
**Satzung
der
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse**

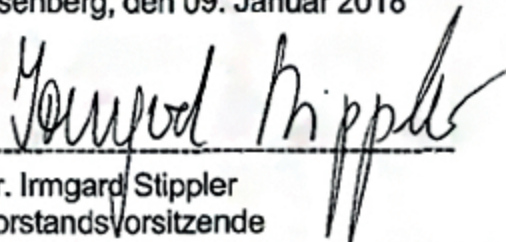
- Vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz mit Bescheid vom 11. Januar 2012 genehmigt.
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 27.04.2012 mit Wirkung zum 01.03.2012 beschlossene Ergänzung des § 38 a und die mit Wirkung ab 01.05.2012 beschlossenen Änderungen der §§ 42 und 43 der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 12.06.2012 genehmigt.
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 26.06.2012 mit sofortiger Wirkung beschlossene Ergänzung des § 31 a der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 05.07.2012 genehmigt.
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 27.11.2012 mit Wirkung zum 01.12.2012 - §§ 9, 25 -, zum 27.12.2012 und 14.02.2013 - § 15 – und zum 01.01.2013 - §§ 14 a, 14 b, 14 d, Teil II §§ 3, 6 beschlossenen Ergänzungen und Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland sowie die ebenfalls mit Wirkung zum 01.01.2013 beschlossene Neufassung der Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (§ 41 SGB IV (Anlage zu § 53 Abs. 2 der Satzung)) wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 12.12.2012 genehmigt.
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 24.06.2013 mit sofortiger Wirkung beschlossenen Ergänzungen und Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - §§ 8, 14 b, 14 d, 23 - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 11.07.2013 genehmigt.
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 11.12.2013 mit Wirkung zum 01.08.2013 - §§ 8, 39 – und zum 01.01.2014 – Teil II § 6 - beschlossenen Ergänzungen und Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 20.12.2013 genehmigt.
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 10.07.2014 mit sofortiger Wirkung - §§ 16, 21, 22, 23, 25, 31a, 31b, 31c -, mit Wirkung zum 21.07.2014 - § 15 – und mit Wirkung zum 01.08.2014 - §§ 14c, 19, 20 - beschlossenen Ergänzungen und Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 30.07.2014 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 25.09.2014 mit Wirkung zum 01.10.2014 - § 6 - und mit sofortiger Wirkung - § 57 - beschlossenen Ergänzungen und Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 09.10.2014 und 13.10.2014 genehmigt.
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 11.11.2014 mit Wirkung zum 01.01.2015 - §§ 31b, 31 d, 31 e - beschlossenen Ergänzungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 05.12.2014 mit Ausnahme des § 31 e Abs. 1 Unterabsatz 4 genehmigt.
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 17.12.2014 mit sofortiger Wirkung - § 21- und mit Wirkung zum 01.01.2015 - §§ 36, 47, 25, 38a, 14c, 19, 20 - beschlossenen Änderungen und Ergänzungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 12.01.2015 genehmigt.
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 15.04.2015 mit Wirkung zum 22.06.2015 - § 15 - beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 20.05.2015 genehmigt.
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 02.10.2015 mit sofortiger Wirkung beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - § 26 - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 22.10.2015 genehmigt.
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 08.12.2015 mit sofortiger Wirkung - §§ 8, 11, 12, 18, 45, 46a, 50, 50 a – und mit Wirkung vom 01.01.2016 - §§ 23, 31e, 36, Neufassung der Entschädigungsregelung für die ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland in den §§ 1, 2, 3, 5, 6 und 8 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 21.12.2015 genehmigt..
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 19.04.2016 mit sofortiger Wirkung - §§ 14b, 25 – und mit Wirkung zum 01.10.2016 - §§ 47, 48, 51 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 17.05.2016 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 11.07.2016 mit sofortiger Wirkung beschlossenen Änderungen und Ergänzungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - § 28 und § 31a - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 03.08.2016 genehmigt.
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 16.12.2016 mit Wirkung zum 01.01.2017 beschlossene Änderung der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - § 22 - wurde vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 23.12.2016 genehmigt.
- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 12.12.2017 mit Wirkung zum 01.01.2018 beschlossenen Änderungen/Neufassungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - §§ 31 b, 31 e, 31 f, 31 g, 31 h, 31 i, 31 j, 31 k, 31 l, 31 m, 31 n, 36, 46, 46 a, 50, 50 a und Teil II § 6 – wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 22.12.2017 genehmigt.

Ausgefertigt:

Eisenberg, den 09. Januar 2018



Dr. Irmgard Stippler
Vorstandsvorsitzende

Inhaltsverzeichnis

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung

	Seite
§ 1 Name, Sitz und Bezirk	1
§ 2 Aufgabenstellung	1-2
§ 3 Funktionen und Mitgliedschaften	2
§ 4 Zusammenwirken	2
§ 5 Bindung an Verträge und Richtlinien	3

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

§ 6 Mitglieder	4
§ 7 Familienversicherte	4
§ 8 Beginn und Ende der Mitgliedschaft	5

Dritter Abschnitt: Leistungen

§ 9 Art und Umfang der Leistungen	6-7
§ 10 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge	7
§ 11 Primäre Prävention durch Schutzimpfungen	7
§ 12 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe	8
§ 13 Modellvorhaben	8-9
§ 14a (nicht besetzt)	9
§ 14b (nicht besetzt)	9
§ 14c Wahltarif Integrierte Versorgung	9-10
§ 14d AOK-Bonus-Wahltarif EXTRA	10-12
§ 15 Wahltarife zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	12-13
§ 16 AOK-Prämienprogramm/AOK-Kinderbonus	14-15
§ 17 Weiterentwicklung der Versorgung	16
§ 18 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	17
§ 19 Hausarztzentrierte Versorgung	17-20
§ 20 Besondere ambulante ärztliche Versorgung	20-23

	Seite	
§ 21	Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen	23-27
§ 22	Wahltarif Kostenerstattung bei Zahnersatz	27-31
§ 23	Wahltarif Krankengeld	31-35
§ 24	Wahltarif Teilkostenerstattung	35-36
§ 25	Wahltarif Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt	36-41
§ 26	Medizinische Vorsorgeleistungen	41
§ 27	Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter	41
§ 28	Haushaltshilfe	42
§ 29	Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	42
§ 30	Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V	43
§ 31	Kostenerstattung	43-44
§ 31a	Kostenerstattung bei künstlicher Befruchtung	44
§ 31b	Kostenerstattung bei Osteopathie für Kinder und Jugendliche	45
§ 31c	Kostenerstattung bei erweiterten Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche	45-47
§ 31d	Kostenerstattung für Rufbereitschaft Hebammen	47
§ 31e	Kostenerstattung bei Osteopathie für Erwachsene	47-48
§ 31f	Kostenerstattung bei Homöopathie	48-49
§ 31g	Kostenerstattung bei Reiseschutzimpfungen	49
§ 31h	Kostenerstattung bei Hautkrebsvorsorge unter 35 Jahren	49-50
§ 31i	Kostenerstattung zusätzlicher Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt	50-51
§ 31j	Kostenerstattung bei Arzneimitteln der Anthroposophie und Phytotherapie	51-52
§ 31k	Kostenerstattung bei sportmedizinischer Untersuchung	52
§ 31l	Kostenerstattung bei Darmkrebsvorsorge	52-53
§ 31m	Kostenerstattung bei Check-up unter 35 Jahren	53
§ 31n	Kostenerstattung bei augenärztlicher Vorsorgeuntersuchung für Kinder	53-54
§ 32	Kostenerstattung bei Behandlung im Ausland	54
§ 33	Leistungsausschluss nach § 52a SGB V	54-55
§ 34	Empfangsberechtigung	55
§ 34a	Übergangsvorschriften	55-58

Vierter Abschnitt: Beiträge

§ 35	Beitragssätze	59
§ 36	Zusatzbeitrag	59
§ 37	Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder	59

§ 38	Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	59-60
§ 38a	Mahngebühr	60
§ 39	(nicht besetzt)	60
§ 40	Vorschüsse und Beitragserstattungen	60-61

Fünfter Abschnitt: Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle

§ 41	Widerspruchsausschüsse	62
§ 42	Widerspruchsausschuss bei der Direktion	62
§ 43	Widerspruchsausschüsse bei den Bezirksdirektionen und der Landesdirektion	63

Sechster Abschnitt: Organe und Struktur der AOK

		Seite
§ 44	Struktur der AOK	64
§ 44a	Organisatorische Anpassungen	64
§ 45	Direktion	64-65
§ 46	Bezirksdirektionen	65
§ 46a	Landesdirektion	66
§ 47	Verwaltungsrat	66-69
§ 47a	Bildung eines „Fusionsausschusses“	69
§ 48	Vorstand	69-70
§ 49	Landesbeiräte	70
§ 50	Geschäftsführer der Bezirksdirektionen	71-72
§ 50a	Geschäftsführer der Landesdirektion	72-73
§ 51	Vertretung der AOK	73
§ 52	Versichertenälteste, Vertrauensleute	73-74
§ 53	Amtsdauer, Entschädigung und Haftung der Organmitglieder	74

Siebter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 54	Rücklagesoll	75
§ 55	Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung	75

Achter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

§ 56	Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)	76
------	--	----

Neunter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 57	Bekanntmachungen	76
§ 58	Inkrafttreten	77

Teil II

Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

	Seite	
§ 1	Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen	78
§ 2	Beteiligte Arbeitgeber	78
§ 3	Erstattungen	78-79
§ 4	Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen	79
§ 5	Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	80
§ 6	Aufbringung der Mittel, Umlage	80
§ 7	Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern	80
§ 8	Verwaltung der Mittel	81
§ 9	Verwaltungsrat	81
§ 10	Widerspruchsausschuss und Einspruchsstelle	81
§ 11	Inkrafttreten	82

Erster Abschnitt:

Name und Aufgabenstellung

§ 1

Name, Sitz und Bezirk

- (1) Die Krankenkasse führt den Namen AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse (nachfolgend „AOK“) und hat ihren Sitz in Eisenberg. Sie gehört der Kassenart der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) an.
- (2) Der Bezirk der AOK umfasst das Gebiet der Bundesländer Rheinland-Pfalz und Saarland.
- (3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 Abs. 1 SGB V) und besitzt Dienstherrenfähigkeit für die von ihr aufgrund des § 7 des Gesetzes zur Neuordnung der Sozialversicherungsträger im Saarland (Sozialversicherungs-Organisationsgesetz Saar) vom 28. März 1960 (BGBl I S. 194) von der Landesversicherungsanstalt für das Saarland übernommenen Beamten.

§ 2

Aufgabenstellung

- (1) Die AOK versteht sich als Gesundheitskasse. Sie sieht ihre Aufgabe darin, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Daraus leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung aufzuklären und zu beraten, Leistungen der Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten 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 Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen 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 AOK hat die Rechtsstellung eines AOK-Landesverbandes in den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Saarland und nimmt insoweit, nach Zustimmung der obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder nach § 207 Abs. 4a SGB V, auch Aufgaben eines Landesverbandes wahr.
- (5) Die AOK wirkt bei Leistungserbringern und Versicherten durch Verträge, Information und Beratung auf eine qualitätsorientierte und preisgünstige Versorgung hin.

§ 3

Funktionen und Mitgliedschaften

- (1) Die AOK ist Mitglied des GKV-Spitzenverbandes.
- (2) Die AOK kann anderen Verbänden, Vereinigungen, Arbeitsgemeinschaften und sonstigen Organisationen beitreten oder solche bilden, die Aufgaben oder Interessen der AOK oder der Sozialversicherung mit sozial- bzw. gesundheitspolitischer Zielsetzung wahrnehmen.
- (3) Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung arbeitet die AOK mit den übrigen Landesverbänden der Krankenkassen und mit Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen.

§ 4

Zusammenwirken

Zur Förderung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des AOK-Systems arbeitet die AOK – insbesondere in ihrer Rechtsstellung als Landesverband in den Ländern Rheinland-Pfalz und Saarland – eng mit dem AOK-Bundesverband zusammen.

§ 5

Bindung an Verträge und Richtlinien

Die vom GKV-Spitzenverband kraft Gesetzes abzuschließenden Verträge sowie die

- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Sicherung der ärztlichen Versorgung (§ 92 SGB V),
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Versorgung und der grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 137 SGB V,
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung und der grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 137 SGB V,
- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und über Grundsätze der Fort- und Weiterbildung (§ 282 SGB V)

sind für die AOK verbindlich (§ 210 Abs. 2 SGB V).

