte und Teilnahmevoraussetzungen ergeben. Versicherte sind berechtigt, dass Verzeichnis einzusehen.

- (2) Die AOK erbringt Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Maßgabe des § 20b SGB V, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem von dem GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfaden entsprechen. In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind dies insbesondere die Handlungsfelder Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil und die überbetriebliche Vernetzung und Beratung.
- (3) Die AOK fördert Selbsthilfegruppen gemäß § 20h SGB V.

§ 8 - unbesetzt

§ 8 a – Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

Die AOK kann auch außer in den in § 20 i Abs. 1 SGB V genannten Fällen die Kosten von Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten nach Maßgabe des Anhangs 3 übernehmen oder Zuschüsse leisten, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind.

§ 9 - Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

Bei 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. Für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 Euro täglich.

§ 10 – Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten neben der Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V) auch Grundpflege und Hauswirtschaftliche Versorgung, soweit diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung notwendig sind und eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (2) Der Anspruch nach Absatz 1 besteht bis zu sieben Tage je Krankheitsfall, wenn als Behandlungspflege „subcutane Infusionen“ entsprechend der Nr. 16 a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) ärztlich verordnet wird.
- (3) Der Anspruch nach Absatz 1 entfällt ab dem Zeitpunkt, ab dem Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI eintritt.

§ 11 – Zusätzliche Leistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V

§ 11 a – Osteopathie

- (1) Versicherte der AOK 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 und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer unter der Maßgabe des Abs. 3 durchgeführt wird.
- (2) Die AOK übernimmt die Kosten für maximal vier Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden maximal 60,00 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

- (3) Die AOK führt ein Verzeichnis der Verbände, bei denen eine Mitgliedschaft oder eine Berechtigung für eine Mitgliedschaft des Leistungserbringers bestehen muss. Versicherte der AOK sind berechtigt, das Verzeichnis einzusehen.

§ 11b – Künstliche Befruchtung

- (1) Die AOK Sachsen-Anhalt erstattet zusätzlich zu den in § 27 a SGB V geregelten Ansprüchen bis zu 300 EUR für einen vierten Behandlungszyklus zur künstlichen Befruchtung, soweit der dritte Behandlungszyklus gem. § 27 a SGB V durch eine gesetzliche Krankenkasse genehmigt und durchgeführt wurde.
- (2) Die Anspruchsvoraussetzungen nach § 27 a SGB V müssen für die zusätzliche Leistung vollständig erfüllt sein.
- (3) Die Kostenerstattung erfolgt auf Grund eines vor Behandlungsbeginn genehmigten ärztlichen Behandlungsplanes nach Vorlage der Rechnungsoriginale.
- (4) Die Leistung setzt voraus, dass beide Ehegatten während des Behandlungszeitraums bei der AOK Sachsen-Anhalt versichert sind.

§ 11 c – Zuschuss für eine Brillenentspiegelung für Berufskraftfahrer, Busfahrer sowie Schienenfahrzeugführer

- (1) Die AOK gewährt ihren Versicherten, die den Beruf des Berufskraftfahrers, Busfahrers oder Schienenfahrzeugführers aktiv ausüben, einen Zuschuss zur Entspiegelung ihrer Brille in Höhe von 20,00 EUR.
- (2) Die Kostenübernahme erfolgt im Wege der Erstattung durch Vorlage der Originalrechnung.

§ 11 d – Hautkrebsscreening

- (1) Die AOK erstattet die Kosten für ein Hautkrebsscreening nach Vollendung des 18. Lebensjahres und vor Vollendung des 35. Lebensjahres, wenn eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.
- (2) Voraussetzung ist, dass die Leistung von einem zugelassenen Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten erbracht wird.
- (3) Die Erstattung erfolgt einmal je Versicherten innerhalb von zwei Kalenderjahren in Höhe von maximal 20,00 Euro. Für die Erstattung ist die Originalrechnung vorzulegen.

§ 11 e – Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

- (1) Die AOK erstattet ihren Versicherten mit Vollendung des 12. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres über die in den §§ 31 und 34 SGB V geregelten Ansprüche zur Arzneimittelversorgung hinaus, Kosten für ärztlich auf Privat Rezept verordnete nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, sofern deren Einnahme medizinisch

notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Arzneimittel aus einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden.

- (2) Für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 S. 7-9 und Abs. 3 SGB V ausgeschlossen sind, erfolgt keine Erstattung. § 34 Abs. 1 Sätze 2-5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.
- (3) Die AOK erstattet die Kosten je Versicherten und Kalenderjahr in Höhe von maximal 20,00 Euro.
- (4) Für die Erstattung sind die ärztlichen Verordnungen im Original und Originalrechnungen der Apotheke vorzulegen.

§ 11 f – Gesundheits- und Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Geburt

- (1) Die AOK erstattet über die in § 24 d SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterchaftsleistungen hinaus die Kosten für folgende von Ärzten durchgeführte oder direkt vom Versicherten initiierte nachfolgend aufgeführten Leistungen sowie empfohlene, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel:
 - a) Für einen Triple-Test übernimmt die AOK die Kosten in Höhe von maximal 45,00 Euro.
 - b) Für einen Toxoplasmosetest übernimmt die AOK die Kosten in Höhe von maximal 10,00 Euro.
 - c) Für eine Nackenfaltenmessung übernimmt die AOK die Kosten in Höhe von maximal 100,00 Euro.
 - d) Im Rahmen der Versorgung mit Folsäure übernimmt die AOK einmalig die Kosten in Höhe von maximal 9,00 Euro.
 - e) Für ein durchgeführtes Screening auf beta-hämolyisierende Streptokokken der serologischen Gruppe B (GBS) übernimmt die AOK einmal je Schwangerschaft die Kosten für die Durchführung eines Suchtests/Abstrichs (= Screening) zum Anlegen einer Zellkultur (ohne Schnelltest) in Höhe von maximal 25,00 Euro.
- (2) Die AOK erstattet die Kosten der Geburtsvorbereitung für eine Begleitperson in Höhe von maximal 25,00 Euro, sofern diese bei der AOK versichert ist.
- (3) Für die Erstattungen nach den Absätzen 1 und 2 sind die Originalrechnungen vorzulegen.

§ 11 g – Hebammenrufbereitschaft

- (1) Die AOK stellt ihren weiblichen Versicherten Leistungen der Rufbereitschaft ihrer gewählten und freiberuflich tätigen Hebamme zur Verfügung, sofern eine außerklinische Geburt oder eine Beleggeburt in 1:1 Betreuung durch die Hebamme gemäß des Vertrages über Hebammenhilfe nach § 134a Abs. 1 SGB V vereinbart ist. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist.

Die Rufbereitschaft beinhaltet:

- a) die Bereitschaft der gewählten Hebamme vom Beginn der 37. Schwangerschaftswoche bis zum Ende der Geburt
 - b) die telefonische Erreichbarkeit der gewählten Hebamme von täglich 24h
 - c) die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe und Hilfe der Entbindenden (mit Ausnahme einer gerade stattfindenden anderen Geburt).
- (2) Die Kosten dafür werden bis zur Höhe von maximal 250,00 Euro je Geburt übernommen. Höhere Kosten, die die Versicherte im Wege einer Mehrkostenvereinbarung mit der Hebamme vereinbart hat, sind von der Versicherten zu tragen. Die Versicherte erhält maximal eine Kostenerstattung einer vereinbarten Rufbereitschaft je Schwangerschaft/ Geburt.
- (3) Für die Erstattung ist die Originalrechnung vorzulegen.

§ 11 h – Frühkindliche Gesundheitsangebote

- (1) Die AOK erstattet im Rahmen von frühkindlichen Gesundheitsangeboten je Versicherten für das 1. Lebensjahr Kosten für folgende Leistungen:
- a) Für die Teilnahme am 30-wöchigen Prager Eltern-Kind-Programm (PEKiP) werden maximal 3 x 75,00 Euro erstattet.
 - b) Für die Teilnahme am Programm Denken Entwickeln Lieben Fühlen Individuell (DELFI) werden maximal 75,00 Euro erstattet.
 - c) Für die Teilnahme an einem Kurs zum Babyschwimmen werden einmalig maximal 65,00 Euro erstattet.
 - d) Für die Teilnahme an einem Kurs zur Babymassage werden einmalig maximal 45,00 Euro erstattet.
- (2) Für die Erstattungen sind die Rechnungen im Original vorzulegen.
- (3) Das Nähere, insbesondere zur Qualität der Leistungserbringung bzw. zu den Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer, regeln Ausführungsbestimmungen, die vom Vorstand festgelegt werden. Versicherte sind berechtigt, die Ausführungsbestimmungen in den Kundencentern einzusehen.

§ 11 i – Multimodales Stressmanagement für Kinder

- (1) Die AOK erstattet ihren Versicherten mit Vollendung des 6. bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres die Kosten für ein Multimodales Stressmanagement. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer nach Maßgabe des Abs. 3 durchgeführt wird.
- (2) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 80 % des Rechnungsbetrages, maximal in Höhe von 32,00 Euro einmal je Kalenderjahr. Für die Erstattung ist die Rechnung im Original vorzulegen.
- (3) Das Nähere, insbesondere zur Qualität der Leistungserbringung bzw. zu den Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer regeln Ausführungsbestimmungen, die vom Vorstand festgelegt werden. Versicherte sind berechtigt, die Ausführungsbestimmungen in den Kundencentern einzusehen.