Zweiter Abschnitt:

Versicherter Personenkreis

§ 6

Mitglieder

- (1) Als versicherungspflichtige Mitglieder können bei der AOK versichert sein
 - Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) 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 die in § 9 Abs. 1 SGB V genannten Personenkreise versichert sein, wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind. Freiwillige Mitglieder sind auch solche Personen, die vor dem 01.01.1989 ihre Mitgliedschaft begründet haben.
- (3) Schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 2 Abs. 2 SGB IX können lediglich bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres der freiwilligen Mitgliedschaft bei der AOK beitreten (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).
- (4) Für die Wahl der Mitgliedschaft bei der AOK und die Ausübung der Wahlrechte gelten die §§ 173 ff. SGB V.

§ 7

Familienversicherte

Als Familienangehörige sind bei der AOK versichert

- Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) und Kinder der Mitglieder sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, Stiefkinder, Enkelkinder und Pflegekinder,

wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

§ 8

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 anders ergibt. Die freiwillige Mitgliedschaft kann ohne Einhaltung der Kündigungsfrist und der Bindungswirkung durch Kündigung zu dem Zeitpunkt beendet werden, zu dem ohne die freiwillige Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V bestehen würde. Die Versicherung als Angehöriger gemäß § 10 SGB V bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist zu diesem Zeitpunkt nachzuweisen.
- (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.
- (6) Die sich aus der Teilnahme an Wahlтарifen ergebenden besonderen Mindestbindungsfristen (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V) gelten nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.

Dritter Abschnitt:

Leistungen

§ 9

Art und Umfang der Leistungen

Die Versicherten können nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieser Satzung in Anspruch nehmen:

1. Leistungen im Rahmen der Prävention, betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung (§§ 20 - 24 SGB V)
2. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 - 26 SGB V)
3. bei Krankheit
 - a) Krankenbehandlung, insbesondere
 - ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung (§ 28 Abs. 1 und 3 SGB V), zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung (§§ 28 Abs. 2, 29, 55 SGB V),
 - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§§ 31 - 36 SGB V),
 - häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V),
 - Soziotherapie (§ 37a SGB V),
 - spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V),
 - Haushaltshilfe (§ 38 SGB V),
 - Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V),
 - Zuschuss für ambulante und stationäre Hospizleistungen (§ 39a SGB V),
 - medizinische und ergänzende Maßnahmen bzw. Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen (§§ 40 - 43a SGB V),
 - medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung) (§ 27a SGB V),

- b) Teilnahme an zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen (§§ 137f - 137g SGB V)
 - c) Krankengeld, auch bei Erkrankung eines Kindes (§§ 44 - 51 SGB V)
4. bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe (§ 24d SGB V),
 - Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln (§ 24e SGB V),
 - ambulante oder stationäre Entbindung (§ 24f SGB V),
 - häusliche Pflege (§ 24g SGB V),
 - Haushaltshilfe (§ 24h SGB V),
 - Mutterschaftsgeld (§ 24i SGB V)
5. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)
6. Beratung und Information zu ihren Rechten als Patienten sowie zum gesundheitlichen Verbraucherschutz im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen, Unterstützung bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V)

§ 10

Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

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

§ 11

Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

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

§ 12

Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

- (1) Die AOK stellt Leistungen zur Primärprävention im Sinne des § 20 Abs. 1 SGB V zur Verfügung, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfaden in der jeweils geltenden Fassung entsprechen. Diese Leistungen umfassen den individuellen Ansatz und den Settingansatz. Sie beinhalten insbesondere die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement sowie Suchtmittelkonsum. Im Settingansatz liegt der Schwerpunkt auf gesundheitsfördernden Maßnahmen in Schulen, Kindertagesstätten und Kommunen.
- (2) Die AOK erbringt Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach Maßgabe des § 20b SGB V, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfaden in der jeweils geltenden Fassung entsprechen. In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind dies insbesondere die Handlungsfelder Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, überbetriebliche Vernetzung der Beratung. Die AOK unterstützt die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach Maßgabe des § 20c SGB V.
- (3) Die AOK fördert Selbsthilfegruppen und -organisationen, wenn diese die gesundheitliche Prävention oder Rehabilitation zum Ziel haben sowie die gesundheitsbezogene Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen, die themen-, bereichs- und integrationsgruppenübergreifend tätig sind.

Die Förderung erfolgt im Rahmen der vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche.

- (4) Bei einer wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände erforderlichen wohnortfern erbrachten, verhaltensbezogenen Präventionsleistung zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrtkosten einen Zuschuss von 16,00 Euro täglich. Voraussetzung ist, dass diese Präventionsleistung dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes entspricht.

§ 13

Modellvorhaben

Zur Weiterentwicklung der Versorgung kann die AOK Modellvorhaben nach den §§ 63 ff. SGB V in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Vertragsärzten, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern, wie z. B. ambulanten Pflegediensten, Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung oder Behandlungsmaßnahmen zur Vermeidung und Verkürzung von stationärer Krankenhausbehandlung durchführen.

Das Nähere bleibt vertraglichen Vereinbarungen vorbehalten.

Dem Vorstand obliegt die Entscheidung über die Ausgestaltung der Modellvorhaben, insbesondere über die nähere Ausgestaltung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung.

Die Modellvorhaben beginnen mit dem Inkrafttreten der mit den anderen Beteiligten zu schließenden Vereinbarungen und sind maximal auf fünf Jahre befristet.

Das Ergebnis wird nach der Auswertung veröffentlicht. § 75 SGB X ist zu beachten.

§ 14a (nicht besetzt)

§ 14b (nicht besetzt)

§ 14c

Wahltarif Integrierte Versorgung

- (1) Zur Weiterentwicklung der Versorgung kann die AOK Verträge zur Integrierten Versorgung nach den §§ 140a ff. SGB V in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Vertragsärzten, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern schließen.

Das Nähere bleibt vertraglichen Vereinbarungen vorbehalten.

Dem Vorstand obliegt die Entscheidung über die Ausgestaltung der Integrierten Versorgung.

- (2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Versicherte erklären ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der AOK. Versicherte sind vor Abgabe der Teilnahmeerklärung umfassend über den Inhalt und die Ziele des jeweiligen Vertrages sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem jeweiligen Vertrag ergeben, zu informieren.

Zudem sind die Versicherten vor Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich umfassend über die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten aufzuklären. Die Aufklärung der Versicherten in die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten hat im Regelfall textlich hervorgehoben in dem Formular zur Teilnahmeerklärung enthalten und gesondert zu unterzeichnen zu sein; anderenfalls ist eine gesonderte Aufklärung in Textform

erforderlich. Stimmen die Versicherten der im Rahmen des Vertrages vorgesehenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten nicht durch gesonderte Unterzeichnung dieser Datenschutzerklärung zu, so ist die Teilnahmeerklärung als Ganzes unwirksam.

Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung 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. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

§ 14d

AOK-Bonus-Wahltarif EXTRA

- (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 § 65a SGB V als "AOK-Bonus-Wahltarif EXTRA" an.
- (2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des "AOK-Bonus-Wahltarifs EXTRA". 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 nach § 14b oder dem AOK-Kinderbonus nach § 16 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 drei Jahren ab Teilnahmebeginn. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der AOK-Bonus-Wahltarif EXTRA jeweils um zwölf Kalendermonate.

Für die Dauer der Teilnahme am AOK-Bonus-Wahltarif EXTRA ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V gilt entsprechend.

Bei Vorliegen eines besonderen Härtefalles kann der AOK-Bonus-Wahltarif EXTRA abweichend von Satz 4 und 6 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonates gekündigt werden. Ein besonderer Härtefall liegt insbesondere 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 vor.

- (3) Mitgliedern mit einem jährlichen Einkommen bis 18.000,00 Euro brutto steht ein Grundbonus von 80,00 Euro kalenderjährlich zu (Tarifstufe I). Mitglieder mit einem jährlichen Bruttoeinkommen über 18.000,00 Euro bis zu der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V erhalten einen Grundbonus in Höhe von

110,00 Euro (Tarifstufe II). Für Mitglieder mit einem jährlichen Bruttoeinkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V beträgt der Grundbonus 230,00 Euro (Tarifstufe III). Maßgeblich ist das Jahresarbeitsentgelt des abzurechnenden Teilnahmejahres. Die Wahl einer niedrigeren Tarifstufe ist möglich. Wird die Einkommensgrenze für die gewählte Tarifstufe unterschritten und dieses durch die AOK rückwirkend festgestellt, erfolgt rückwirkend ab 01.01. des Abrechnungsjahres, frühestens jedoch ab Teilnahmebeginn, eine Rückstufung in die Tarifklasse, welche dem festgestellten Einkommen entspricht.

- (4) Mitgliedern steht ein Gesundheitsbonus von 70,00 Euro kalenderjährlich zu, wenn sie Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V und Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und öffentlich empfohlene Schutzimpfungen nach § 11 der Satzung nachweisen. Stattdessen genügt der Nachweis körperlicher Fitness durch einen sportwissenschaftlich entwickelten Walkingtest, Ergometertest oder durch die Vorlage eines Leistungsabzeichens des Deutschen Sportbundes, des Deutschen Leichtathletikverbandes, des Deutschen Schwimmverbandes oder des Bundes Deutscher Radfahrer oder der Nachweis der körperlichen Fitness durch die jährliche Belastungsübung nach FwDV 7 (Atemschutz) für Feuerwehrleute, die Untersuchung G26 Atemschutzgeräte für Feuerwehrleute oder das Deutsche Feuerwehr-Fitnessabzeichen (DFFA). Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen dürfen nicht älter als zwei Jahre 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 vollständigem Kalenderjahr 50,00 Euro in Tarifstufe I, 60,00 Euro in Tarifstufe II, 100,00 Euro 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 Euro in Tarifstufe I, 220,00 Euro in Tarifstufe II, 460,00 Euro in Tarifstufe III.

Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 20,00 Euro in Tarifstufe I, 27,50 Euro in Tarifstufe II, 57,50 Euro in Tarifstufe III.

Die Eigenbeteiligungen je stationärer Krankenhausbehandlung betragen 40,00 Euro in Tarifstufe I, 55,00 Euro in Tarifstufe II, 115,00 Euro in Tarifstufe III. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen.

Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich Geburt anfallen, werden nicht mit Eigenanteilen belegt. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel

zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24a 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. Der sich aus den Selbstbehalt-Tarifelementen (Grundbonus nach Abs. 3 und Zusatzbonus nach Abs. 5) für das Mitglied ergebende Auszahlungsbetrag darf 20 % der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten. 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 (Malus) 14 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig, auch wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Wird der Malus trotz Zahlungsaufforderung in zwei aufeinander folgenden Jahren nicht beglichen, kann die Teilnahme an diesem Tarif von Seiten der AOK zum jeweiligen Jahresende gekündigt werden.
- (8) Beginnt die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus, der Zusatzbonus, der Gesundheitsbonus und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um 1/12 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 Wahltarif 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.
- (10) Auf die Bestandteile des AOK-Bonus-Wahltarifs EXTRA, die einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten vorsehen, findet § 65a Abs. 3 SGB V Anwendung. Für die Bestandteile des AOK-Bonus-Wahltarifs EXTRA, die dem Selbstbehalttarif nach § 53 Abs. 1 SGB V zuzuordnen sind, gilt § 53 Abs. 9 SGB V.

§ 15

Wahltarife zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

- (1) Die AOK bietet ihren Versicherten in Rheinland-Pfalz Wahltarife gemäß § 53 Abs. 3 SGB V i.V. mit § 137f SGB V an.
 1. Die nachfolgenden strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) werden gemäß §§ 140a ff. SGB V als Selektivverträge durchgeführt:
 - Brustkrebs
 - Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Koronare Herzerkrankung (KHK)

2. Inhalt, Ausgestaltung und Dauer der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus den §§ 137f und g SGB V i. V. m. §§ 28b ff. RSAV sowie den für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Verträgen

(2) Die AOK bietet ihren Versicherten im Saarland Wahltarife gemäß § 53 Abs. 3 SGB V i.V. mit § 137f SGB V an.

1. Die nachfolgenden strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) werden gemäß § 73a SGB V als Strukturverträge durchgeführt:

- Asthma bronchiale
- Brustkrebs
- Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)
- Diabetes mellitus Typ 2
- Koronare Herzerkrankung (KHK)

2. Inhalt, Ausgestaltung und Dauer der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus den §§ 137f und g SGB V i. V. m. §§ 28b ff. RSAV sowie den für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Verträgen.

(3) Regionen außerhalb des Saarlandes und Rheinland-Pfalz

1. Versicherte der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland können gemäß § 137f SGB V an strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, die von einer AOK außerhalb des Erstreckungsbereichs der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland durchgeführt werden und für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Beauftragung erteilt wurde. Dies gilt auch für Modellvorhaben nach §§ 63ff. SGB V.

2. Inhalt, Ausgestaltung und Dauer der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus den §§ 137f und g SGB V i. V. m. § 28b ff. RSAV sowie den für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Verträgen.

§ 16

AOK-Prämienprogramm/ AOK-Kinderbonus

- (1) Versicherte können am AOK-Prämienprogramm oder in einer Gruppe bestehend aus mindestens einem familienversicherten Kind (Bonuspunkte-Kontoinhaber und -Sammler) und bis zu zwei weiteren Mitgliedern des Familienverbundes (Bonuspunkte-Mitsammler) am AOK-Kinderbonus-Programm (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. Eine gleichzeitige Teilnahme an diesen beiden Programmen oder eine gleichzeitige Teilnahme am AOK-Kinderbonus und am AOK-Bonus-Wahltarif EXTRA nach § 14d dieser Satzung ist ausgeschlossen.
- (2) Versicherte erhalten beim AOK-Prämienprogramm oder AOK-Kinderbonus bei regelmäßiger Inanspruchnahme von
 - (a) qualitätsgesicherten Leistungen zur Primärprävention nach § 12 Abs. 1 dieser Satzung,
 - (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 § 20d Abs. 1 SGB V

Bonuspunkte, die auf dem Bonuspunktekonto 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 den Ausführungsbestimmungen nach Absatz 8 geregelt. Die Anerkennung einer Leistung im Rahmen des AOK-Prämienprogramms oder 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-Prämienprogramm und zum AOK-Kinderbonus dürfen zum Zeitpunkt der Einreichung der Bestätigungen bzw. Leistungsabzeichen nicht länger als drei Kalenderjahre, gerechnet vom Ende des Jahres der Durchführung der Maßnahme, zurückliegen.

- (4) Bei der Teilnahme am AOK-Kinderbonus erhält der Bonuspunkte-Kontoinhaber mit Vollendung des 18. Lebensjahres einen Treuebonus. Für die Bestimmung der Höhe des Treuebonus wird dem Sammlerverbund des Bonuspunkte-Kontoinhabers je Teilnehmer nach jeweils 3, 6, 9, 12, 15 und 18 Teilnahmejahren ein Bonus in Höhe von jeweils 60,00 Euro gutgeschrieben, wenn der betreffende Teilnehmer in dem entsprechenden 3-Jahres-Zeitraum jährlich die Inanspruchnahme an mindestens einer Maßnahme gemäß Absatz 2 nachgewiesen hat.
- (5) Der Bonus wird den Versicherten beim AOK-Prämienprogramm als Sach- oder Geldprämie, beim AOK-Kinderbonus ausschließlich als Geldprämie gegen Nachweis gemäß Absatz 3 zur Verfügung gestellt. Er wird beim AOK-Prämienprogramm und AOK-Kinderbonus nach einem sich aus den Ausführungsbestimmungen nach Absatz 8 ergebenden Punktzahlssystem ermittelt. Beim AOK-Kinderbonus ist die jährliche Bonifizierung für nachgewiesene Maßnahmen je Teilnehmer auf maximal 30,00 Euro begrenzt.

Die jeweilige Prämie kann beim AOK-Prämienprogramm jederzeit vom Bonuspunkte-Kontoinhaber eingelöst werden.

Beim AOK-Kinderbonus gilt für die Prämie Folgendes:

Die Prämie richtet sich nach der tatsächlichen Punkthöhe. Sie kann jeweils mit Ablauf des 3., 6., 9., 12. und 15. Jahres nach Teilnahmebeginn binnen eines Monats eingelöst werden. Eine Auszahlung der Prämie außerhalb dieser Fristen ist nicht möglich. Die Punkthöhe wird durch das jährliche Einreichen der bestätigten Schecks der AOK gegenüber dokumentiert. Die AOK stellt die Prämie als Geldprämie zur Verfügung. Die Auszahlung erfolgt nur, wenn der eingelöste Punktwert einem Betrag von mindestens 30,00 Euro entspricht. Der Punktwert beträgt bei der Gewährung der Geldprämie 0,0375 Euro je Prämienpunkt.

- (6) Die Teilnahme am AOK Prämienprogramm/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. Beim AOK Kinderbonus endet die Teilnahme automatisch mit Vollendung des 18. Lebensjahres des Bonuspunkte-Kontoinhabers. Die Teilnahme an den Programmen kann von Bonuspunkte-Mitsammlern jederzeit ohne Angaben von Gründen gekündigt werden.
- (7) Im Falle einer missbräuchlichen Nutzung des AOK-Prämienprogramms oder 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-Prämienprogramm oder AOK-Kinderbonus ausgeschlossen, ist er im Falle einer erneuten Anmeldung zum AOK-Prämienprogramm oder AOK-Kinderbonus nicht teilnahmeberechtigt.
- (8) Das Nähere regeln die Ausführungsbestimmungen zum AOK-Prämienprogramm/AOK-Kinderbonus, die durch den Vorstand festgelegt werden. Versicherte sind berechtigt, die Ausführungsbestimmungen in den Geschäftsstellen einzusehen. Auf Wunsch werden den Versicherten Inhalte der Ausführungsbestimmungen schriftlich zur Verfügung gestellt.

§ 17

Weiterentwicklung der Versorgung

- (1) Die AOK erprobt im Rahmen der §§ 63 SGB V i. V. m. 64 SGB V die Weiterentwicklung der Versorgung, insbesondere Formen der Direktvergütung an die Ärzte.
- (2) Die Modellprojekte sollen primär zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung oder zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringer durchgeführt und vereinbart werden.
- (3) Teilnehmen können alle Versicherten der AOK, die sich bei den an dem Modellprojekt teilnehmenden Ärzten in Behandlung befinden.
- (4) Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist bei der Weiterentwicklung der Versorgung zu beachten.
- (5) Die vom Gesetzgeber in der jeweils aktuellen Fassung geltenden Grundsätze für die Weiterentwicklung der Versorgung sind bei Realisierung der Modellvorhaben und deren Konzepte sowie vertraglichen Vereinbarungen zu berücksichtigen.
- (6) Alles Nähere bleibt den vertraglichen Vereinbarungen vorbehalten.
- (7) Dem Vorstand obliegt die Entscheidung über die Ausgestaltung der Modellvorhaben, insbesondere über die nähere Ausgestaltung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung.
- (8) Modellvorhaben nach dieser Satzungsbestimmung beginnen mit dem Inkrafttreten der mit den anderen Beteiligten zu schließenden Vereinbarung, sind auf fünf Jahre befristet und – soweit dies vom Gesetzgeber gefordert ist – durch die Aufsichtsbehörde zu genehmigen.
- (9) Ergebnisse von Auswertungen oder wissenschaftlichen Begleituntersuchungen werden unter Beachtung des Datenschutzes veröffentlicht.
- (10) Sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Förderung von Modellprojekten nach dieser Satzungsbestimmung wegfallen, endet automatisch – spätestens mit Wegfall der Rechtsgrundlage – das Modellvorhaben.

§ 18

Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Arbeitgeber und Arbeitnehmer erhalten einen Bonus nach § 65a Abs. 2 SGB V, wenn sie ein mit der AOK vereinbartes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Das Programm muss sich an den jeweils geltenden Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20b SGB V orientieren. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet ist, kann kein Bonus gewährt werden.
- (2) Die AOK kann auf Antrag des Arbeitgebers mit diesem einen Vertrag schließen, der die Voraussetzung der Bonusgewährung, den Nachweis der Erfüllung dieser Voraussetzungen sowie die Höhe des Bonus regelt. Der Bonus wird für einen Zeitraum von zwölf Monaten gewährt und kann erstmalig für das Jahr 2007 beantragt werden. Der Bonus wird pro AOK versichertem Arbeitnehmer des betreffenden Unternehmens gewährt und ist auf einen maximalen Betrag von 100,00 Euro pro AOK versichertem Arbeitnehmer im Jahr begrenzt.
- (3) Die Anzahl der AOK versicherten Arbeitnehmer des Betriebes wird jeweils nach einem in der Vereinbarung zwischen AOK und dem Unternehmen vereinbarten Stichtag ermittelt.
- (4) Die Anzahl der teilnahmeberechtigten Arbeitgeber kann begrenzt werden.
- (4a) Arbeitnehmer, deren Arbeitgeber ein mit der AOK vereinbartes Programm nach Abs. 1 durchführt, erhalten für die Teilnahme an im Programm enthaltenen Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung einen Bonus im Rahmen des AOK-Prämienprogramms nach § 16.
- (5) Näheres zu den Absätzen 1 bis 4a, insbesondere zu den Teilnahmebedingungen sowie zur Ausgestaltung und Bewertung der betriebsspezifischen Kriterien zur Ermittlung der Bonushöhe des beteiligten Unternehmens wird in Ausführungsbestimmungen des Vorstandes geregelt.

§ 19

Hausarztzentrierte Versorgung

- (1) Die AOK bietet ihren Versicherten die Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V an. Die Teilnahme der Versicherten an der Hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist bei der Weiterentwicklung der Versorgung zu beachten. Aufwendungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V oder über den Bereinigungsbetrag nach § 73b Abs. 7 SGB V hinausgehen, sind aus Einsparungen und

Effizienzsteigerungen, die aus Maßnahmen von Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung erzielt werden, zu finanzieren.

(2) Zur flächendeckenden Sicherstellung der Hausarztzentrierten Versorgung kann die AOK Verträge mit

- vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen,
- Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
- Trägern von Einrichtungen, die eine Hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen, anbieten,
- Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften der Leistungserbringer sie hierzu ermächtigt haben

schließen.

(3) Ein Anspruch des Arztes auf Vertragsschluss zur Hausarztzentrierten Versorgung besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben, soweit der Gesetzgeber keine abweichenden Regelungen hierzu getroffen hat.

(4) Soweit die hausärztliche Versorgung durch einen Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung im jeweiligen Bundesland eingeschränkt.

(5) In den Verträgen sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der Hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen, Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme der Ärzte sowie die Vergütung der Ärzte zu regeln. Auch muss in den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung geregelt sein, wie der ärztliche Notdienst sichergestellt wird. Dieser kann weiterhin gegen einen pauschalen Aufwendersersatz über die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt werden.

Gegenstand des Vertrages dürfen nur Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Gemeinsame Bundesausschuss keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften des 4. Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln, wobei § 106a Abs. 3 SGB V hinsichtlich der Plausibilitätsprüfung bei der Überprüfung durch die Krankenkasse bezüglich der korrekten Arztabrechnung auf deren Rechtmäßigkeit uneingeschränkt gilt.

Die vom Gesetzgeber in der jeweils aktuellen Fassung geltenden Grundsätze für die Weiterentwicklung der Hausarztzentrierten Versorgung sind bei Realisierung der vertraglichen Vereinbarungen (einschließlich Datenschutz) zu berücksichtigen.

Alles Nähere bleibt den vertraglichen Vereinbarungen vorbehalten. Dem Vorstand obliegt die Entscheidung über die Ausgestaltung. Sollten die rechtlichen

Rahmenbedingungen zur Realisierung der Hausarztzentrierten Versorgung nach dieser Satzungsbestimmung wegfallen, endet automatisch – spätestens mit Wegfall der Rechtsgrundlage – die Hausarztzentrierte Versorgung.

- (6) Versicherte erklären ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der AOK. Versicherte sind vor Abgabe der Teilnahmeerklärung umfassend über den Inhalt und die Ziele der Hausarztzentrierten Versorgung sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung ergeben, zu informieren. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der AOK genannt ist.

Zudem sind die Versicherten vor Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich umfassend über die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten aufzuklären. Die Aufklärung der Versicherten in die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten hat im Regelfall textlich hervorgehoben in dem Formular zur Teilnahmeerklärung enthalten und gesondert zu unterzeichnen zu sein; anderenfalls ist eine gesonderte Aufklärung in Textform erforderlich. Stimmen die Versicherten der im Rahmen des Vertrages vorgesehenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten nicht durch gesonderte Unterzeichnung dieser Datenschutzerklärung zu, so ist die Teilnahmeerklärung als Ganzes unwirksam.

Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufs-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. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

Die Teilnahme an mehreren Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK ist nicht möglich. Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der AOK in dem Bundesland, in dem sie ihren Wohnsitz haben.

Mit der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung verpflichtet sich der Versicherte, nur den von ihm gewählten vertraglich gebundenen Hausarzt im jeweiligen Bundesland und ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Augenärzten und Frauenärzten; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt.

Der gewählte Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden. Die Inanspruchnahme eines weiteren Hausarztes (z. B. zur Einholung einer Zweitmeinung) gilt nicht als wichtiger Grund im Sinne des § 73b Abs. 3 SGB V und geht zulasten des Versicherten.

Der Versicherte ist an die Pflichten sowie an den gewählten Hausarzt mindestens ein Jahr gebunden. Das Teilnahmejahr wird gerechnet ab dem im Bestätigungsschreiben der AOK genannten Teilnahmebeginn plus vier Quartale. Kündigt der Versicherte nicht spätestens zwei Monate vor Ablauf des Teilnahmejahres schriftlich (Eingang bei der AOK), so verlängert sich seine Teilnahme um ein weiteres

Jahr.

Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten kann der Versicherte aus der Hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten kann auch Ersatz der Mehrkosten verlangt werden, die durch das nicht vertragskonforme Verhalten des Versicherten entstehen.

Mehrkosten, die (z. B. zur Einholung einer Zweitmeinung) durch die Inanspruchnahme eines anderen als des gewählten Hausarztes oder durch unzulässige direkte Inanspruchnahme eines Facharztes entstehen, hat der Versicherte zu tragen.

- (7) Eine Beendigung der Zulassung als Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V bzw. Veränderung des vertragsärztlichen Sitzes außerhalb des Bundeslandes, in dem er bisher seine vertragsärztliche Tätigkeit ausgeübt hat, führt mit dem Zeitpunkt der Wirksamkeit automatisch zur Beendigung der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung.

Die an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte haben sich dazu zu verpflichten, dass die Hausarztzentrierte Versorgung deutlich über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen hinausgehen, insbesondere durch die

- Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
- Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
- Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie und Geriatrie etc.,
- Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen der Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikationsgestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements,
- Teilnahme am Notdienst, der auch durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt werden kann.

§ 20

Besondere ambulante ärztliche Versorgung

- (1) Die AOK bietet gemäß § 73c SGB V die „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ an. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist bei der Weiterentwicklung der Versorgung zu beachten. Aufwendungen für Leistungen, die über die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 SGB V oder über den Bereinigungsbetrag nach § 73c Abs. 6 SGB V hinausgehen, sind aus Einsparungen und Effizienzsteige-

rungen, die aus Maßnahmen von Verträgen zur Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung erzielt werden, zu finanzieren.

- (2) Zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung kann die AOK Verträge mit
- vertragsärztlichen Leistungserbringern,
 - Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
 - Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten,
 - Kassenärztlichen Vereinigungen

schließen.

- (3) Ein Anspruch des Leistungserbringers auf Vertragsschluss zur „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben.
- (4) Soweit die Versorgung durch einen Vertrag zur „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung im jeweiligen Bundesland eingeschränkt.
- (5) In den Verträgen sind das Nähere über den Inhalt, den Umfang und die Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung zu regeln. Auch muss in den Verträgen zur „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ geregelt sein, wie der ärztliche Notdienst sichergestellt wird. Dieser kann weiterhin gegen einen pauschalen Aufwendungsersatz über die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt werden.

Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung, als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen.

Gegenstand des Vertrages dürfen nur Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Gemeinsame Bundesausschuss keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften des 4. Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln, wobei § 106a Abs. 3 SGB V hinsichtlich der Plausibilitätsprüfung bei der Überprüfung durch die Krankenkasse bezüglich der korrekten Arztabrechnung auf deren Rechtmäßigkeit uneingeschränkt gilt.

Die vom Gesetzgeber in der jeweils aktuellen Fassung geltenden Grundsätze für die Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung sind bei Realisierung der vertraglichen Vereinbarungen zu berücksichtigen.

Alles Nähere bleibt den vertraglichen Vereinbarungen vorbehalten. Dem Vorstand obliegt die Entscheidung über die Ausgestaltung. Sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Realisierung der „Besonderen ambulanten ärztlichen

Versorgung“ nach dieser Satzungsbestimmung wegfallen, endet automatisch – spätestens mit Wegfall der Rechtsgrundlage – die „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“.

- (6) Teilnahmeberechtigt sind grundsätzlich Versicherte der AOK in dem Bundesland, in dem sie ihren Wohnsitz haben, und die sich ihr gegenüber schriftlich verpflichtet haben, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist freiwillig. Versicherte erklären ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der AOK. Versicherte sind vor Abgabe der Teilnahmeerklärung umfassend über den Inhalt und die Ziele des jeweiligen Vertrages sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem jeweiligen Vertrag ergeben, zu informieren.

Zudem sind die Versicherten vor Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich umfassend über die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten aufzuklären. Die Aufklärung der Versicherten in die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten hat im Regelfall textlich hervorgehoben in dem Formular zur Teilnahmeerklärung enthalten und gesondert zu unterzeichnen zu sein; anderenfalls ist eine gesonderte Aufklärung in Textform erforderlich. Stimmen die Versicherten der im Rahmen des Vertrages vorgesehenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten nicht durch gesonderte Unterzeichnung dieser Datenschutzerklärung zu, so ist die Teilnahmeerklärung als Ganzes unwirksam.

Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung 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. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

Der Versicherte ist an diese Verpflichtung mindestens ein Jahr gebunden (Das Jahr wird gerechnet ab dem Zeitpunkt der Teilnahmeerklärung plus vier Quartale).

Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten, kann der Versicherte aus der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ ausgeschlossen werden. Bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten kann auch Ersatz der Mehrkosten verlangt werden, die durch das nicht vertragskonforme Verhalten des Versicherten entstehen. Mehrkosten, die (z. B. zur Einholung einer Zweitmeinung) durch die Inanspruchnahme weiterer Leistungserbringer entstehen, hat der Versicherte zu tragen.

- (7) Eine Beendigung der Zulassung als vertragsärztlicher Leistungserbringer resp. Veränderung des vertragsärztlichen Sitzes außerhalb des Bundeslandes, in dem er bisher seine vertragsärztliche Tätigkeit ausgeübt hat, führt mit dem Zeitpunkt

der Wirksamkeit automatisch zur Beendigung der Teilnahme an der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“.

Die an der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ teilnehmenden Leistungserbringer haben sich dazu zu verpflichten, dass die „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen als Mindestvoraussetzungen erfüllt.

Die vertragsärztlichen Leistungserbringer verpflichten sich auch zur

- Teilnahme am Notdienst, der auch durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt werden kann.

§ 21

Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

- (1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 5 SGB V an. Der Wahltarif hat die Erstattung von Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen zum Gegenstand.
- (2) Mitglieder können für sich sowie für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen den Tarif wählen. Die Erklärung zur Wahl des Tarifs bedarf der Schriftform. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn des Kalendermonats, der auf den Beginn der Mitgliedschaft folgt und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn. Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V gilt entsprechend.

Erfolgt keine Kündigung des Tarifs, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

Versicherungsunterbrechungen bis zur Dauer eines Monats sind für die Durchführung des Tarifs unschädlich. Ebenso ist es für die Durchführung des Tarifs unschädlich, wenn ein tarifteilnehmendes Mitglied in eine Versicherung nach § 10 SGB V bei der AOK wechselt. Wechselt ein Tarifteilnehmer in eine Versicherung nach § 10 SGB V bei einer anderen Krankenkasse, ruht der Tarif.

Die AOK kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 8 trotz einmaliger Mahnung nicht nachgekommen ist und auf den Versicherungsausschluss bei Nichtzahlung mit angemessener Fristsetzung hingewiesen wurde. Die Teilnahme

endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, für den letztmalig eine Prämie gezahlt wurde.

- (3) Erstattet werden dem Mitglied bei jährlicher Rezepteinreichung 90 v. H. der für sich selbst und/oder seine eingeschriebenen familienversicherten Angehörigen der in Deutschland entstandenen und nachgewiesenen Kosten für von einem Vertragsarzt auf Rezept verordnete und von einer zugelassenen deutschen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegebenen nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen und nach diesem Tarif erstattungsfähigen phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel (Arzneimittel der besonderen Therapierichtung), sofern sowohl das Datum der ärztlichen Verordnung als auch das Datum der Abgabe des Arzneimittels in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fällt.
- (4) Eine Erstattung im Rahmen dieses Tarifs ist nicht möglich für
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dies sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.
 - Arzneimittel der „Negativliste“ nach § 34 Abs. 3 SGB V.

Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel (Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen), die als Sachleistung über die Krankenversichertenkarte in Anspruch genommen werden können, sind ebenfalls von der Erstattung im Rahmen dieses Tarifs ausgenommen. Dies sind Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, die durch einen Vertragsarzt auf dem Kassenrezept ausnahmsweise verordnet werden können

- für Kinder bzw. Jugendliche mit Entwicklungsstörungen ab dem Alter von zwölf Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder
 - nach den Arzneimittelrichtlinien bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und zur Anwendung bei diesen Erkrankungen.
- (5) Im Falle unterjähriger Einzeleinreichung von Rezepten beträgt die Erstattung 80 v. H. (Mindererstattung); dies gilt nicht bei unterjährigem Erreichen des Rechnungshöchstbetrages nach Absatz 6.

Ggf. nach § 13 bzw. nach § 14 SGB V erstattete Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind hierauf anzurechnen. § 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend.

- (6) Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen jährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt. Maßgeblich für die Bestimmung des Rechnungshöchstbetrages ist das Alter des Versicherten bei Beginn der Teilnahme. Bei Ende der Teilnahme im

laufenden Jahr wird der Rechnungshöchstbetrag anteilig berechnet. Für die Berechnung des anteiligen Rechnungshöchstbetrages werden für volle Kalendermonate jeweils 1/12 des Jahresrechnungshöchstbetrages zugrunde gelegt.

Erstattungen im Rahmen dieses Tarifs für prämienfrei mitversicherte Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren werden auf den jährlichen Rechnungshöchstbetrag des Mitglieds angerechnet. Hat das Mitglied diesen Tarif nur für seinen familienversicherten Ehegatten/Lebenspartner gewählt, werden die Erstattungen für prämienfrei mitversicherte Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren auf den jährlichen Rechnungshöchstbetrag des familienversicherten Ehegatten/Lebenspartners angerechnet.

- (7) Der Anspruch auf Kostenerstattung durch die AOK setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 8 bei der AOK eingeht. Sofern Prämien nach Absatz 8 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tage, an dem die Prämien vollständig entrichtet werden. Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhezeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft. Ein fehlendes Verschulden des Mitglieds an der verspäteten Zahlung ist anzuerkennen, wenn
- der verspätete Zahlungseingang nachweislich durch das vom Mitglied mit der Überweisung beauftragte Geldinstitut verschuldet wurde,
 - die termingerechte Zahlung bedingt durch einen stationären Krankenhausaufenthalt des Mitglieds nicht vorgenommen werden konnte,
 - die termingerechte Zahlung aus anderen schwerwiegenden Gründen, die in der Person des Mitglieds liegen oder sich aus dessen persönlichem Umfeld ergeben, subjektiv 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 Einzelfalles stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde.

- (8) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Monatsprämie an die AOK zu zahlen. Wählt das Mitglied für sich selbst oder für seinen familienversicherten Ehegatten/Lebenspartner diesen Tarif, sind die familienversicherten Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren bis längstens zum Ende der Familienversicherung prämienfrei mitversichert.

Die Monatsprämie ist im Voraus für den Kalendermonat oder wahlweise für ein Jahr im Voraus zu entrichten. Wählt das Mitglied die jährliche Zahlung im Voraus, wird ein Prämiennachlass in Höhe von 4 v. H. gewährt. Der Tag der Fälligkeit ist jeweils der 1. Tag eines Monats.

Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK eine Einzugsermächtigung zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Prämien zu erteilen.

- (9) Zur Bestimmung der Monatsprämie sowie des Jahresrechnungshöchstbetrages in den ersten drei Jahren der Teilnahme am Tarif ist das Alter des Teilnehmers zu Beginn der Teilnahme maßgeblich.

Zur Bestimmung der Monatsprämie sowie des Jahresrechnungshöchstbetrages in jedem sich anschließenden Teilnahmejahr ist jeweils das Lebensalter des Versicherten bei Beginn des Teilnahmejahres maßgeblich.

Für jeden Teilnehmer, der für die Dauer eines Jahres Leistungen aus diesem Tarif nicht in Anspruch genommen hat, wird ein Bonus in Höhe des in der Konditionentabelle für seine Altersklasse genannten Betrages gewährt und am Ende des Teilnahmejahres erstattet.

Es gelten die folgenden Konditionen:

Konditionentabelle			
Alter *	Monatsprämie in Euro **	Jahresrechnungshöchstbetrag in Euro	Bonus bei Leistungsfreiheit im Teilnahmejahr in Euro
12 bis 20 Jahre	4,50	140,00	25,00
21 bis 35 Jahre	7,50	180,00	35,00
36 bis 50 Jahre	9,50	200,00	50,00
> 50 Jahre	14,50	260,00	75,00

* Familienversicherte Kinder ab zwölf Jahren sind bei den Eltern mitversicherbar, Kinder unter zwölf Jahren erhalten die Medikamente über die AOK-Versichertenkarte.