§ 11 j - Mehrleistung für Flash-Glukose-Messsysteme

- (1) Die AOK übernimmt die Kosten für die Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem zur Messung der Zuckerwerte im Zwischenzellraum bestehend aus einem Lesegerät und den dazugehörigen Sensoren. Die Leistung kann als Sachleistung oder im Rahmen der Kostenerstattung beansprucht werden.
- (2) Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Leistung liegen vor, wenn
 - der Versicherte mit einem insulinpflichtigen Diabetes eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie (ICT) oder Insulinpumpentherapie durchführt,
 - ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender
 1. Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 2. Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG)“ oder
 3. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinderendokrinologie und -diabetologie“ oder
 4. Hausarzt, der als „koordinierender Arzt“ für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 zugelassen ist bzw. am DMP teilnimmt oder
 5. nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt, der über die unter den Nummern 1 bis 4 bezeichnete Qualifikation verfügt,
 - die Notwendigkeit der Versorgung mit dem Flash-Glukose-Messsystem ärztlich bescheinigt hat,
 - die AOK vor Versorgungsbeginn eine Genehmigung ausgesprochen hat, die mit einer Nebenbestimmung versehen werden kann,
 - die Einweisung und Schulung in den Gebrauch vor der Anwendung sichergestellt ist,
 - im Rahmen der Nutzung des Flash-Glukose-Messsystems durch die Versicherten, Dritten - insbesondere den Herstellern - der Zugriff auf personenbezogene oder -beziehbare Daten nicht möglich ist.

- (3) Für das Lesegerät übernimmt die AOK einmalig einen Betrag bis zu 59,90 EUR und für die Sensoren höchstens 59,90 EUR je Sensor alle zwei Wochen. Die Versicherten haben die gesetzliche Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V zu entrichten.

§ 12 - Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

Außer 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 Abwesenheitszeit 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. Liegen 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.

§ 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.
- (1) 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
 1. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Lohnausfall gezahlt,
 2. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung aus dem abgerechneten Entgelt des Zeitraumes berechnet, der die durchschnittlichen Verhältnisse widerspiegelt (längstens der letzten 12 Monate).

§ 14 – Kostenerstattung

- (1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden.
- (2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK unter Verwendung des dafür bereit gestellten Vordruckes. Die gewählte Kostenerstattung beginnt mit dem auf den Zugang des Vordrucks folgenden Kalendervierteljahr und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung zum Ende des Kalendervierteljahres. Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen; in diesem Fall verlängert sich die Mindestbindungsdauer nach Satz 2 um den Zeitraum vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des jeweiligen Kalendervierteljahres.
- (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) Versicherten 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. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend
 - a. bei Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 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. Die AOK kann bei Kostenerstattungsanträgen nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V, deren Rechnungsbetrag 100 EUR nicht übersteigt, pauschal 70 v.H. des Rechnungsbetrages erstatten.
- (5) Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. Absatz 2 findet keine Anwendung. Bei der Berechnung des Erstattungsbetrages werden die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und ein Abschlag für Verwaltungskosten nach Absatz 4 a) 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 sich in Abhängigkeit von den getroffenen Vereinbarungen ergebenden Pauschale.
- (6) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 15 - Teilkostenerstattung

- (1) Die bei der AOK versicherten DO-Angestellten, die von dem Wahlrecht des § 14 Abs. 2 SGB V Gebrauch gemacht haben, erhalten eine Teilkostenerstattung.
- (2) An die Stelle der hiernach zu bewirkenden Leistungen und des Beihilfeanspruchs nach der Dienstordnung treten die nach dem SGB V und der RVO vorgesehenen Kassenleistungen. Im Übrigen bleibt der Beihilfeanspruch insoweit erhalten, dass er für freiwillig versicherte Tarifangestellte der Krankenkasse besteht, die einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V erhalten.
- (3) Als Ausgleich für die von der AOK voll finanzierten Leistungen nach Abs. 2 werden einmal jährlich 50 v.H. der Summe der Beiträge der DO – Angestellten zur gesetzlichen Krankenversicherung vom Beihilfekonto auf ein Einnahmenkonto im Leistungsbereich („übrige Einnahmen“) gebucht.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten auch für vergleichbare Angestellte, die bei der AOK-Bundesverband GbR, einer AOK, einem anderen AOK-Verband oder einer anderen Krankenkasse beschäftigt sind und für Angestellte bzw. Versorgungsempfänger und ihre Angehörigen, die bis zum Eintritt des Versorgungsfalles mit einem Teilkostenanspruch versichert waren.

§ 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 oder der Geburtsurkunde

Der Inhaber der Unterlagen hat sich auf Verlangen auszuweisen.

§ 16 a – Leistungsausschluss

- (1) Auf 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. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 soll die AOK Sachsen-Anhalt 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 Sachsen-Anhalt 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) Der Versicherte ist über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen zu informieren.

§ 16 b – Integrierte Versorgung

- (1) Versicherte können auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen an integrierten Versorgungsformen zur verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden oder interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung nach § 140a ff. SGB V teilnehmen. Die Teilnahme der Versicherten an der Integrierten Versorgung ist freiwillig.
- (2) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Die teilnehmenden Versicherten können ausschließlich die vertraglich definierten Leistungen in Anspruch nehmen.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in den Vertrag zur Integrierten Versorgung. Die Teilnahmedauer ist abhängig von dem jeweiligen Vertrag. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- (4) Das Nähere regeln die Teilnahmebedingungen zum jeweiligen Versorgungsvertrag, denen die Versicherten mit der Teilnahmeerklärung zustimmen.

§ 16 c – Hausarztzentrierte Versorgung

- (1) Die AOK bietet ihren volljährigen Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V auf der Grundlage entsprechender Versorgungsverträge an. Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Teilnehmende Versicherte wählen aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Ärzte einen Hausarzt. Sie verpflichten sich, hausärztliche Leistungen nur bei dem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Ambulante fachärztliche Behandlung darf mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch genommen werden.
- (2) Die Versicherten nehmen aufgrund schriftlicher Erklärung teil (Einschreibung). In der Teilnahmeerklärung ist der von ihnen gewählte Arzt zu benennen. Die Versicherten sind mindestens ein Jahr an die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 4 und an die Wahl des Hausarztes gebunden (Mindestbindungsfrist). Die Teilnahme beginnt mit dem dem Versicherten von der AOK mitgeteilten Zeitpunkt und endet nach schriftlicher Kündigung des Versicherten mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ende des Kalenderjahres. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung jeweils um vier Quartale. Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, insbesondere im Falle einer schwerwiegenden Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen dem Versicherten und dem gewählten Hausarzt bzw. bei Wohnortwechsel, Verlegung des Arztsitzes oder Ausscheiden des gewählten Hausarztes aus der vertragsärztlichen oder hausarztzentrierten Versorgung kann die Teilnahme vor Ablauf des Jahres beendet werden. Die betroffenen Versicherten können in diesem Fall auch einen anderen vertragsgebundenen Hausarzt wählen; die Teilnahme endet in diesem Fall nach Ablauf eines Jahres nach der Wahl des neuen Hausarztes.

- (3) Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- (4) Verstoßen Versicherte gegen eine der Verpflichtungen nach Abs. 1 Satz 4, indem sie hausärztliche Leistungen bei einem anderen als dem von ihnen gewählten Arzt oder Facharztleistungen direkt in Anspruch nehmen, ohne dass ein wichtiger Grund vorliegt, können sie von der Hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden.
- (5) Das Nähere regeln die Teilnahmebedingungen zum jeweiligen Versorgungsvertrag, denen die Versicherten mit der Teilnahmeerklärung zustimmen.

§ 16 d – Strukturierte Behandlungsprogramme - DMP

- (1) Versicherte können zur Verbesserung des Behandlungsablaufes und der Qualität der medizinischen Versorgung chronischer Erkrankungen an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) nach § 137 f SGB V der AOK teilnehmen, für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung für die Region beantragt wurde oder beantragt wird.
- (2) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb der Region durchgeführt werden und für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Beauftragung beantragt wurde oder beantragt wird.
- (3) Inhalt, Ausgestaltung und Dauer der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus den für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Verträgen.
- (4) Die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm ist freiwillig. Sie kann nur erfolgen, wenn der behandelnde Arzt die gesicherte Diagnose der jeweiligen chronischen Erkrankung bestätigt.

§ 16 e – Besondere ambulante ärztliche Versorgung

- (1) Versicherte können auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V teilnehmen. Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist freiwillig.
- (2) Die Teilnahme ist schriftlich zu erklären (Einschreibung). Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich für die Erfüllung der an den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die teilnehmenden Versicherten können ausschließlich die vertraglich definierten Leistungen in Anspruch nehmen.
- (3) Die Teilnahme ist schriftlich zu erklären (Einschreibung). Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in den besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsvertrag. Die Teilnahmedauer ist abhängig von dem jeweiligen Vertrag. Die

Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

- (4) Verstoßen Versicherte gegen eine der Verpflichtungen nach Absatz 2, in dem sie ärztliche Leistungen des umschriebenen Versorgungsauftrages bei anderen, als den vertraglich gebundenen ärztlichen Leistungserbringern oder ohne Überweisung in Anspruch nehmen, ohne dass ein wichtiger Grund vorliegt, können sie von der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden.
- (5) Das Nähere regeln die Teilnahmebedingungen zum jeweiligen Versorgungsvertrag, denen die Versicherten mit der Teilnahmeerklärung zustimmen.

§ 16 f - Modellvorhaben zur Erprobung des Einsatzes einer arztunterstützten Praxis-Software

- (1) Die AOK kann ein Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V zur Erprobung des Einsatzes einer arztunterstützten Praxis-Software vereinbaren, um für ihre Versicherten die ärztliche Aufklärung und Beratung zu qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Versorgung bei ärztlich veranlassten Leistungen zu unterstützen.
- (2) Die AOK kann dazu mit geeigneten Leistungserbringern Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V durchführen oder gemäß § 64 SGB V vereinbaren, mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung.
- (3) Die AOK hat dazu gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein „Versorgungssteuerungsmodul AOK Sachsen-Anhalt“ für die Praxisverwaltungssysteme von Vertragsärzten zur Umsetzung des § 73 Abs. 8 SGB V entwickelt und das Regelwerk den Herstellern von Praxisverwaltungssystemen zur Programmierung und Integration zur Verfügung gestellt.
- (4) Die AOK stellt dazu gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung quartalsweise einen Anforderungskatalog an die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme sowie die vergleichenden Informationen zu preisgünstigen verordnungsfähigen Leistungen und Bezugsquellen sowie Hinweise zu Indikation und therapeutischem Nutzen in elektronischer Form zur Verfügung. Die Zertifizierung der Software soll perspektivisch über die KBV erfolgen.
- (5) Ziel des Modellvorhabens ist die Unterstützung der Vertragsärzte bei einer wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Verordnungsweise in definierten Leistungsbereichen mittels der Praxisverwaltungssysteme. Die Zielerreichung wird durch eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung des Modellvorhabens gewährleistet.
- (6) Das Modellvorhaben ist auf maximal 8 Jahre nach Inkrafttreten der Satzungsregelung befristet.