** Bei jährlicher Zahlungsweise erhält der Versicherte 4 % Nachlass.

Erstattungen für die Arzneimittel aus diesem Tarif sowie sonstige Guthaben (z. B. Bonus für Leistungsfreiheit im letzten Jahr der Teilnahme) werden auf das vom Mitglied mitgeteilte Bankkonto überwiesen. Das Mitglied wird über die Höhe der Erstattungen für sich und für alle am Tarif teilnehmenden familienversicherten Angehörigen schriftlich informiert.

- (10) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Prämien an die AOK für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK zugeht.
- (11) Eine unbillige Härte ist anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. 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.

Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. gleichgeschlechtlicher Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

- (12) Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde.
- (13) 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 kann dieser Wahltarif abweichend von Absatz 2 Satz 4 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.

§ 22

Wahltarif Kostenerstattung bei Zahnersatz

- (1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V an. Der Wahltarif hat die Erstattung von Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz zum Gegenstand.
- (2) Mitglieder können für sich und/oder für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen den Tarif wählen. Als Mitglieder im Sinne dieses Tarifs gelten dabei auch Personen, die in Deutschland wohnen, im Ausland versicherungspflichtig beschäftigt sind und im Rahmen der geltenden EG-Verordnung von der AOK wie eigene Mitglieder betreut werden (Grenzgänger). Die Erklärung zur Wahl des Tarifs bedarf der Schriftform. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V).

Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn des Kalendermonats, der auf den Beginn der Mitgliedschaft folgt und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn. Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V gilt entsprechend.

Erfolgt keine Kündigung des Tarifs, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

Versicherungsunterbrechungen bis zur Dauer von einem Monat sind für die Durchführung des Tarifs unschädlich. Ebenso ist es für die Durchführung des Tarifs unschädlich, wenn ein tarifeilnehmendes Mitglied in eine Versicherung nach

§ 10 SGB V bei der AOK wechselt. Wechselt ein Tarifteilnehmer in eine Versicherung nach § 10 SGB V bei einer anderen Krankenkasse, ruht der Tarif.

Die AOK kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz einmaliger Mahnung nicht nachgekommen ist und auf den Versicherungsausschluss bei Nichtzahlung mit angemessener Fristsetzung hingewiesen wurde. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, für den letztmalig eine Prämie gezahlt wurde.

- (3) Erstattet werden die dem Versicherten in Deutschland entstandenen, nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz, sofern dieser von einem Vertragszahnarzt eingegliedert wurde und sowohl das Datum der Erstellung des genehmigten Heil- und Kostenplans (sofern der Versicherte nicht die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt hat) als auch das Datum der Eingliederung des Zahnersatzes (Anspruchszeitpunkt) in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fallen.

Der Anspruch besteht bis zur Höhe des zweifachen Leistungsbetrages nach § 55 Abs. 1 SGB V begrenzt auf den Rechnungsbetrag; ggf. nach § 55 SGB V erstattete bzw. vom Zahnarzt gemäß § 87 Abs. 1a Satz 8 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechnete Beträge sind hierauf anzurechnen.

§ 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend.

Der Anspruch auf Erstattung ist in den ersten drei Jahren nach Abschluss des Kostenerstattungstarifs abweichend von Satz 2 wie folgt begrenzt:

1. Teilnahmejahr maximal 250,00 Euro, begrenzt auf den Rechnungsbetrag
2. Teilnahmejahr maximal 500,00 Euro, begrenzt auf den Rechnungsbetrag
3. Teilnahmejahr maximal 750,00 Euro, begrenzt auf den Rechnungsbetrag

Wird der Kostenerstattungstarif über drei Teilnahmejahre hinaus fortgeführt, besteht ab dem vierten Teilnahmejahr voller Kostenerstattungsanspruch nach Satz 2.

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

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

Neben dem Anspruch nach den Sätzen 1 bis 6 werden die dem Versicherten entstandenen nachgewiesenen Kosten für

1. medizinisch notwendige Füllungstherapien (Zahnfüllungen), soweit es sich um Mehrkosten im Sinne des § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V handelt,

2. Professionelle Zahnreinigung,

die bei einem Vertragszahnarzt durchgeführt wurden, erstattet.

Der Anspruch nach Satz 7 ist auf insgesamt maximal 50 EUR je Teilnahmejahr begrenzt.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen (inkl. aller dazugehörigen Belege, z. B. Material- und Laborkosten) vorzulegen.

(4) Der Anspruch auf Kostenerstattung durch die AOK setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK eingeht. Sofern Prämien nach Absatz 5 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tage, an dem die Prämien vollständig entrichtet werden.

Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft. Ein fehlendes Verschulden des Mitglieds an der verspäteten Zahlung ist anzuerkennen, wenn

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

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 Einzelfalles stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde.

(5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs für sich und/oder die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Monatsprämie an die AOK zu zahlen.

Die Monatsprämie ist im Voraus für den Kalendermonat oder wahlweise für ein Teilnahmejahr im Voraus zu entrichten. Wählt das Mitglied die jährliche Zahlung im Voraus, wird ein Prämiennachlass in Höhe von 4 v. H. gewährt. Der Tag der Fälligkeit ist jeweils der 1. Tag des Monats.

Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK eine Einzugsermächtigung zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werden- den Prämien zu erteilen.

- (6) Zur Bestimmung der Altersklasse bei Tarifbeginn ist das Lebensalter des Teilneh- mers maßgeblich. Zur Bestimmung der Altersklasse in jedem sich anschließenden Teilnahmejahr ist jeweils das Lebensalter des Versicherten bei Beginn des Teilnahmejahres maßgeblich.

Es gelten die folgenden Konditionen:

Konditionentabelle	
Altersklassen	Monatsprämie in Euro *
0 bis 20 Jahre	2,60
21 bis 30 Jahre	6,60
31 bis 40 Jahre	6,60
41 bis 50 Jahre	10,60
51 bis 60 Jahre	10,60
> als 60 Jahre	14,00

* Bei jährlicher Zahlungsweise erhält der Versicherte 4 % Nachlass.

Erstattungen für die Zahnersatzleistungen aus diesem Tarif sowie sonstige Gut- haben werden auf das vom Mitglied mitgeteilte Bankkonto überwiesen. Das Mit- glied wird über die Höhe der Erstattungen für sich und für alle am Tarif teilneh- menden familienversicherten Angehörigen schriftlich informiert.

- (7) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu füh- ren, dass die weitere Zahlung der Prämien an die AOK für das Mitglied eine un- billige Härte darstellt. Die Teilnahme aufgrund einer Kündigung endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der zugeht. Während des Ruhenszeitraumes besteht keine Pflicht zur Prämienzahlung und kein An- spruch auf Leistungen aus dem Tarif.
- (8) Eine unbillige Härte ist anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkom- menssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Fami- lienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mit- glied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Ei- ne 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.

Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

- (9) Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde.
- (10) 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 kann dieser Wahltarif abweichend von Absatz 2 Satz 5 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
- (11) Der Wahltarif von Mitgliedern nach Absatz 2 Satz 2 (Grenzgänger) endet abweichend von Absatz 2 Satz 5 mit dem Ende der Betreuung durch die AOK. Der Wahltarif endet nicht, wenn sich eine Versicherung bei der AOK an das Ende der Betreuung anschließt.

§ 23

Wahltarif Krankengeld

- (1) Den Krankengeldtarif Wahltarif § 23 Krankengeld 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 aufgrund 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-Wahltarifs für hauptberuflich Selbstständige nur möglich, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif eine Mitgliedschaft mit 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-Wahltarifs 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 § 30 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 zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zugrunde 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 aufgrund gesetzlicher Bestimmungen vorgesehen ist.

- (5) Die Prämie beträgt für die Tarifausprägung

1. KG 22 0,70 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§§ 226 und 240 SGB V) maßgebend sind; für die hauptberuflich selbstständig 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 Abs. 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 selbstständig Erwerbstätige in der Tarifausprägung KG 22.

(8) Für die in Absatz 1 Nr. 1 und 3 genannten Mitglieder besteht kein Anspruch auf Wahltarif-Krankengeld, 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, die nach Antragstellung eingetreten ist.

- (9) Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. Satz 1 gilt nicht für die Tarife KG 15 und KG 22. 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.
- (11) Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um zwölf Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von drei 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. 3a 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 Tarifs 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 sei 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 Personenkreisen 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 Tarifs. 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 (§ 23 Abs. 3 Nr. 3 a.F.) beziehen, besteht der Anspruch auf dieses Krankengeld unter den bisherigen Voraussetzungen weiter; der Anspruch besteht maximal bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat.
- (15) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit allen AOKs durch.

§ 24

Wahltarif Teilkostenerstattung

- (1) Angestellte, für die eine Dienstordnung nach § 351 RVO gilt, können Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V i. V. m. § 53 Abs. 7 SGB V wählen.
- (2) Die Wahl des Tarifs hat schriftlich zu erfolgen.
- (3) Wird die Erklärung abgegeben, beginnt die Teilnahme grds. ab dem Ersten des folgenden Kalendermonats. Die Erklärung gilt jedoch zum Beginn der Mitgliedschaft, wenn das Mitglied den Beitritt zum Wahltarif innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Mitgliedschaft erklärt.
- (4) Das Mitglied ist an seine Wahl entsprechend § 14 Abs. 2 SGB V zwei Jahre gebunden. Endet das DO-Angestelltenverhältnis vorzeitig, endet auch der Wahltarif.
- (5) Möchte das Mitglied über den Ablauf der Frist nach Absatz 4 hinaus am Tarif teilnehmen, ist hierfür keine besondere Erklärung erforderlich. Sofern das Mitglied

den Tarif nicht bis zum Ablauf der Frist schriftlich kündigt, verlängert sich die Teilnahme automatisch um weitere zwei Jahre. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen.

- (6) Die Höhe der Teilkostenerstattung bemisst sich nach dem Vomhundertsatz, der den jeweils maßgeblichen Vomhundertsatz der Beihilfe auf Hundert ergänzt.
- (7) Die Leistung der Krankenkasse besteht aus der Teilkostenerstattung zu solchen Leistungen, die dem Grund und der Höhe nach im SGB V, in der RVO und in dieser Satzung vorgesehen sind.
- (8) Der von der Leistung der Krankenkasse nicht erfasste Beihilfeanspruch bleibt unberührt.
- (9) DO-Angestellte, die sich für den Wahltarif Teilkostenerstattung entscheiden, erhalten der Leistungsbeschränkung entsprechend eine monatliche Prämienrückzahlung (§ 53 Abs. 7 und 8 SGB V) der im Zeitraum des Wahltarifs gezahlten Krankenversicherungsbeiträge. Die Leistungsbeschränkung bemisst sich nach dem jeweils maßgeblichen Vomhundertsatz der Beihilfe.
- (10) Die Prämie wird von der AOK monatlich mit den laufenden Krankenversicherungsbeiträgen verrechnet.
- (11) Die Absätze 1 bis 11 gelten auch für Versorgungsempfänger, für die eine Dienstordnung nach § 351 RVO gilt, einschließlich Witwen(r) und Waisen.

§ 25

Wahltarif Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt

- (1) Mitglieder mit Wohnsitz in Deutschland sowie in Deutschland versicherungspflichtig beschäftigte oder hauptberuflich selbstständig tätige 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 Tarifs 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 Tarifteilnahme Kenntnis erlangt hat; dies gilt entsprechend in den Fällen, in denen die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen

endet, weil die Familienversicherung nunmehr aus der Mitgliedschaft eines anderen Mitglieds abgeleitet wird.

- (3) Der Versicherte ist an die Wahl des Tarifs ein Jahr vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist). 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 und der zusätzlich entstehenden Kosten für eine Rettung von der Skipiste (Pistenrettung); dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, zusätzlich werden auch die Kosten für eine ärztlich begründete Mitaufnahme einer Begleitperson im Rahmen einer Krankenhausbehandlung eines am Wahltarif teilnehmenden Kindes für die Dauer des vollstationären Krankenhausaufenthaltes übernommen, wenn das Kind das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist; die Unterbringung der Begleitperson soll in unmittelbarer Nähe zum Patienten erfolgen; sowie
3. ärztlich verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel,

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

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 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 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 erstatten, 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 Kriegereignisse, Bürgerkriegereignisse oder innere Unruhen im Ausland verursacht worden sind, wenn der Versicherte sich aktiv an diesen Geschehnissen beteiligt hat oder das Auswärtige Amt vor Antritt der Auslandsreise eine Reisewarnung ausgesprochen hat.

Folgende Leistungen werden im Rahmen des Tarifs nicht erstattet:

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

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 Wohnsitz 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 Tarifs 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 eine Einzugsermächtigung zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Tarifbeiträge zu erteilen.

(6) Es gelten folgende Konditionen:

Altersklassen	Jahresprämie in Euro
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. § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V gilt.