§ 16 g – Modellvorhaben zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in

Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf

- gestrichen -

VIERTER ABSCHNITT:

Wahltarife/Weiterentwicklung der Versorgung

§ 17

- gestrichen -

§ 17 a – Modellvorhaben AOK-Bonustarif

- gestrichen -

§ 17 b – Wahltarife Teilnahme an besonderen Versorgungsformen

- (1) Die AOK bietet für Versicherte, die an den besonderen Versorgungsformen: Modellvorhaben nach §§ 63, 64 SGB V, hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V, besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V, strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V und integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V teilnehmen, Wahltarife an.
- (2) Versicherte, die einen Tarif für besondere Versorgungsformen gewählt haben, erhalten für die Dauer ihrer Teilnahme
 - eine Prämie (z.B. auch Qualitätsvorteile)
 - oder
 - eine Zuzahlungsermäßigungsoweit die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten erfüllt sind und das Verzeichnis gemäß Absatz 4 dies vorsieht.
- (3) Die Versicherten erklären schriftlich die Teilnahme an dem Wahltarif, wobei die Teilnahme an einer besonderen Versorgungsform als Wahl des Tarifs nach § 53 Abs. 3 SGB V gilt, sofern der Versicherte dem nicht schriftlich widerspricht. Mit der Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgungsform endet auch die Teilnahme am Wahltarif.
- (4) Die AOK führt ein Verzeichnis über die besonderen Versorgungsformen nach Absatz 1. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, den Teilnahmevoraussetzungen, dem Leistungsort sowie zu dem Umfang und der Ausgestaltung und Durchführung einer Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung, soweit dies vorgesehen ist. Versicherte sind berechtigt, das Verzeichnis einzusehen.

§ 17c – AOK- Bonus-Wahltarif

- gestrichen -

§ 17 d – AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus

- (1) Die AOK bietet einen Selbstbehalt-Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V mit einem Grundbonus (Prämie) für den Selbstbehalt (Eigenbeteiligungen) in Verbindung mit einem Gesundheitsbonus nach § 65 a SGB V als AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus an.
- (2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des AOK-Bonus-Wahltarifs mit Zusatzbonus. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Eine gleichzeitige Teilnahme am AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus und am AOK-Kinderbonus nach § 17g, am AOK-Gesundheitsbonus nach § 17 i oder am AOK-Aktivbonus nach § 17 j dieser Satzung ist ausgeschlossen. Die 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 (Mindestbindungsfrist). Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V) gekündigt werden. Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird. Unter Verzicht auf die Einhaltung der Mindestbindungsfrist kann der AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK gekündigt werden, wenn die weitere Teilnahme für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. Der AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus kann dann zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden, in dem die Kündigung der AOK zugeht. Ein besonderer Härtefall ist insbesondere anzuerkennen bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII.
- (3) Mitgliedern mit einem jährlichen Einkommen bis 18.000,00 € brutto steht ein Grundbonus von 80,00 € kalenderjährlich zu (Tarifstufe I). Mitglieder mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von 18.000,01 € brutto bis zu der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V erhalten einen Grundbonus von 110,00 € (Tarifstufe II). Für Mitglieder mit einem monatlichen Einkommen über einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V beträgt der Grundbonus 230,00 € (Tarifstufe III). Maßgeblich ist das Jahresarbeitsentgelt des anzurechnenden Teilnahmejahres.

Ein Wechsel innerhalb der Tarifstufen kann rückwirkend zum 01.01. des Vorjahres, frühestens jedoch ab Teilnahmebeginn erfolgen, sofern das Mitglied die Änderung bis zum 31.01. des laufenden Kalenderjahres schriftlich bei der AOK Sachsen-Anhalt beantragt. Voraussetzung dafür ist, dass das Jahresarbeitsentgelt des abzurechnenden Teilnahmejahres der gewählten Tarifstufe entspricht. Die Wahl einer niedrigeren Tarifstufe ist jederzeit möglich.

Der sich aus den Selbstbehalt-Tarifelementen für das Mitglied ergebene Auszahlungsbetrag darf 20 % der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten.

- (4) Mitgliedern steht ein Gesundheitsbonus von 70,00 € kalenderjährlich zu, wenn sie Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V und Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und einen gültigen Impfstatus für öffentlich empfohlene Schutzimpfungen (Mindestanforderung für Tetanus und Diphtherie) nachweisen. Stattdessen genügt der Nachweis der körperlichen Fitness durch die Vorlage eines Leistungsabzeichens einer in den Ausführungsbestimmungen zu § 17 i Punkt 2.3.13 ge-

nannten Organisation. Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen dürfen nicht älter als ein Jahr sein.

- (5) Mitgliedern steht ein kalenderjährlicher Zusatzbonus zu, wenn sie in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren, in denen sie am Tarif teilgenommen haben, keine Eigenbeteiligung nach Absatz 6 tragen mussten. Das erste Kalenderjahr der Tarifteilnahme gilt in diesem Zusammenhang als erfüllt, wenn mindestens 3 Monate des Jahres mit einer Zugehörigkeit zum Tarif belegt sind.
Der Zusatzbonus beträgt pro vollständiges Kalenderjahr 50,00 € in Tarifstufe I, 60,00 € in Tarifstufe II, 100,00 € in Tarifstufe III. Die Zahlung des Zusatzbonus für die ersten drei Teilnahmejahre erfolgt zusammenhängend erstmalig mit der Abrechnung des dritten Teilnahmejahres, sofern die Voraussetzung für den Zusatzbonus erfüllt wurde. In Folgejahren erfolgt die Zahlung jährlich, bei Erfüllung der in Satz 1 genannten Voraussetzung, mit der jährlichen Abrechnung des Tarifes. Muss das Mitglied in einem Kalenderjahr eine Eigenbeteiligung nach Abs. 6 tragen, wird kein Zusatzbonus gewährt und es muss vor der nächsten Zahlung des Zusatzbonus der Zeitraum von drei vollständigen Kalenderjahren ohne Zahlung einer Eigenbeteiligung erneut erfüllt werden.
- (6) Mitglieder tragen Eigenbeteiligungen bis zu einem kalenderjährlichen Höchstbetrag von 160,00 € in Tarifstufe I, 220,00 € in Tarifstufe II und 460,00 € in Tarifstufe III. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer ärztlichen Verordnung für Arzneimittel und/oder Heil- und Hilfsmittel einhergeht, 20,00 € in Tarifstufe I, 27,50 € in Tarifstufe II und 57,50 € in Tarifstufe III. Die Eigenbeteiligung je stationärer Krankenhausbehandlung beträgt 40,00 € in Tarifstufe I, 55,00 € in Tarifstufe II und 115,00 € in Tarifstufe III. Davon ausgenommen sind Leistungen, die in der Zeit von Anzeige der Schwangerschaft bis einschließlich der Entbindung anfallen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind nicht anzurechnen. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24 a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen.
- (7) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Eigenbeteiligungen für das Kalenderjahr bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Ist die Summe der Boni höher als die der Eigenbeteiligungen, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Ist die Summe der Eigenbeteiligungen höher als die Summe der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 14 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig, auch wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde.
- (8) Beginnt die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der nicht erhöhte Grundbonus, der Gesundheitsbonus und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Gleiches gilt bei Ende der Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres; hiervon ausgenommen ist der Zusatzbonus, da der Anspruch auf einen Zusatzbonus nach Abs. 5 dieser Satzung nur für volle Kalenderjahre besteht.
- (9) Die Teilnahme am AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus ruht für Zeiten, in denen eine Familienversicherung besteht oder in denen aus anderen Gründen (z. B. Unterbrechung der Versicherung ohne Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse) keine Beiträge zu zahlen sind oder die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden. Dies gilt nicht für Zeiten des Bezuges von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld.

§ 17 e – Wahltarif - Krankengeld

(1) Den 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, 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.

Nach 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) Die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes nach § 53 Abs. 6 SGB V bedarf der Schriftform. Diese 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. Die 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.

(3) Folgende Ausprägungen des Krankengeld-Wahltarifes 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).

(4) Das 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 5 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,

Aus dem Wahltarif-Krankengeld werden Beiträge zur Pflege- und Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung entrichtet, soweit dies auf Grund gesetzlicher Bestimmungen vorgesehen ist.

(5) Die Prämie beträgt für die Tarifausrprägung:

1. KG 22 0,7 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.

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

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 5 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 der Absätze 11 Satz 1 und 3 und 12.
4. Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der fällig werdenden Prämien zu erteilen.

(7) Der 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 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 12 Nr. 6 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.

Die §§ 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 Tarifausrprägung KG 22.

- (8) Für 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. Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. Satz 1 gilt nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden, der nach Antragstellung eingetreten ist.
- (9) Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahltarif-Krankengeldes angerechnet.

- (10) Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.
- (11) Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. Erfolgt 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. Das 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.

Die 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.

Ein Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V besteht nicht.

- (12) Unabhängig 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 13 Satz 1 und 2,
 2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht 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 Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,
 5. wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird,
 6. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sein denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,
 7. durch Tod.
- (13) Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personen ruht der Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 10 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung. Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 1 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf. Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifes. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend bei rechtswirksamer Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V.

- (14) Für Mitglieder, die am 30.06.2014 Krankengeld aus der Tarifausprägung KG PLUS (§ 17 b Abs. 3 Ziffer 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.
- (15) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit allen AOKs durch.

§ 17 f - Wahltarif - Teilkostenversicherung für DO- Angestellte

- (1) Freiwillig oder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherte Angestellte, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind (DO-Angestellte) und die die Teilkostenerstattung nach § 15 der Satzung gewählt haben (Teilkostenversicherung), können den Tarif für Teilkostenversicherte wählen.

Satz 1 gilt auch für freiwillig oder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherte im Ruhestand befindliche ehemalige DO-Angestellte sowie für freiwillig oder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherte Hinterbliebene von DO-Angestellten, die die Teilkostenerstattung nach §15 der Satzung gewählt haben.

- (2) Die Erklärung zur Wahl der Teilkostenerstattung nach § 15 der Satzung gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform.

Bei Mitgliedern, deren Teilkostenversicherung vor dem 01.01.2009 begonnen hat, gilt der Tarif ebenfalls als gewählt, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform.

Die Erklärung zur Wahl des Tarifes in den Fällen, in denen das Mitglied der Teilnahme am Tarif zunächst widersprochen hat, bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt in diesen Fällen mit Beginn des nächsten Kalendermonats gerechnet von dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK Sachsen-Anhalt zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Teilkostenversicherung und frühestens zu dem vom Mitglied gewählten Datum.

- (3) Das Mitglied ist an die Wahl des Tarifes drei Jahre vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist).
- (4) Mitglieder, die den Tarif für Teilkostenversicherte gewählt haben, erhalten nach Maßgabe der Absätze 5 bis 7 für die Dauer der Teilnahme eine monatliche Prämie.

Der Zeitpunkt der Fälligkeit der monatlichen Prämie entspricht dem Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrages zur Krankenversicherung gemäß § 21 der Satzung.

Die Gewährung der Prämie erfolgt zweckgebunden zu dem am gleichen Tag fällig werdenden Beitrag zur Krankenversicherung; sie wird dementsprechend unmittelbar bei Fälligkeit durch die AOK Sachsen-Anhalt für den Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) vereinnahmt. Abweichend hiervon erfolgt vorrangig die Aufrechnung mit Ansprüchen auf Rückerstattung von Prämien gemäß Abs. 7 Satz 2.

- (5) Ausgangswert für die Prämienberechnung sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 240 SGB V; die §§ 223 und 238a SGB V gelten entsprechend.

Bei der Ermittlung des Ausgangswertes für die Prämienberechnung bleiben die folgenden Einnahmen außen vor:

- a) Sozialleistungen, die nach § 224 SGB V beitragsfrei sind
 - b) Arbeitsentgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung (§ 249b SGB V)
 - c) Sozialleistungen, aus denen Beiträge zu erheben sind, die von Dritten getragen werden (§ 251 SGB V)
- (6) Die Berechnung der Prämie erfolgt durch Multiplikation des Ausgangswertes mit dem für die jeweilige Einnahmenart maßgeblichen Prämienatz; dieser entspricht:
- a) bezogen auf Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 228 SGB V), 50 v. H. des Beitrags nach § 220 Abs. 1 Satz 1, 241 SGB V
 - b) bezogen auf Versorgungsbezüge (§ 229 SGB V), 50 v. H. des Beitrags nach §§ 220 Abs. 1, Satz 1, 241 SGB V
 - c) bezogen auf Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbständigen Tätigkeit, soweit es neben der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird, 50 v. H. des Beitrags nach §§ 220 Abs. 1 Satz 1, 241 SGB V
 - d) bezogen auf alle weiteren dem Ausgangswert hinzuzurechnenden Einnahmen, 50 v. H. des Beitrags nach §§ 220 Abs. 1 Satz 1, 243 SGB V.
- (7) Sofern Beiträge zur Krankenversicherung nach zu berechnen sind, ist die Prämie für den Zeitraum der Nachberechnung rückwirkend zu erhöhen; Absatz 4 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.
- Sofern Beiträge zur Krankenversicherung erstattet werden, ist die Prämie für den Zeitraum der Beitragserstattung rückwirkend entsprechend zu reduzieren.
- (8) Die Teilnahme am Tarif kann durch das Mitglied schriftlich gekündigt werden; sie endet mit Ablauf des Monats, an dem die Kündigung der AOK Sachsen-Anhalt zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist. Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Teilkostenversicherung bei der AOK Sachsen-Anhalt.
- (9) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Sachsen-Anhalt kündigen, wenn das Mitglied nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Teilnahme am Tarif eine unbillige Härte darstellt. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Monats, an dem die Kündigung der AOK Sachsen-Anhalt zugeht.

§ 17 g - AOK-Kinderbonus

- (1) Versicherte können in einer Gruppe bestehend aus mindestens einem familienversicherten Kind im Alter von 0 bis 6 Jahren (Bonuspunkte-Kontoinhaber und -Sammler) und bis zu 4 weiteren Mitgliedern des Familienverbands (Bonuspunkte-Mitsammler) am AOK-

Kinderbonus teilnehmen. Die Teilnahme ist freiwillig und kommt durch schriftliche Erklärung (Einschreibung) zustande. Bei Versicherten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bedarf die Teilnahmeerklärung der Unterschrift des gesetzlichen Vertreters. Die gleichzeitige Teilnahme am AOK-Kinderbonus und am AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus nach § 17 d, am AOK-Gesundheitsbonus nach § 17 i sowie am AOK-Aktivbonus nach § 17 j dieser Satzung ist grundsätzlich nicht möglich. Ausnahme ist die Teilnahme am AOK-Aktivbonus nach § 17 j dieser Satzung für Tarifwähler, die sich bis zum 31.12.2013 in den AOK-Kinderbonus eingeschrieben hatten. In diesem Fall ist eine Bonifizierung von Maßnahmen im AOK-Kinderbonus nicht möglich. Durch die im AOK-Aktivbonus durchgeführten Maßnahmen werden die Voraussetzungen für den Erhalt des Treuebonus im Rahmen des AOK-Kinderbonus aufrechterhalten.

(2) Versicherte erhalten beim AOK-Kinderbonus bei regelmäßiger Inanspruchnahme von

- a) qualitätsgesicherten Leistungen zur Primärprävention nach § 7 Abs. 1,
 - b) Maßnahmen, die nachweislich der Gesundheitsförderung dienen oder gesundheitsbewusste Verhaltensweisen fördern, nach Maßgabe der Ausführungsbestimmungen,
 - c) Leistungen zur Früherkennung nach § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen),
 - d) Leistungen zur Früherkennung nach § 26 SGB V (Kinderuntersuchungen),
 - e) öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen nach § 8a der Satzung
- Bonuspunkte, die auf dem Bonuspunkte-Konto gutgeschrieben werden.

Das Nähere zu den Voraussetzungen der Anerkennung von Leistungen und Maßnahmen, insbesondere zu dem erforderlichen Umfang und den Zeitabständen der Inanspruchnahme wird in der Ausführungsbestimmung nach Absatz 9 geregelt. Die Anerkennung einer Leistung im Rahmen des AOK-Kinderbonus erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der AOK. Diese richtet sich allein nach Maßgabe der Gesetze und dieser Satzung.

- (3) Die Voraussetzungen gemäß Absatz 2 Satz 1 weisen die Versicherten durch entsprechende Bestätigungen und Leistungsabzeichen nach. Die durchgeführten Maßnahmen zum AOK-Kinderbonus dürfen zum Zeitpunkt der Einreichung der Bestätigungen bzw. Leistungsabzeichen nicht länger als 3 Kalenderjahre, gerechnet vom Ende des Jahres der Durchführung der Maßnahme, zurückliegen.
- (4) Bei der Teilnahme am AOK-Kinderbonus erhält jeder Teilnehmer nach 3, 6, 9, 12, 15 und 18 Jahren zusätzlich einen Treuebonus, wenn er jährlich die Teilnahme an mindestens einer Maßnahme gemäß Absatz 2 nachgewiesen hat. Die Höhe des Treuebonus ist abhängig von den Teilnehmerjahren. Die Ausschüttung des Treuebonus erfolgt am Ende der Laufzeit mit Vollendung des 18. Lebensjahres. Versicherungsunterbrechungen bis zur Dauer von 6 Monaten sind für die durchgängige Teilnahme am AOK-Kinderbonus unschädlich.
- (5) Der Bonus wird den Versicherten als Geldprämie gegen Nachweis gemäß Absatz 3 zur Verfügung gestellt. Er wird nach einem sich aus der Ausführungsbestimmung nach Absatz 9 ergebenden Punktzahlensystem ermittelt. Beim AOK-Kinderbonus ist die jährliche Bonifizierung für nachgewiesene Maßnahmen je Teilnehmer auf maximal 20 EUR begrenzt.
- (6) Die Prämie richtet sich nach der tatsächlichen Punkthöhe. Eine Auszahlung der Bonuspunkte kann erstmalig nach einer Tariflaufzeit von 3 Kalenderjahren, anschließend jährlich, spätestens mit Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgen. Die Auszahlung ist schriftlich bei der AOK zu beantragen. Die Beantragung der Ausschüttung muss bis zum

Ende eines Kalenderjahres, welches auf das Sammlerjahr folgt, eingereicht werden. Die Punkthöhe wird durch das jährliche Vorlegen der bestätigten Schecks der AOK gegenüber dokumentiert. Die AOK stellt die Prämie als Geldprämie zur Verfügung. Sie findet in dem Quartal statt, welches auf den Beantragungszeitpunkt folgt.