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 Tarifs 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 Tarifs 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 Kriegsopferfürsorge bezieht. Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. gleichgeschlechtlicher Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz 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.“

§ 26

Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss von 16,00 Euro täglich. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte, chronisch kranke Kleinkinder im Alter von bis zu fünf Jahren wird der Zuschuss auf 25,00 Euro täglich erhöht (§ 23 Abs. 2 SGB V).

§ 27

Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

- (1) Wenn ein Kind im Haushalt lebt, das das 18. Lebensjahr noch nicht überschritten hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, übernimmt die AOK bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Vorsorgeleistung (§ 24 SGB V) in einer von der AOK ausgewählten Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung den vereinbarten Pflegesatz. Die Leistung kann auch als Mutter-Kind-Maßnahme oder in geeigneten Einrichtungen als Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt werden.
- (2) Wird die Vorsorgemaßnahme als Mutter-Kind-Maßnahme oder als Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt, gilt Absatz 1 für das Kind entsprechend.

§ 28

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 wegen akuter Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines Versicherten 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, 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 auf die Höchstanspruchsdauer nach Satz 1 anzurechnen.

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

§ 29

Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

- (1) Wenn ein Kind im Haushalt lebt, das das 18. Lebensjahr noch nicht überschritten hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, übernimmt die AOK bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Rehabilitationsleistung (§ 41 SGB V) in einer von der AOK ausgewählten Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung den vereinbarten Pflegesatz. Die Leistung kann auch als Mutter-Kind-Maßnahme oder in geeigneten Einrichtungen als Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt werden.
- (2) Wird die Rehabilitationsmaßnahme als Mutter-Kind-Maßnahme oder als Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt, gilt Absatz 1 für das Kind entsprechend.

§ 30

Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V

- (1) Freiwillig versicherte Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, haben Anspruch auf Krankengeld nach den für versicherungspflichtige Arbeitnehmer maßgebenden Regelungen des SGB V.
- (2) Einen Krankengeldanspruch können wählen:
 1. Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind
 2. Versicherte nach § 5 Abs. 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 Zeitraums berechnet, der die durchschnittlichen Verhältnisse widerspiegelt (längstens der letzten zwölf Monate).

§ 31

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 auch veranlasste Leistungen beschränkt werden. Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer ist möglich, wenn die AOK zuvor zugestimmt hat.
- (2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung unter Verwendung des dafür bereit gestellten Vordruckes. Die gewählte Kostenerstattung beginnt mit dem auf den Zugang des Vordruckes folgenden Kalendervierteljahr. Sie endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung.

Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen.

- (3) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wäre, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 % zu mindern.
- (4) 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.

Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend

a) um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H. des Erstattungsbetrages sowie

b) um einen Abschlag für die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V und für die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und Satz 4 SGB V

zu mindern.

Der pauschale Abschlag nach Buchstabe b kann einer Richtlinie des Vorstandes entnommen werden. Änderungen der Vorstandsrichtlinie werden regelmäßig vorgenommen, wenn sich die entsprechenden Berechnungsgrundlagen verändern.

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

§ 31 a

Kostenerstattung bei künstlicher Befruchtung

Versicherte haben Anspruch auf Sachleistungen zur künstlichen Befruchtung auf der Grundlage des § 27 a SGB V. Die AOK übernimmt 75 v. H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten, die bei ihren Versicherten durchgeführt werden. Der Anspruch besteht nicht, wenn der Ehepartner anderweitig gesetzlich versichert ist.

§ 31 b

Kostenerstattung bei Osteopathie für Kinder und Jugendliche

- (1) Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres können osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen.
- (2) Voraussetzung ist, dass
 - eine ärztliche Bescheinigung vorliegt, wonach die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - die Behandlungsmethode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.
- (3) Weitere Voraussetzung ist, dass der Physiotherapeut/Heilpraktiker oder Arzt
 - ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie ist, wie z.B. dem Verband der Osteopathen Deutschland e.V. (VOD e.V.), der für sich eine separate Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder
 - die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie erfüllt. In diesem Fall ist die regelmäßige Fortbildung auf Verlangen der AOK nachzuweisen.
- (4) Die AOK übernimmt die Kosten für maximal 6 Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 v.H. des Rechnungsbetrages, maximal jedoch 60,00 EUR je Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

§ 31 c

Kostenerstattung bei erweiterten Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

- (1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf die erweiterten Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2. Der Anspruch besteht für Versicherte in folgenden Altersgruppen:
 - von 7 bis 8 Jahren für die U10
 - von 9 bis 10 Jahren für die U11
 - von 16 bis 17 Jahren für die J2

- (2) Ziel der durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen ist es, die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen früh und nachhaltig zu fördern, um mögliche Entwicklungsstörungen zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen und ihnen entgegenwirken zu können.

Die Vorsorgeuntersuchungen umfassen jeweils die Erhebung der Vorgeschichte einschließlich der Verdachtsdiagnosen der letzten Vorsorgeuntersuchung, die Prüfung des Impfstatus sowie eine eingehende Untersuchung mit den unter der jeweiligen Vorsorgeuntersuchung nachfolgend aufgeführten Zielen und Schwerpunkten:

1. U10 – im Alter von 7 bis 8 Jahren

- Schulleistungsstörungen
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
- Medienverhalten

2. U11 – im Alter von 9 bis 10 Jahren

- Schulleistungsstörungen
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
- Medienverhalten
- Pubertätsentwicklung

3. J2 – im Alter von 16 bis 17 Jahren

- Medizinische Risiken: Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes
- Körperhaltung und Fitness
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Entwicklung der Sexualität
- Medienverhalten
- Umgang mit Drogen

- (3) Die AOK erstattet die Kosten für die aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen bis zu 50,00 EUR je Untersuchung nach Vorlage der Originalrechnung von Vertragsärztinnen, Vertragsärzten oder zugelassenen Einrichtungen.

- (4) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme der erweiterten Vorsorgeuntersuchungen nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 d

Kostenerstattung für Rufbereitschaft Hebammen

- (1) Versicherten, die bei der Geburt Hebammenhilfe einer freiberuflich tätigen Hebamme in Anspruch nehmen, werden die Kosten für eine Rufbereitschaft der Hebamme unter folgenden Voraussetzungen erstattet:
- Die Rufbereitschaft beinhaltet eine 24-stündige Erreichbarkeit und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe in den letzten 3 Wochen vor und 2 Wochen nach dem mutmaßlichen Entbindungstermin.
 - Es handelt sich um eine außerklinische Geburt oder eine Beleggeburt in 1:1 Betreuung gemäß des Vertrages über Hebammenhilfe nach § 134a Abs. 1 SGB V.
 - Die Hebamme ist gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Versorgung der Versicherten berechtigt.
- (2) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag in Höhe von 250,- EUR je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Für die Erstattung sind die Vereinbarung mit der Hebamme und die Originalrechnung einzureichen.

§ 31 e

Kostenerstattung bei Osteopathie für Erwachsene

- (1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen.
- (2) Voraussetzung ist, dass
- eine ärztliche Bescheinigung vorliegt, wonach die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - die Behandlungsmethode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.
- (3) Weitere Voraussetzung ist, dass der Physiotherapeut, Heilpraktiker oder Arzt
- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie ist, wie z.B. dem Verband der Osteo-

pathen Deutschland e.V. (VOD e.V.), der für sich eine separate Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder

- die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie erfüllt. In diesem Fall ist die regelmäßige Fortbildung auf Verlangen der AOK nachzuweisen.
- (4) Die AOK übernimmt die Kosten für maximal 4 Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 v.H. des Rechnungsbetrages, maximal jedoch 60,00 EUR je Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

§ 31 f

Kostenerstattung bei Homöopathie

- (1) Versicherte haben Anspruch auf homöopathische Erstanamnese und homöopathische Folgebehandlung, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
- (2) Voraussetzung für den Anspruch nach Absatz 1 ist, dass die Leistung
- von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie erbracht wird und
 - nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen ist und
 - nicht bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.
- (3) Versicherte haben Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie.
- (4) Voraussetzung für den Anspruch nach Absatz 3 ist, dass das Arzneimittel
- von einem Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie auf einem Privat Rezept verordnet wurde und
 - medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde und
 - nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen ist.

Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bleibt unberührt.

- (5) Die AOK übernimmt die Kosten nach Absatz 1 in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 75,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten. Die Kosten nach Absatz 3 werden in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 25,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten übernommen. Zur Erstattung sind die Rechnungen und zur Erstattung der homöopathischen Arzneimittel zusätzlich die Privatrezepte vorzulegen.
- (6) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 g

Kostenerstattung bei Reiseschutzimpfungen

- (1) Versicherte haben außer in den in § 20 i Abs. 1 SGB V genannten Fällen und über die Maßgabe der Ausführungsbestimmungen des Vorstandes zu § 11 der Satzung hinaus Anspruch auf Schutzimpfungen sowie auf die Malaria-Prophylaxe, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind.
- (2) Voraussetzung ist, dass
 - die Schutzimpfungen bzw. die Malaria-Prophylaxe von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch Institut (RKI) in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes empfohlen werden und
 - über deren Aufnahme in die Schutzimpfungsrichtlinie (SiR) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) noch nicht entschieden ist.
- (3) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 150,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten, soweit kein anderer Kostenträger zuständig ist. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die Privatrezepte vorzulegen.

§ 31 h

Kostenerstattung bei Hautkrebsvorsorge unter 35 Jahren

- (1) Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres können ein Hautkrebscreening in Anspruch nehmen.
- (2) Voraussetzung ist, dass
 - eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen und
 - die Leistung durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dermatologen erbracht wird.

(3) Inhalt der Vorsorgeuntersuchung ist:

- gezielte Anamnese,
- visuelle Ganzkörper-Inspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,
- visuelle Untersuchung mittels Sehhilfen, Auflichtmikroskopie oder Dermatoskopie,
- Befundmitteilung und Beratung des Versicherten über das Ergebnis der Untersuchung,
- Dokumentation.

(4) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 40,00 EUR. Eine Kostenerstattung ist alle zwei Jahre möglich. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

(5) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 i

Kostenerstattung zusätzlicher Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt

(1) Versicherte können folgende Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt in Anspruch nehmen:

- zusätzliche Ultraschalluntersuchungen
- Toxoplasmose-Test
- Triple-Test
- Nackenfaltenmessung
- Antikörperbestimmung bei Schwangerschaft auf Ringelröteln und Windpocken
- B-Streptokokken-Test
- Zytomegalie-Test
- PH-Selbsttest
- nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium und/oder Folsäure
- Unterbringung einer Begleitperson im Elternzimmer, sofern diese bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland versichert ist.

(2) Voraussetzung ist, dass die Leistungen

- keine Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien sind und

- nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen sind.
- (3) Die Durchführung der zusätzlichen Ultraschalluntersuchungen, des Toxoplasmose- und Triple-Tests, der Nackenfaltenmessung sowie die Antikörperbestimmung auf Ringelröteln und Windpocken, der B-Streptokokken- und der Zytomegalie-Test müssen durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erfolgen.
- (4) Voraussetzung für die Erstattung nicht verschreibungspflichtiger apothekenpflichtiger Arzneimittel ist, dass
- sie als Mono- oder Kombinationspräparat mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium und/oder Folsäure von einem Vertragsarzt auf Privatrezept verordnet wurden und
 - sie in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde und
 - sie nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind und
 - es sich nicht um Nahrungsergänzungsmittel mit den genannten Wirkstoffen handelt.

Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bleibt unberührt.

- (5) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 120,00 EUR je Schwangerschaft und Versicherten. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie zur Erstattung der nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel zusätzlich die Privatrezepte vorzulegen.

§ 31 j

Kostenerstattung bei Arzneimitteln der Anthroposophie und Phytotherapie

- (1) Versicherte haben Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Phytotherapie und Anthroposophie.
- (2) Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel
- von einem Vertragsarzt auf einem Privatrezept verordnet wurde und
 - medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde und
 - nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen ist.

Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bleibt unberührt.

- (3) Die AOK übernimmt die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Phytotherapie und Anthroposophie in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, jeweils bis zu 25,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind die Rechnungen und Privatrezepte vorzulegen.
- (4) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 k

Kostenerstattung bei sportmedizinischer Untersuchung

- (1) Versicherte können einmal je Kalenderjahr eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen.
- (2) Voraussetzung ist, dass die sportmedizinische Untersuchung
 - geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhindern, frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden und
 - von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin erbracht wird.
- (3) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 120,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

§ 31 l

Kostenerstattung bei Darmkrebsvorsorge

- (1) Versicherte ab Vollendung des 40. Lebensjahres bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres haben Anspruch auf die Durchführung eines Tests auf occultes Blut im Stuhl (immunologischer Stuhltest - iFOBT) und Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres haben Anspruch auf eine Koloskopie zur Früherkennung eines kolorektalen Karzinoms (Darmspiegelung).
- (2) Voraussetzung ist, dass die Untersuchungen ausschließlich durch Vertragsärzte erbracht oder veranlasst wurden.
- (3) Der Inhalt dieser Untersuchungen richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen.
- (4) Die AOK erstattet die Kosten für einen immunologischen Stuhltest in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 50,00 EUR. Eine Kostenerstattung ist alle

zwei Jahre möglich. Die Kosten für eine Darmspiegelung werden einmalig in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 100,00 EUR erstattet. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

- (5) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 m

Kostenerstattung bei Check-up unter 35 Jahren

- (1) Versicherte ab Vollendung des 25. Lebensjahres bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres können eine Gesundheitsuntersuchung (Check-up) in Anspruch nehmen.
- (2) Voraussetzung ist, dass
- eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen und
 - die Behandlung ausschließlich von Vertragsärzten erbracht wird.
- (3) Der Inhalt der Gesundheitsuntersuchung (Check-up) richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.
- (4) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 50,00 EUR. Eine Kostenerstattung ist alle zwei Jahre möglich. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.
- (5) Der Anspruch besteht nur, soweit dieser nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 n

Kostenerstattung bei augenärztlicher Vorsorgeuntersuchung für Kinder

- (1) Versicherte vom 6. Lebensmonat bis zum 26. Lebensmonat können eine augenärztliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen.
- (2) Voraussetzung ist, dass die Behandlung ausschließlich durch Fachärzte für Augenheilkunde erbracht wird.
- (3) Inhalt der augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung ist:
- Anamnese des Kindes, ophthalmologische Familienanamnese, Sichtung evtl. Vorbefunde des Kinderarztes
 - Visusbestimmung
 - objektive Refraktionsbestimmung

- Untersuchung auf Stellung der Motilität
 - Hirschberg- und Brückner-Test
 - Abdeck- und Aufdecktest
 - Motilität in die 4 Sekundärpositionen
 - Stereotest
 - morphologische Untersuchung
 - Befundmitteilung und Beratung über das Ergebnis der Untersuchung
 - Dokumentation.
- (4) Die AOK übernimmt einmalig die Kosten in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 20,00 EUR. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.
- (5) Der Anspruch besteht nur, soweit dieser nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 32

Kostenerstattung bei Behandlung im Ausland

- (1) Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum 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.
- (2) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung im Inland entstanden wären, höchstens bis zu der Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 7,5 % zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag mindestens 5,00 Euro und höchstens 40,00 Euro beträgt. Die AOK kann bei Kostenerstattungsanträgen über einen Rechnungsbetrag bis zu 100,00 Euro pauschal 70 % des Rechnungsbetrages erstatten.
- (3) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 33

Leistungsausschluss nach § 52a SGB V

- (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 aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme in Sinne des Satzes 1 soll die

AOK insbesondere dann verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegt.

- (2) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann die AOK den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.
- (3) Der Versicherte ist über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen zu informieren.

§ 34

Empfangsberechtigung

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

- Krankengeld bei Vorlage des Auszahlungsscheins
- Mutterschaftsgeld bei Vorlage der Bescheinigung über den voraussichtlichen Tag der Entbindung oder der Geburtsurkunde

§ 34a

Übergangsvorschriften

- (1) Am Wahltarif Selbstbehalt nach § 14a dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung teil:
 1. Versicherte, die am 29.02.2012 in den Wahltarif Selbstbehalt nach § 12a der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.
 2. Versicherte, die am 29.02.2012 in den Wahltarif Selbstbehalt nach § 11b der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Wahltarif Selbstbehalt nach § 14a dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz und der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 14a dieser Satzung zurückgelegt worden.

(2) Am AOK-Bonus-Wahltarif nach § 14b dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung teil:

1. Versicherte, die am 29.02.2012 in den AOK-Bonus-Wahltarif nach § 12b der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.
2. Versicherte, die am 29.02.2012 in den AOK-Bonus-Wahltarif nach § 11e der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im AOK-Bonus-Wahltarif nach § 14b dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz und der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 14b dieser Satzung zurückgelegt worden. Ein bereits erworbener Bonus bleibt ebenfalls erhalten.

(3) An Wahlтарifen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 15 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung teil:

1. Versicherte, die am 29.02.2012 in Wahlтарife gemäß § 53 Abs. 3 SGB V i. V. mit § 137f SGB V zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 12e der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.
2. Versicherte, die am 29.02.2012 in Wahlтарife gemäß § 53 Abs. 3 SGB V i. V. mit § 137f SGB V zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 11 Ziffer VI der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden in den Wahlтарifen gemäß § 53 Abs. 3 SGB V i. V. mit § 137f SGB V zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 15 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz oder der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 15 dieser Satzung zurückgelegt worden.

(4) Am AOK-Prämienprogramm/AOK-Kinderbonus nach § 16 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung teil:

1. Versicherte, die am 29.02.2012 im AOK-Prämienprogramm/AOK-Kinderbonus nach § 12f der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.
2. Versicherte, die am 29.02.2012 in den Tarif Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 11a der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im AOK-Prämienprogramm/ AOK-Kinderbonus nach § 16 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz und der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 16 dieser Satzung zurückgelegt worden. Ein bereits erworbener Bonus bleibt ebenfalls erhalten.

- (5) Am Tarif Integrierte Versorgung nach § 14c dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung Versicherte teil, die am 29.02.2012 in den Tarif Integrierte Versorgung bzw. Integrierte Versorgungsmodelle der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz oder der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Tarif Integrierte Versorgung nach § 14c dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz oder der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 14c dieser Satzung zurückgelegt worden.

- (6) Am Tarif Hausarztzentrierte Versorgung nach § 19 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung Versicherte teil, die am 29.02.2012 in den Tarif Hausarztzentrierte Versorgung nach § 12i der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Tarif Hausarztzentrierte Versorgung nach § 19 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 19 dieser Satzung zurückgelegt worden.

- (7) Am Tarif „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ nach § 20 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung Versicherte teil, die am 29.02.2012 im Tarif „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ nach § 12j der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Tarif „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ nach § 20 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 20 dieser Satzung zurückgelegt worden.

- (8) Am Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen nach § 21 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung Versicherte teil, die am 29.02.2012 in den Wahltarif „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“ nach § 12k der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen nach § 21 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 21 dieser Satzung zurückgelegt worden.

- (9) Am Wahltarif Kostenerstattung bei Zahnersatz nach § 22 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung Versicherte teil, die am 29.02.2012 in den Wahltarif „Kostenerstattung bei Zahnersatz“ nach § 12l der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Wahltarif Kostenerstattung bei Zahnersatz nach § 22 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 22 dieser Satzung zurückgelegt worden.

(10) Am Wahltarif Krankengeld nach § 23 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung teil:

1. Versicherte, die am 29.02.2012 im Wahltarif Krankengeld nach § 12m der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.
2. Versicherte, die am 29.02.2012 im Wahltarif Krankengeld nach § 11c der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Wahltarif Krankengeld nach § 23 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz und der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 23 dieser Satzung zurückgelegt worden.

(11) Am Wahltarif Teilkostenerstattung nach § 24 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung teil:

1. Versicherte, die am 29.02.2012 in den Tarif Teilkostenerstattung nach § 19b der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.
2. Versicherte, die am 29.02.2012 in den Tarif Teilkostenerstattung nach § 15 der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Wahltarif Teilkostenerstattung nach § 24 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz und der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 24 dieser Satzung zurückgelegt worden.

(12) Am Wahltarif Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt nach § 25 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung Versicherte teil, die am 29.02.2012 in den Wahltarif „Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt“ nach § 12o der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Wahltarif Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt nach § 25 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 25 dieser Satzung zurückgelegt worden.

Vierter Abschnitt:

Beiträge

§ 35

Beitragssätze

Die Beiträge werden nach einem Beitragssatz erhoben, der in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder festgesetzt wird. Die Beitragssätze für die verschiedenen Mitgliedergruppen richten sich nach den Vorschriften der §§ 241 ff. SGB V.

§ 36

Zusatzbeitrag

Von Mitgliedern wird aufgrund des § 242 Abs.1 Satz 1 SGB V ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben. Dieser beträgt 1,0 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 37

Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder

Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder sowie die Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder ergeben sich aus dem Gesetz i. V. m. den Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung der „Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“.

§ 38

Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

Beiträge werden nach den entsprechenden gesetzlichen Regelungen der §§ 23 ff. SGB IV i. V. m. den Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung der „Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung

und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ fällig.

§ 38 a

Mahngebühr

Im Rahmen des § 19 Abs. 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz erhebt die AOK eine Mahngebühr. Diese beträgt:

- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von 1.999,99 EUR = 5,00 EUR
- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von 2.999,99 EUR = 10,00 EUR
- ab einem Mahnbetrag in Höhe von 3.000,00 EUR = 15,00 EUR

§ 39 (nicht besetzt)

§ 40

Vorschüsse und Beitragserstattungen

- (1) Die AOK kann von Arbeitgebern, die
1. innerhalb des Kassenbezirks keine feste Betriebsstätte haben oder sich nur vorübergehend im Kassenbezirk aufhalten
- oder
2. a) länger als einen Monat mit der Beitragszahlung in Verzug sind oder
b) sich in einem Insolvenzplanverfahren (Vergleichsverfahren nach der Konkursordnung) befinden oder
c) sich innerhalb der letzten sechs Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
d) Zahlungsausfälle befürchten lassen
 3. keine ordnungsgemäßen 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 Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je einen Monat fordern. Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

- (2) Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V werden auf Antrag der Versicherten halbjährlich unbar vorgenommen.

Fünfter Abschnitt:

Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle

§ 41

Widerspruchsausschüsse

- (1) Die Aufgaben der Widerspruchsstelle werden durch besondere Ausschüsse nach § 36a SGB IV (Widerspruchsausschüsse) wahrgenommen. Widerspruchsausschüsse werden bei der Direktion, bei den Bezirksdirektionen und der Landesdirektion Saarland gebildet.
- (2) Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat bestellt. Ein ehrenamtliches Mitglied, das verhindert ist, wird durch einen Stellvertreter vertreten. Für die Stellvertretung der Widerspruchsausschussmitglieder gilt die persönliche Stellvertretung.
- (3) Die Widerspruchsausschüsse entscheiden über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist. Näheres über die Führung der Verwaltungsgeschäfte bestimmt der Verwaltungsrat in Richtlinien, die Bestandteil dieser Satzung sind.
- (4) Für Mitglieder des Widerspruchsausschusses gelten die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes, Amtsverlust, Amtsdauer, Beratung, Haftung und Entschädigung entsprechend (§§ 40 - 42, § 58 Abs. 2, § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV).

§ 42

Widerspruchsausschuss bei der Direktion

- (1) Dem bei der Direktion gebildeten Widerspruchsausschuss gehören je fünf Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreis der Mitglieder des Verwaltungsrates der AOK an. Zu den Mitgliedern können bis zur Hälfte einer jeden Gruppe auch Listenstellvertreter des Verwaltungsrates bestimmt werden. Ferner gehört ein Mitglied des Vorstandes oder ein von ihm Beauftragter dem Widerspruchsausschuss mit beratender Stimme an.
- (2) Der Widerspruchsausschuss der Direktion ist zuständig für solche Widersprüche, die nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften einem AOK-Landesverband zur Entscheidung übertragen sind. Außerdem entscheidet er über Widersprüche in Angelegenheiten nach dem Landesinformationsfreiheitsgesetz des Landes Rheinland-Pfalz (LIFG).

§ 43

Widerspruchsausschüsse bei den Bezirksdirektionen und der Landesdirektion

- (1) Die bei den Bezirksdirektionen gebildeten Widerspruchsausschüsse bestehen aus jeweils zwei Kammern, denen je vier Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber angehören. Die bei der Landesdirektion Saarland gebildeten Widerspruchsausschüsse bestehen aus jeweils zwei Kammern, denen je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber angehören. Zu Mitgliedern der Widerspruchsausschüsse können nur Personen bestellt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen. Ferner gehört der Geschäftsführer der Bezirks- bzw. Landesdirektion oder ein von ihm Beauftragter dem Widerspruchsausschuss mit beratender Stimme an.
- (2) Die Widerspruchsausschüsse bei den Bezirksdirektionen und der Landesdirektion Saarland entscheiden über Widersprüche in den die jeweilige Bezirks- bzw. Landesdirektion betreffenden Angelegenheiten, außerdem nehmen diese Widerspruchsstellen die Befugnisse der Einspruchsstelle nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten wahr (§ 112 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 SGB IV i. V. m. § 69 OWiG).

Sechster Abschnitt:

Organe und Struktur der AOK

§ 44

Struktur der AOK

- (1) Organe der AOK sind der Verwaltungsrat und der Vorstand. Sie wirken bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben vertrauensvoll zusammen.
- (2) Die AOK gliedert sich in eine zentrale Ebene (Direktion) und eine regionale Ebene (Bezirksdirektionen und Landesdirektion Saarland).