- (7) Die Teilnahme am AOK-Kinderbonus kann vom Bonuspunkte-Kontoinhaber jederzeit beendet werden. Bei Bonuspunkte-Kontoinhabern, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, hat die Kündigung durch den gesetzlichen Vertreter zu erfolgen. Die Teilnahme endet außerdem, wenn innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren keine Maßnahmen gemäß Absatz 2 erbracht wurden. Endet das Versicherungsverhältnis bei der AOK, so endet auch die Teilnahme am AOK-Kinderbonus. Eine Auszahlung der angesammelten Bonuspunkte ist schriftlich bei der AOK zu beantragen. Die Beantragung der Ausschüttung muss bis zum Ende des Kalenderjahres eingereicht werden, welches auf die Wirksamkeit der Kündigung folgt. Die Ausschüttung findet im Quartal statt, welches auf den Beantragungszeitpunkt folgt. Mit Vollendung des 18. Lebensjahres endet die Teilnahme am AOK-Kinderbonus automatisch. Die Teilnahme am Programm kann von Bonuspunkte-Mitsammlern jederzeit ohne Angaben von Gründen gekündigt werden.
- (8) Im Falle einer missbräuchlichen Nutzung des AOK-Kinderbonus z.B. durch Manipulationen des Punktestandes aufgrund falscher Angaben oder Sammlung von Punkten unter Verstoß gegen die Teilnahmebedingungen, kann die AOK Teilnehmer mit sofortiger Wirkung vom Programm ausschließen, bereits erworbene Ansprüche können entfallen. Wurde ein Teilnehmer vom AOK-Kinderbonus ausgeschlossen, ist er im Falle einer erneuten Anmeldung zum AOK-Kinderbonus nicht teilnahmeberechtigt.
- (9) Das Nähere regelt die Ausführungsbestimmung zum AOK-Kinderbonus, die durch den Vorstand festgelegt wird. Versicherte sind berechtigt, die Ausführungsbestimmung in den Geschäftsstellen einzusehen. Auf Wunsch werden den Versicherten Inhalte der Ausführungsbestimmung schriftlich zur Verfügung gestellt.

§ 17 h – AOK-Auslandsreise-Wahltarif

- (1) Mitglieder 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. Der 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) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die 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.

Die 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 Tarifeilnahme 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.

- (3) Der Versicherte ist an die Wahl des Tarifes ein Jahr vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist). Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V) gekündigt werden. Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird. Die Bindungswirkung entsteht sowohl für das Mitglied als auch für die nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde.

Die 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.

- (4) Erstattet 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; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden 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 wenn das Kind 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.

Die 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).

Die AOK Sachsen-Anhalt 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 hinausgehen, erstatten, wenn
 - a) sowohl der Versicherte als auch das Kind am Wahltarif teilnehmen und
 - b) 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
 - c) 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 Sachsen-Anhalt zwingend erforderlich ist und
 - d) 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, wenn
 - a) 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
 - b) 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.

§ 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 Reise eine Reisewarnung ausgesprochen hat.

Folgende Leistungen werden im Rahmen des Tarifs nicht erstattet:

- a. Kosten für planbare Dialyseleistungen
- b. Überführung im Todesfall
- c. Kosten für Hilfsmittel, die in Deutschland nicht übernahmefähig sind, z. B. Brillen.

Eine Kostenerstattung ist außerdem nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben haben.

Die 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.

Bei Grenzgängern und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen mit Wohn-

sitz im Ausland ist der Anspruch auf Leistungen, die in Deutschland oder im Wohnland in Anspruch genommen wurden, ausgeschlossen.

Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen Zeitraum von zusammenhängend längstens sechs Wochen begrenzt. Die Regelung zur nachgehenden Leistung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit nach Absatz 4 Satz 1 bleibt unberührt.

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tag ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 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.

Sofern eine Prämie nach Absatz 5 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.

Eine 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.

Ein 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.

Aus 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.

- (5) Das 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.

Die 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.

Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Jahr wird die Prämie anteilig berechnet.

Für die Berechnung der anteiligen Prämie werden für volle Kalendermonate jeweils 1/12 der Jahresprämie zugrunde gelegt; im Übrigen erfolgt die Berechnung nach Kalendertagen.

Zu viel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 4 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend.

Entstehen der AOK durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten.

Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Tarifbeiträge zu erteilen.

- (6) Es gelten folgende Konditionen:

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

Die jahresbezogene Prämie ist jeweils für das Mitglied und jeden nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, zu entrichten. Maßgeblich für die Bestimmung der Prämie ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Kalenderjahres, für das die Prämie zu entrichten ist.

- (7) Die 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. Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

Die 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 oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.

Versicherungsunterbrechungen bis zu zwei Monaten sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich.

Die AOK kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 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.

- (8) Das 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; das Nähere ergibt sich aus Absatz 9.

Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK zugeht; Absatz 7 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

Das Mitglied kann den Tarif aus den o. a. Gründen wahlweise auch für einen oder mehrere der nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen kündigen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend.

- (9) Eine 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.

Mitglieder 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.

In 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.

Der 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.

Eine 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.

Darüber 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.

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

§ 17 i – AOK-Gesundheitsbonus

- (1) Versicherte können am AOK-Gesundheitsbonus teilnehmen. Die Teilnahme ist freiwillig und kommt durch schriftliche Erklärung (Einschreibung) zustande. Eine gleichzeitige Teilnahme am AOK-Gesundheitsbonus und am AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus nach § 17 d, am AOK Kinderbonus nach § 17 g oder am AOK-Aktivbonus nach § 17 j dieser Satzung ist ausgeschlossen.
- (2) Die Boni werden für folgende Maßnahmen gesundheitsbewussten Verhaltens gewährt:
- a) Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 26 SGB V i. V. m. § 55 Abs. 1 SGB V,
 - b) öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen nach § 20 d Abs. 1 SGB V,

- c) Maßnahmen, die nachweislich der Gesundheitsförderung dienen oder gesundheitsbewusste Verhaltensweisen fördern.

Die Boni werden auf dem Bonuspunkte-Konto gutgeschrieben.

Das Nähere zu den Voraussetzungen der Anerkennung von Leistungen und Maßnahmen, insbesondere zu dem erforderlichen Umfang und den Zeitabständen der Inanspruchnahme, wird in den Ausführungsbestimmungen nach Absatz 7 geregelt. Die Anerkennung einer Leistung im Rahmen des AOK-Gesundheitsbonus erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der AOK. Diese richtet sich allein nach Maßgabe der Gesetze und dieser Satzung.

- (3) Die Voraussetzungen gemäß Absatz 2 Satz 1 weisen die Versicherten durch entsprechende Bestätigungen in einem Bonusheft und/oder durch Nachweis der in Anspruch genommenen Leistung nach. Die Bonushefte und/oder die Nachweise der in Anspruch genommenen Leistungen sind bis spätestens 30.06. eines Jahres für das Vorjahr bei der AOK einzureichen. Später eingereichte Nachweise können nicht berücksichtigt werden. Eine Anrechnung für das folgende Kalenderjahr ist unzulässig.
- (4) Der Bonus wird den Versicherten als Geldprämie gegen Nachweis gemäß Absatz 3 zur Verfügung gestellt. Er wird nach einem sich aus der Ausführungsbestimmung nach Absatz 7 ergebenden Punktzahlsystem ermittelt. Beim AOK-Gesundheitsbonus ist die jährliche Bonifizierung für nachgewiesene Maßnahmen je Teilnehmer auf maximal 200 Punkte begrenzt. Die Prämie richtet sich nach der tatsächlichen Punkthöhe. Sie wird grundsätzlich in dem Quartal ausgeschüttet, das auf den Zeitpunkt der Einreichung von Bonusheft und/oder der Nachweise der in Anspruch genommenen Leistungen folgt. Die Punkthöhe wird durch das jährliche Einreichen der bestätigten Bonushefte und/oder durch Nachweis der in Anspruch genommenen Leistung der AOK gegenüber dokumentiert. Der Punktwert beträgt bei der Gewährung der Geldprämie 1 Euro je Bonuspunkt. Die Auszahlung erfolgt nur, wenn ein gültiges Versicherungsverhältnis bei der AOK zum Zeitpunkt der Ausschüttung besteht.
- (5) Die Teilnahme am AOK-Gesundheitsbonus kann vom Bonuspunkte-Kontoinhaber jederzeit beendet werden.
- (6) Im Falle einer missbräuchlichen Nutzung des AOK-Gesundheitsbonus, z. B. durch Manipulationen des Punktestandes aufgrund falscher Angaben oder Sammlung von Punkten unter Verstoß gegen die Teilnahmebedingungen, kann die AOK den Teilnehmer mit sofortiger Wirkung vom Programm ausschließen; bereits erworbene Ansprüche können entfallen. Wurde ein Teilnehmer vom AOK-Gesundheitsbonus ausgeschlossen, ist er im Falle einer erneuten Anmeldung zum AOK-Gesundheitsbonus nicht teilnahmeberechtigt.
- (7) Das Nähere regeln die Ausführungsbestimmungen zum AOK-Gesundheitsbonus, die durch den Vorstand festgelegt werden. Versicherte sind berechtigt, die Ausführungsbestimmungen in den Kundencentern einzusehen. Auf Wunsch werden den Versicherten Inhalte der Ausführungsbestimmungen schriftlich zur Verfügung gestellt.

§ 17 j - AOK Aktivbonus

- (1) Versicherte können am AOK-Aktivbonus teilnehmen. Die Teilnahme ist freiwillig und

erfordert eine schriftliche Erklärung des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters. Die gleichzeitige Teilnahme am AOK-Aktivbonus und am AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus nach § 17 d, am AOK- Kinderbonus nach § 17g oder AOK-Gesundheitsbonus nach § 17 i der Satzung ist grundsätzlich ausgeschlossen. Ausnahme ist die Teilnahme am AOK-Kinderbonus nach § 17 g dieser Satzung für Tarifwähler, die sich bis zum 31.12.2013 in den AOK-Kinderbonus eingeschrieben hatten.

(2) Die Boni werden für folgende Maßnahmen gesundheitsbewussten Verhaltens gewährt:

a) Öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen nach § 20 d Abs. 1 SGB V,

c) Maßnahmen, die nachweislich der Gesundheitsförderung dienen oder gesundheitsbewusste Verhaltensweisen fördern, hierzu zählen auch Maßnahmen zur Förderung der Zahngesundheit und Mundhygiene.

Das Nähere zu den Voraussetzungen der Anerkennung von Leistungen und Maßnahmen wird in den Ausführungsbestimmungen nach Absatz 7 geregelt. Die Anerkennung einer Leistung im Rahmen des AOK-Aktivbonus erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der AOK. Diese richtet sich allein nach Maßgabe der Gesetze oder dieser Satzung.

(3) Die Erfüllung der Maßnahmen gemäß Absatz 2 Satz 1 weisen die Teilnehmer durch eine Bestätigung des Leistungserbringers spätestens bis zum 31.01. des Folgejahres nach. Erzielte Bonuspunkte sind nicht in das nächste Kalenderjahr übertragbar.

(4) Der Bonus wird den Versicherten als Geldprämie gegen Nachweis gemäß Absatz 3 zur Verfügung gestellt. Die Höhe wird nach einem sich aus den Ausführungsbestimmungen nach Absatz 7 ergebenden Punktezahlsystem ermittelt. Beim AOK-Aktivbonus ist die jährliche Bonifizierung für nachgewiesene Maßnahmen je Teilnehmer auf maximal 200 Punkte begrenzt. Der Bonus wird grundsätzlich nach Vorlage aller Nachweise ausgeschüttet. Die Punkthöhe wird durch den Nachweis der in Anspruch genommenen Leistung der AOK gegenüber dokumentiert. Die Auszahlung erfolgt nur, wenn ein gültiges, ungekündigtes Versicherungsverhältnis bei der AOK zum Zeitpunkt der Ausschüttung besteht.

(5) Bei Widerruf der Teilnahme oder Beendigung der Versicherung bei der AOK Sachsen-Anhalt endet die Teilnahme am Programm.

(6) Im Falle einer missbräuchlichen Nutzung des AOK-Aktivbonus, z. B. durch Manipulation des Punktestandes aufgrund falscher Angaben oder Sammlung von Punkten unter Verstoß gegen die Teilnahmebedingungen, kann die AOK den Teilnehmer mit sofortiger Wirkung vom Programm ausschließen; bereits erworbene Ansprüche können entfallen. Wurde ein Teilnehmer vom AOK-Aktivbonus ausgeschlossen, ist er im Falle einer erneuten Anmeldung zum AOK-Aktivbonus nicht teilnahmeberechtigt.

(7) Das Nähere regeln die Ausführungsbestimmungen zum AOK-Aktivbonus, die durch den Vorstand festgelegt werden. Versicherte sind berechtigt, die Ausführungsbestimmungen in den Kundencentern einzusehen.

FÜNFTER ABSCHNITT:

Beiträge

§ 18 – Beitragssätze

- (1) Der allgemeine Beitragssatz beträgt gemäß § 241 SGB V 14,6 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.
- (2) Der ermäßigte Beitragssatz beträgt gemäß § 243 SGB V 14,0 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 18 a – Zusatzbeitrag

Von Mitgliedern wird auf Grund des § 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben. Dieser beträgt 0,3 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

§ 19 - Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder

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

§ 20 - gestrichen

§ 21 - Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

Laufende Beiträge, die geschuldet werden, werden entsprechend den Regelungen dieser Satzung und den Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen fällig.

§ 21 a - gestrichen

§ 22 - gestrichen

§ 23 - Vorschüsse

Die AOK kann von Arbeitgebern, die

1. innerhalb des Kassenbezirkes keine feste Betriebsstätte haben oder sich nur vorübergehend im Kassenbezirk aufhalten

oder

2. a) länger als 2 Monate mit der Beitragszahlung in Verzug sind oder
b) sich in einem Insolvenzverfahren befinden oder
c) sich innerhalb der letzten 12 Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder

- d) 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 1 Monat fordern. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

SECHSTER ABSCHNITT:

Widerspruchsstelle

§ 24 - Besonderer Ausschuss (Widerspruchs-, Einspruchsausschuss)

- (1) Bei der AOK werden als besondere Ausschüsse nach § 36 a Abs. 1 i. V. m. § 35 Abs. 2 SGB IV ein oder mehrere Widerspruchsausschüsse eingerichtet. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat bestellt.
- (2) Dem/Den Widerspruchsausschuss/-ausschüssen gehören je 2 Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie des Vorstandes oder ein von ihm Beauftragter mit beratender Stimme an. Ein Mitglied, das verhindert ist, wird durch einen Stellvertreter vertreten. Stellvertreter sind in der Reihenfolge ihrer Aufstellung die als Stellvertreter bestellten verfügbaren Personen.
- (3) Der/Die Widerspruchsausschuss/-ausschüsse entscheidet/entscheiden über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK, sofern durch Rechtsvorschriften nichts Anderes bestimmt ist. Außerdem nimmt er/nehmen sie die Befugnisse der AOK nach § 112 Abs. 2 SGB IV i. V. m. § 69 OWiG (Einspruchsstelle) wahr. Näheres über den Ablauf des Verfahrens bestimmt der Vorstand in Richtlinien (§ 36 a i. V. m. § 35 Abs. 2 SGB IV).
- (4) Für Mitglieder des/der Widerspruchsausschusses/-ausschüsse gelten die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes, Amtsverlust, Amtsdauer, Haftung und Entschädigung entsprechend.

SIEBTER ABSCHNITT:

Organe

§ 25 - Organe der AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse

Organe bei der AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse sind der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan und der hauptamtliche Vorstand. Beide wirken bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben vertrauensvoll zusammen.

§ 26 - Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat der AOK besteht aus je 14 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber (§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).
- (2) Die Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich zum 01. Januar.
- (3) Für die Stellvertreter der Verwaltungsratsmitglieder gilt Listenvertretung (§ 43 Abs. 2 Sätze 1 u. 2 i.V.m. § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV).
- (4) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, § 33 Abs. 1 SGB IV). Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1a u. 1b SGB V).
- (5) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören weiterhin:
 1. Grundsatzentscheidungen der sozial- und unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse in gesundheits- und sozialpolitischen und strategischen Fragen im Zuständigkeitsbezirk der AOK;
 2. Wahl des Vorstandes und aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter;
 3. Maßnahmen zur Amtsbeendigung des Vorstandes (§ 35a Abs. 7 i. V. m. § 59 SGB IV);
 4. Aufstellung einer Geschäftsordnung zur Regelung der Beziehung zum Vorstand;
 5. Vereinbarung von strategischen Zielen der Sozial- und Unternehmenspolitik mit dem Vorstand innerhalb der Grenzen der Grundsatzentscheidungen;
 6. Überwachung des Vorstandes u. a. durch Entgegennahme der Berichte des Vorstandes über die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen, die finanzielle Situation und Entwicklung sowie die Erreichung der Jahresziele (§ 35a Abs. 2 SGB IV);
 7. Bestellung eines externen Prüfers für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV) und Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V);
 8. Feststellung des Haushaltsplanes (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V);
 9. Beschluss über den Erwerb, die Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V);

10. Beschluss über die Auflösung der AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse oder freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen (§ 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V);
 11. Änderung der Satzung;
 12. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat;
 13. die Wahrnehmung von Aufgaben in den anderen, durch Gesetz oder maßgebendes Recht bestimmten Fällen;
 14. Zustimmung zur Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung;
 15. Gewährung von Darlehen sowie finanzielle Hilfen;
 16. Aufstellung von Richtlinien;
 17. Festsetzung des Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V.
- (6) Bei Satzungsänderungen ist der Verwaltungsrat nur beschlussfähig, wenn zwei Drittel der Mitglieder, aus denen sich der Verwaltungsrat zusammensetzt, anwesend und stimmberechtigt sind. Beschlüsse über die Änderung der Satzung bedürfen der Zwei-Drittel-Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder. Im Übrigen gilt § 64 SGB IV.
- (7) Der 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 Inhaltes zur Beseitigung offener Unrichtigkeiten handelt,
 3. Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden, nach vorheriger Beratung und Empfehlung eines insoweit gebildeten Ausschusses,
 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.

Wenn 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. Ergibt sich bei der schriftlichen Abstimmung Stimmgleichheit, so wird über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates beraten und abgestimmt. Kommt auch bei der zweiten Abstimmung keine Mehrheit zustande, so gilt der Antrag als abgelehnt.

- (8) Zur Aufgabenwahrnehmung finden in der Regel jährlich 4 Sitzungen des Verwaltungsrates statt; der Vorsitzende beruft zu den Sitzungen ein. Er soll hierbei im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden handeln. Darüber hinaus kann der Vorsitzende des

Verwaltungsrates im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates bei Bedarf weitere Sitzungen einberufen, insbesondere wenn

1. mindestens ein Drittel der Verwaltungsratsmitglieder
oder
2. der Vorstand diese beantragt
oder
3. die Aufsichtsbehörde es verlangt.

Der Vorstand nimmt an den Sitzungen des Verwaltungsrates mit beratender Stimme teil.

- (9) Die Sitzungen des Verwaltungsrates sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nichtöffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben.
- (10) Der Verwaltungsrat bildet zur Erfüllung seiner Aufgaben Ausschüsse. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.
- (11) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere
 1. die Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse maßgebliches Recht verstoßen (§ 38 SGB IV),
 2. die Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei der Ergänzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 1 SGB IV),
 3. Anzeige und Benachrichtigung über das Ergebnis der Wahl und über Änderungen in der Zusammensetzung des Verwaltungsrates.

§ 27 - unbesetzt

§ 28 - Vorstand

- (1) Der Vorstand besteht aus höchstens 2 Mitgliedern. Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahre; Wiederwahl ist möglich (§ 35a Abs. 3 SGB IV).
- (2) Die Mitglieder des Vorstandes führen die Geschäfte der AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen. Im Rahmen der dem Vorstand obliegenden Gesamtverantwortung und der aufgestellten Richtlinien führt jedes Mitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmgleichheit der Vorsitzende des Vorstandes (§ 35a Abs. 1 SGB IV).
- (3) Der Vorstand handelt unter Berücksichtigung der vom Verwaltungsrat bestimmten Grundsatzentscheidungen und trifft alle zu ihrer Realisierung erforderlichen Entscheidungen.
- (3a) Soweit Beschlüsse der Gesellschafterversammlung der AOK-Bundesverband GbR nicht der Zustimmung des Aufsichtsrates der AOK-Bundesverband GbR bedürfen, hat der Vor-

stand unverzüglich nach Einberufung der Gesellschafterversammlung der AOK-Bundesverband GbR die Zustimmung des Verwaltungsrates über die Ausübung der Gesellschafterrechte der AOK einzuholen.

(4) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:

1. die eigenverantwortliche Wahrnehmung aller Aufgaben außerhalb der Zuständigkeit des Verwaltungsrates;
2. die eigenverantwortliche Wahrnehmung aller Aufgaben in der Unternehmenspolitik und -strategie, der Sozial- und Gesundheitspolitik im Rahmen der Zielvereinbarung mit dem Verwaltungsrat;
3. die Zielplanung und Aufstellung von Jahreszielen im Rahmen der mit dem Verwaltungsrat zu treffenden Zielvereinbarung;
4. Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über
 - a) Umsetzung von Grundsatzentscheidungen,
 - b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
 - c) die Einhaltung der Jahresziele;
5. Aufstellung von Richtlinien für den Vorstand;
6. regelmäßige Berichterstattung gegenüber den Vorsitzenden des Verwaltungsrates;
7. sonstige Aufgaben, die durch Gesetz oder sonstiges für die AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse maßgebendes Recht dem Vorstand zugewiesen sind;
8. Anlage der Rücklagen (§§ 83, 86 SGB IV, § 261 SGB V);
9. Vermietung und Verpachtung von Grundeigentum;
10. Anstellung, Beförderung, Versetzung in den Ruhestand oder Kündigung von dienstordnungsmäßig Angestellten; Einstellung, Eingruppierung, Höhergruppierung und Kündigung von Tarifangestellten; Einstellung von Auszubildenden und Zulassung zu Qualifikationsmaßnahmen im Rahmen der vom Verwaltungsrat aufgestellten Grundsätze zur Personalentwicklung, -bewirtschaftung und -vergütung;
11. Übernahme der Krankenbehandlung für die in § 264 SGB V bezeichneten Personkreise;
12. Aufstellung des Haushaltsplanes;
13. Vereinbarungen und Verträge mit anderen Krankenkassen, soweit diese nicht Grundsätze der Unternehmenspolitik berühren.

(5) Aufgaben im Rahmen der Vorbereitung von Entscheidungen des Verwaltungsrates:

1. Aufnahme von Darlehen, sofern sie nach Höhe und Laufzeit einer Zustimmung des Verwaltungsrates bedürfen. Das Nähere regeln die Richtlinien des Verwaltungsrates.
2. Vorbereitung der Beschlussfassung des Verwaltungsrates bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden.
3. Errichtung und Auflösung von Eigeneinrichtungen einschl. von Krankenhäusern und Genesungsheimen.
4. Aufstellung und Änderung der Dienstordnung (§§ 351 ff. RVO).

§ 29 - Vertretung der AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse

- (1) Der Vorstand vertritt die AOK unbeschadet des Absatzes 3 gerichtlich und außergerichtlich.
- (2) Soweit nicht gesetzliche oder satzungsrechtliche Bestimmungen entgegenstehen, kann jedes Mitglied des Vorstandes die AOK vertreten (§ 35a Abs. 1 Satz 2 SGB IV).
- (3) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern. Das Vertretungsrecht wird durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

§ 30 - unbesetzt

§ 31 - Amtsdauer, Entschädigung und Haftung der Organmitglieder

- (1) Für die Amtsdauer und Haftung der Mitglieder im Selbstverwaltungsorgan gelten §§ 42 und 58 SGB IV; für die Entschädigung § 41 SGB IV unter Beachtung des Absatzes 2.
- (2) Der Verwaltungsrat setzt auf Vorschlag des Vorstandes die Beträge für die Entschädigung der Organmitglieder im Rahmen einer Entschädigungsregelung (Anhang 2 dieser Satzung) fest. Die Entschädigungsregelung ist Bestandteil dieser Satzung.

ACHTER ABSCHNITT:

Verwaltung der Mittel

§ 32 - Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 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.

§ 33 - Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung

- (1) Der vom Verwaltungsrat gebildete Ausschuss ist befugt, die Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen sowie die Vermögensbestände der AOK einzusehen und zu prüfen. Er kann einzelne Mitglieder hiermit beauftragen.
- (2) Die vom Ausschuss benannten Mitglieder des Verwaltungsrates sind befugt, die AOK mindestens einmal im Jahr unvermutet zu prüfen. Die Prüfung erstreckt sich auch darauf, ob das Vermögen vorschriftsmäßig angelegt ist und wie die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden.
- (3) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt; der Vorstand veranlasst eine interne oder externe Rechnungsprüfung (§ 77 Abs. 1 Satz 1 SGB IV, § 31 SVHV).
- (4) Der Verwaltungsrat bestellt den externen Prüfer für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV). Die Abnahme der Jahresrechnung (Entlastung) erfolgt durch den Verwaltungsrat (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IV).

NEUNTER ABSCHNITT:

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§ 34 - Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach den §§ 1 - 12 Aufwendungsausgleichsgesetz richtet sich nach den näheren Bestimmungen des Anhangs 1 dieser Satzung.

ZEHNTER ABSCHNITT:

Bekanntmachungen/Veröffentlichungen und In-Kraft-Treten

§ 35 – Bekanntmachungen/Veröffentlichungen

- (1) Bekanntmachungen nach § 34 Abs. 2 SGB IV sind in den Geschäftsräumen der AOK für mindestens 2 Wochen öffentlich auszuhängen; bei Satzungsänderungen wird außerdem in der Tagespresse auf Ort und Zeit des Aushanges hingewiesen.
- (2) Die AOK veröffentlicht nach § 305 b SGB V zum 30. November eines Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und auf der eigenen Internetpräsenz www.aok.de/sachsen-anhalt. Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 in den Kundenzeitschriften der AOK Sachsen-Anhalt veröffentlicht.

§ 36 - In-Kraft-Treten

- (1) Die Satzung tritt am 01.04.2009 in Kraft.
- (2) Mit dem Tag des Inkrafttretens dieser Satzung verlieren die Satzungen der AOK Sachsen-Anhalt und der BKK Sachsen-Anhalt ihre Geltung.

Informatorische Übersicht zu den Satzungsänderungen

Lfd. Nr.	Änderung	Beschluss des Verwaltungsrates	Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde	Inkrafttreten
01	Änderung § 6 Abs. 3 und 4 des Anhangs 1	16.06.2009	25.06.2009	01.07.2009
02	Änderung des § 5 Abs. 4	15.12.2009	18.12.2009	01.01.2010
03	Änderung des § 13	15.12.2009	18.12.2009	01.01.2010
04	Änderung des § 17 e	15.12.2009	18.12.2009	01.01.2010
05	Änderung des § 6 Abs. 3 des Anhangs 1	14.12.2009	18.12.2009	01.01.2010
06	Änderung des § 1 Abs. 2 und 3 des Anhangs 2	15.12.2009	18.12.2009	01.01.2010
07	Änderung des § 17 a	17.03.2010	29.04.2010	01.04.2010
08	Aufnahme des § 17 g	17.03.2010	29.04.2010	01.04.2010
09	Aufnahme des § 17 h	17.03.2010	29.04.2010	01.04.2010
10	Aufnahme des § 16 i	15.06.2010	14.07.2010	01.07.2010
11	Änderung des § 6 Abs. 3 des Anhangs 1	14.06.2010	14.07.2010	01.07.2010
12	Änderung des § 2 Abs. 5	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
13	Änderung des § 3 Abs. 2	15.2.2010	05.01.2011	01.01.2011
14	Änderung des § 6 Abs. 2 Nr. 2a)	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011

Lfd. Nr.	Änderung	Beschluss des Verwaltungsrates	Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde	Inkrafttreten
15	Änderung des § 7	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
16	Streichung des § 10	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
17	Änderung des § 12	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
18	Änderung des § 16 c	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
19	Änderung des § 16 d	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
20	Streichung des § 16 e	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
21	Aufnahme des § 16 e (Neu)	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
22	Streichung des § 16 f	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
23	Aufnahme des § 16 f (Neu)	15.12.2010	05.01.2011	01.07.2010
24	Streichung des § 16 g	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
25	Streichung des § 16 h	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
26	Änderung des § 17	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
27	Änderung des § 17 b	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
28	Streichung des § 17 c	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
29	Aufnahme des § 17 c (Neu)	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
30	Streichung des § 17 d	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
31	Änderung des § 26 Abs. 7 Nr. 4	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011

Lfd. Nr.	Änderung	Beschluss des Verwaltungsrates	Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde	Inkrafttreten
32	Änderung des § 33 Abs. 3	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
33	Änderung des § 2 Abs. 1 des Anhangs 2	15.12.2010	05.01.2011	01.01.2011
34	Änderung des § 6 Abs. 2 und 4 des Anhangs 1	25.11.2010	05.01.2011	01.01.2011
35	Änderung des § 14	16.03.2011	26.04.2011	01.01.2011
36	Änderung des § 17 h	20.06.2011	27.07.2011	01.01.2011
37	Änderung des § 3 Abs. 2	14.12.2011	29.12.2011	01.01.2012
38	Änderung des § 14 Abs. 3 und 4	14.12.2011	29.12.2011	01.01.2012
39	Änderung des § 15 Abs. 3	14.12.2011	29.12.2011	01.01.2012
40	Änderung des § 16 a	14.12.2011	29.12.2011	01.01.2012
41	Änderung des § 18 Abs. 1 und 2	14.12.2011	29.12.2011	01.01.2012
42	Änderung des § 24 Abs. 2 und 4	14.12.2011	29.12.2011	01.01.2012
43	Änderung des § 35 Abs. 1	14.12.2011	29.12.2011	01.01.2012
44	Änderung des Anhangs 3	14.12.2011	29.12.2011	01.01.2012
45	Änderung des Anhangs 1	13.12.2011	29.02.2012	01.04.2012
46	Aufnahme des § 17 i (Neu)	14.03.2012	21.03.2012	01.04.2012
47	Änderung des § 32	19.06.2012	27.07.2012	01.07.2012
48	Änderung des § 35	19.06.2012	27.07.2012	01.07.2012

Lfd. Nr.	Änderung	Beschluss des Verwaltungsrates	Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde	Inkrafttreten
49	Änderung des § 12	12.09.12	01.11.12	01.10.2012
50	Streichung des § 16 g	12.09.12	01.11.12	01.10.2012
51	Streichung des § 17 a	12.09.12	01.11.12	01.10.2012
52	Änderung des § 3 Anhang 1	12.09.12	01.11.12	01.10.2012
53	Änderung des Anhangs 3	12.09.12	01.11.12	01.07.2012
54	Aufnahme des § 11	01.11.12	09.11.12	01.01.13
55	Aufnahme des § 11 a	01.11.12	09.11.12	01.01.13
56	Änderung des § 17 i	01.11.12	09.11.12	01.01.13
57	Aufnahme des § 17 j	01.11.12	09.11.12	01.01.13
58	Änderung des §17 Abs.2	18.12.12	08.01.13	01.01.13
59	Änderung des §17 c Abs.2	18.12.12	08.01.13	01.01.13
60	Änderung des § 17 g Abs.1	18.12.12	08.01.13	01.01.13
61	Änderung des § 17 h Abs.3 und 4	18.12.12	08.01.13	01.01.13
62	Änderung des § 6 Abs.2, 3 und 4 des Anhanges 1	17.12.12	08.01.13	01.01.13
63	Änderung der §§ 1, 5, 6 des Anhanges 2	18.12.12	08.01.13	01.01.13
64	Änderung des § 32 - Rücklage	03.07.13	02.08.13	01.07.13
65	Änderung des § 17 g – AOK-Kinderbonus	03.07.13	02.08.13	01.07.13

Lfd. Nr.	Änderung	Beschluss des Verwaltungsrates	Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde	Inkrafttreten
66	Änderung des § 17 j	11.09.2013	24.09.2013	01.01.2014
67	Streichung des § 21 a	18.12.2013	14.02.2014	01.08.2013
68	Änderung des § 5	18.12.2013	14.02.2014	01.08.2013
69	Änderung des 17 - Wahltarif Selbstbehalt	18.12.2013	14.02.2014	01.01.2014
70	Änderung des § 17 c AOK-Bonus-Wahltarif	18.12.2013	14.02.2014	01.01.2014
71	Änderung des § 17 g – AOK Kinderbonus	18.12.2013	14.02.2014	01.01.2014
72	Änderung des § 17 i – AOK Gesundheitsbonus	18.12.2013	14.02.2014	01.01.2014
73	Änderung des § 17 j – AOK Aktivbonus	18.12.2013	14.02.2014	01.01.2014
74	Aufnahme des § 10 – Häusliche Krankenpflege	19.03.2014	23.04.2014	01.04.2014
75	Aufnahme des § 11 b – Künstliche Befruchtung	19.03.2014	23.04.2014	01.04.2014
76	Änderung des Anhangs 3	19.03.2014	23.04.2014	01.04.2014
77	Änderung des § 17 Wahltarif-Selbstbehalt	19.03.2014	23.04.2014	01.07.2014
78	Änderung des § 17 c AOK-Bonus-Wahltarif	19.03.2014	23.04.2014	01.07.2014
79	Änderung des § 17 d – AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus	19.03.2014	23.04.2014	01.07.2014
80	Änderung des § 17 g – AOK-Kinderbonus	19.03.2014	23.04.2014	01.07.2014
81	Änderung des § 17 i – AOK-Gesundheitsbonus	19.03.2014	23.04.2014	01.07.2014
82	Änderung des § 17 j – AOK-Aktivbonus	19.03.2014	23.04.2014	01.07.2014
83	Aufnahme des § 11 c – Zuschuss für eine Brillenentspiegelung für Berufskraftfahrer, Busfahrer sowie Schienenfahrzeugführer	24.06.2014	06.08.2014	01.07.2014
84	Aufnahme des § 16 a (neu) - Leistungsausschluss	24.06.2014	06.08.2014	01.07.2017

Lfd. Nr.	Änderung	Beschluss des Verwaltungsrates	Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde	Inkrafttreten
84	Aufnahme § 16 b (neu) – Integrierte Versorgung	24.06.2014	06.08.2014	01.07.2014
85	Änderung des § 16 c - Hausarztzentrierte Versorgung	24.06.2014	06.08.2014	01.07.2014
86	Änderung des § 16 e – Besondere ambulante ärztliche Versorgung	24.06.2014	06.08.2014	01.07.2014
87	Änderung des § 17 e – Wahltarif Krankengeld	24.06.2014	06.08.2014	01.07.2014
88	Änderung des § 17 h - Auslandsreise-Wahltarif	24.06.2014	06.08.2014	01.07.2014
89	Änderung des § 18 – Beitragssätze	22.10.2014	28.11.2014	01.01.2015
90	Aufnahme des § 18 a – Zusatzbeitrag	22.10.2014	28.11.2014	01.01.2015
91	Aufnahme des § 26 Abs. 5 Ziffer 17 – Verwaltungsrat	22.10.2014	28.11.2014	01.01.2015
92	Änderung des Anhangs 3 - Reise-schutzimpfungen	16.09.2014	22.12.2014	Tag nach Bekanntmachung
93	Änderung des § 11 a – Osteopathie	16.09.2014	22.12.2014	Tag nach Bekanntmachung
94	Aufnahme des § 11 d - Hautkrebs-screening	16.09.2014	22.12.2014	Tag nach Bekanntmachung
95	Aufnahme des § 11 e – Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel	16.09.2014	22.12.2014	Tag nach Bekanntmachung
96	Aufnahme des § 11 f – Gesundheits- und Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Geburt	16.09.2014	22.12.2014	Tag nach Bekanntmachung
97	§ 11 g – Hebammenrufbereitschaft	16.09.2014	22.12.2014	Tag nach Bekanntmachung
98	§ 11 h – Früherkennung und Frühförderung	16.09.2014	22.12.2014	Tag nach Bekanntmachung
99	Änderung des § 35 - Bekanntmachungen der Satzung	16.09.2014	22.12.2014	01.07.2014
100	Streichung des § 17	18.12.2014	05.02.2015	01.01.2015
101	Streichung des § 17 c	18.12.2014	05.02.2015	01.01.2015
101	Änderung des § 17 d AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus	18.12.2014	05.02.2015	01.01.2015
102	Änderung des § 17 g – AOK-Kinderbonus	18.12.2014	05.02.2015	01.01.2015
103	Änderung des § 17 i AOK-Gesundheitsbonus	18.12.2014	05.02.2015	01.01.2015
104	Änderung des § 17 j – AOK Aktivbonus	18.12.2014	05.02.2015	01.01.2015

Lfd. Nr.	Änderung	Beschluss des Verwaltungsrates	Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde	Inkrafttreten
105	Änderung des § 17 f – Wahltarif – Teilkostenversicherung für DO-Angestellte	18.12.2014	05.02.2015	01.01.2015
106	Änderung des § 6 des Anhanges 1	18.12.2014	05.02.2015	01.01.2015
107	Änderung des § 11 h – Frühkindliche Gesundheitsangebote	10.03.2015	30.03.2015	01.04.2015
108	Änderung des § 17 h - Auslandsreisewahltarif	10.03.2015	30.03.2015	01.01.2015
109	Änderung des § 11 b – Künstliche Befruchtung	16.12.2015	23.02.2016	01.01.2016
110	Änderung des § 17 e – Wahltarif – Krankengeld	16.12.2015	23.02.2016	01.01.2016
111	Änderung des § 6 des Anhangs 1	16.12.2015	23.02.2016	01.01.2016
112	Änderung des Anhangs 2	16.12.2015	23.02.2016	01.01.2016
113	Änderung des § 6 – Art und Umfang der Leistungen	22.03.2016	13.04.2016	01.04.2016
114	Änderung des § 7 – Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe	22.03.2016	13.04.2016	01.04.2016
115	Änderung des § 8 a – Primäre Prävention durch Schutzimpfungen	22.03.2016	13.04.2016	01.04.2016
116	Änderung des § 9 – Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen	22.03.2016	13.04.2016	01.04.2016
117	Änderung des § 17 h Auslandsreisewahltarif	22.03.2016	14.04.2016	24.04.2016
118	Änderung des § 11 f – Gesundheits- und Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Geburt	13.12.2016	27.02.2017	01.01.2017
119	Änderung des § 12 – Mehrleistungen zur Haushaltshilfe	13.12.2016	27.02.2017	01.01.2017
120	Änderung des Anhanges 1 - §§ 3, 4 und 6	13.12.2016	27.02.2017	01.01.2017
122	Änderung des Anhanges 1 §§ 3 und 6	19.12.2017	16.01.2018	01.01.2018
123	Änderung des § 11 i – Multimodales Stressmanagement für Kinder	19.12.2017	29.01.2018	01.01.2018
124	Aufnahme des § 11 j – Mehrleistung für Flash-Glukose-Messsysteme	06.03.2018	03.04.2018	01.01.2018