§ 44a

Organisatorische Anpassungen

Bei organisatorischen Anpassungen, die die länderbezogenen Quoten der regionalen Verteilung der Arbeitsplätze in Rheinland-Pfalz und dem Saarland um mehr als 50 Vollzeitkräfte verändern, erfolgt eine Information der Aufsichtsbehörde der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland sowie des Ministeriums für Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlandes.

§ 45

Direktion

- (1) Die Direktion ist am Sitz der AOK angesiedelt.
- (2) Der Direktion obliegt die Unternehmensplanung und -steuerung. Von ihr werden die Unternehmensziele und die Unternehmensstrategie verbindlich festgelegt. Die Direktion führt das Unternehmen insbesondere durch Zielvereinbarungen mit den Bezirksdirektionen und der Landesdirektion Saarland. Sie sorgt für ein einheitliches, kundenorientiertes Auftreten und Wirken der AOK, indem sie soweit wie möglich entsprechende Leitlinien festlegt. Dabei ist den Bezirksdirektionen und der Landesdirektion Saarland der erforderliche unternehmerische Freiraum zu lassen. Zu den von der Direktion wahrzunehmenden Aufgaben gehören vor allem:
 - Entwicklung, Fest- und Umsetzung einer einheitlichen Geschäftspolitik, insbesondere in Fragen des Marketings sowie des Leistungsprogramms und der Medienarbeit
 - Haushalts- und Finanzplanung sowie Finanzbewirtschaftung/Vermögensverwaltung
 - Beitragspolitik
 - Haushaltsplanung und -durchführung

- Konzipierung und Koordinierung der Vertragspolitik einschließlich des Abschlusses von Verträgen mit Leistungserbringern
- Erstellung eines einheitlichen und transparenten Personalentwicklungskonzeptes einschließlich der Festlegung von Rahmenrichtlinien für die Personalbemessung und Stellenbewertung und Errichtung von Geschäftsstellen
- Sicherstellung eines einheitlichen EDV-Systems und überregionale Datenverarbeitung, Bürokommunikation
- Marktbeobachtung und –analyse
- Sicherstellung eines einheitlichen Leistungs- und Kostenmanagements

§ 46

Bezirksdirektionen

- (1) Die AOK ist zur Betreuung ihrer Arbeitgeber und Versicherten in Rheinland-Pfalz in sechs Bezirksdirektionen gegliedert. Die Bezirksdirektionen haben ihren Sitz in Koblenz (Bezirksdirektion Nord-West), in Mainz (Bezirksdirektion Ost), in Ludwigshafen (Bezirksdirektion Süd-Ost) in Trier (Bezirksdirektion West), in Montabaur (Bezirksdirektion Nord-Ost) sowie in Kaiserslautern (Bezirksdirektion Süd-West).
- (2) Die Bezirksdirektionen stellen den Kunden in den Mittelpunkt ihres Handelns. Sie steuern die Organisationseinheiten der regionalen Ebene (Privatkunden, Firmenkunden und Markt) durch Vorgaben hinsichtlich der Ausstattung mit Personal und Sachmitteln im Rahmen von zu vereinbarenden Zielen. Die Bezirksdirektionen werden ihrerseits von der Direktion durch
 - Rahmenrichtlinien
 - Zielvereinbarungen
 und
 - Budgets

gesteuert, um die erforderliche Einheitlichkeit sicherzustellen. Rahmenrichtlinien, Zielvereinbarungen und Budgets sind so zu gestalten, dass einerseits die angemessene Berücksichtigung der regionalen und lokalen Besonderheiten gewährleistet ist sowie Gestaltungsspielraum und Eigenverantwortlichkeit vor Ort sichergestellt sind, andererseits die Ziele der AOK nicht gefährdet werden.

§ 46a

Landesdirektion

- (1) Für das Saarland wird eine Landesdirektion Saarland in Saarbrücken eingerichtet.
- (2) Die Landesdirektion stellt den Kunden in den Mittelpunkt ihres Handelns. Sie steuert die Organisationseinheiten im Saarland (Privatkunden, Firmenkunden, Markt) durch Vorgaben hinsichtlich der Ausstattung mit Personal und Sachmitteln im Rahmen von zu vereinbarenden Zielen. Die Landesdirektion wird von der Direktion durch

- Rahmenrichtlinien

- Zielvereinbarungen

und

- Budgets

gesteuert, um die erforderliche Einheitlichkeit sicherzustellen. Rahmenrichtlinien, Zielvereinbarungen und Budgets sind so zu gestalten, dass einerseits die angemessene Berücksichtigung der landesspezifischen Besonderheiten im Saarland gewährleistet ist sowie Gestaltungsspielraum und Eigenverantwortlichkeit der Landesdirektion im Saarland sichergestellt ist, andererseits die Ziele der AOK insgesamt aber nicht gefährdet werden.

- (3) In Abstimmung mit dem Vorstand vertritt die Landesdirektion die unternehmenspolitischen Interessen der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gegenüber der saarländischen Gesundheits- und Sozialpolitik sowie den Sozialpartnern. Das Nähere über Aufgaben und Organisation der Landesdirektion regelt der Vorstand in einer Richtlinie nach § 35 a Abs. 1 SGB IV.

§ 47

Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat der AOK besteht aus 30 Mitgliedern. Für die Stellvertretung der Verwaltungsratsmitglieder gilt Listenstellvertretung (§ 43 Abs. 2 Satz 1 und 2 i. V. m. § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV).
- (2) Der Verwaltungsrat ist paritätisch besetzt.
- (3) Die Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden erfolgt nach § 62 SGB IV.

Zwischen dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden wechselt der Vorsitz jeweils zum 01.01. eines Jahres. Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende dürfen nicht derselben Gruppe angehören.

- (4) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK von grundsätzlicher Bedeutung sind.
- (5) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:
 1. alle Entscheidungen, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind, einschließlich der Entscheidungen der sozial- und unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK in gesundheits-, sozialpolitischen und strategischen Fragen
 2. Wahl des Vorstandes
 3. Bestellung eines leitenden Beschäftigten der Krankenkasse als Beauftragter zur Stellvertretung des Vorstandes
 4. Vertretung der AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern
 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 die Entwicklung sowie die Erreichung der Jahresziele (§197 Abs. 1 Nr. 1a SGB V, § 35a Abs. 2 SGB IV)
 7. Bestellung eines externen Prüfers für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV) und Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung
 8. Feststellung des Haushaltsplans
 9. Aufstellung und Änderung der Satzung
 10. Festsetzung des Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V
 11. Beschluss über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden
 12. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat
 13. Wahl der Landesbeiräte auf Vorschlag der Sozialpartner
 14. Bestimmung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses (§ 36a SGB IV)
 15. die Wahrnehmung von Aufgaben in den anderen, durch Gesetz oder maßgebendes Recht bestimmten Fällen

- (6) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen und mehr als die Hälfte aus jeder Gruppe anwesend sind. Bei Beschlussunfähigkeit ist binnen zwei Wochen zu einer erneuten Sitzung einzuladen. 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 offenkundiger Unrichtigkeiten handelt,
 3. Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,
 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 (§ 64 Abs. 2 SGB IV).

- (8) Zur Aufgabenwahrnehmung finden Sitzungen des Verwaltungsrates statt; der Vorsitzende des Verwaltungsrates 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.

Weitere Sitzungen sind einzuberufen, wenn

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

Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

- (9) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere:
1. die Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht verstoßen (§ 38 SGB IV)
 2. die Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei der Ergänzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB IV)
 3. Anzeige und Benachrichtigung über das Ergebnis der Wahl und über Änderungen in der Zusammensetzung des Verwaltungsrates

§ 47a

Bildung eines „Fusionsausschusses“

Für den Fall, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland Fusionsverhandlungen im oder außerhalb des AOK-Systems führt, wird vom Verwaltungsrat ein „Fusionsausschuss“ gebildet. Dieser Fusionsausschuss wird paritätisch mit Vertretern des Saarlandes und von Rheinland-Pfalz besetzt.

Der Fusionsausschuss führt die Verhandlungen mit dritten Kassen, soweit er selbst solche als denkbare Fusionspartner identifiziert hat oder dritte Kassen Fusionsbereitschaft bekundet haben, bis zur Vorlage eines entscheidungsreifen Beschlussvorschlages an den Verwaltungsrat. Lehnt der Verwaltungsrat einen solchen Beschlussvorschlag ab, gibt er den Verhandlungsauftrag an den Fusionsausschuss zurück.

§ 48

Vorstand

- (1) Der Vorstand besteht aus einem Mitglied. Die Amtszeit beträgt bis zu 6 Jahre. Die mehrfache Wiederbestellung ist möglich. Im Übrigen gilt § 35 a SGB IV in seiner jeweiligen Fassung.
- (2) Der Vorstand führt die Geschäfte der AOK, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen.
- (3) Der Vorstand handelt unter Berücksichtigung der vom Verwaltungsrat bestimmten Grundsatzentscheidungen. Er trifft alle zu ihrer Realisierung erforderlichen Entscheidungen und Maßnahmen.
- (4) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere die Gestaltung und Weiterentwicklung der Unternehmenspolitik im Rahmen der vom Verwaltungsrat festgelegten Unternehmensziele und grundsatzpolitischen Richtlinien.
- (5) Es wird ein leitender Beschäftigter der Krankenkasse zur Stellvertretung des Vorstandes als Beauftragter (§ 35 Abs. 4 Satz 4 SGB IV) durch den Verwaltungsrat bestellt und abbestellt.

- (6) Der Vorstand wird bei der Abwicklung des operativen Geschäfts durch einen Bevollmächtigten des Vorstandes unterstützt. Der Bevollmächtigte wird vom Verwaltungsrat auf Vorschlag des Vorstandes bestellt und abbestellt.

§ 49

Landesbeiräte

- (1) In Rheinland-Pfalz und im Saarland wird jeweils ein Landesbeirat gebildet. Die Landesbeiräte bestehen jeweils aus 30 Mitgliedern und sind jeweils paritätisch besetzt (§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).
- (2) Für die Mitglieder des Landesbeirates gelten die gesetzlichen Vorschriften über Führung des Ehrenamtes, Haftung, Amtsdauer, Amtsverlust, Ergänzung, Beratung, Beschlussfassung und Entschädigung entsprechend; für die Stellvertretung veränderter Mitglieder gilt § 43 Abs. 2 SGB IV i. V. m. § 40 SGB IV.
- (3) Die Wahl des Vorsitzenden des Landesbeirates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jeweils zum 01.01. eines Jahres. Die Wahl der Vorsitzenden erfolgt aus den Gruppen.
- (4) Der Landesbeirat hat insbesondere folgende Aufgaben:
1. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Beirat (§ 63 Abs. 1 SGB IV)
 2. Mitwirkung bei Projekten und Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20 SGB V)
 3. Aufarbeitung von Fragen der regionalen Gesundheitsberichterstattung
 4. Gesundheitspolitische Beratung, insbesondere Vermittlung von Erfahrungen und Erwartungen aus dem Kreis der Kunden, aus dem gesellschaftlichen Leben sowie aus der Arbeitswelt, aus der Wirtschaft und aus dem Handwerk
 5. Unterstützung der Unternehmenspolitik der AOK durch Vorschläge und Anregungen sowie geeignete Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit
 6. Kontaktpflege zu Versicherten, Arbeitgebern, Handwerksbetrieben und zu Vertragspartnern

§ 50

Geschäftsführer der Bezirksdirektionen

- (1) Der Vorstand bestellt im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat die Geschäftsführer der Bezirksdirektionen. Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahre; die Wiederbestellung ist möglich.
- (2) Die Entscheidung über eine Nicht-Wiederbestellung nach Ablauf einer Bestellungsperiode bzw. eine Funktionsentbindung im Laufe einer Bestellungsperiode trifft der Vorstand im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat.
- (3) Der Geschäftsführer führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte seiner Bezirksdirektion eigenverantwortlich unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes auf der Grundlage von Rahmenrichtlinien und Zielvereinbarungen.

Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere:

1. Umsetzung der Unternehmenspolitik
2. Bearbeitung des regionalen Marktes der AOK zur Verbesserung der Mitglieder- und Risikostruktur
3. Durchführung von Maßnahmen zur Förderung von Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens (Kostensteuerung)
4. Öffentlichkeitsarbeit
5. Personalführung
6. Anordnung der Einnahmen und Ausgaben nach Gesetz, Satzung und Beschlüssen der Selbstverwaltungsorgane, insbesondere Feststellung und Zahlung der Leistungen
7. Überwachung der Kassenführung
8. Kürzung, Entziehung und Versagung von Leistungen
9. Festsetzung von Beitragsschätzungen nach § 28f Abs. 3 SGB IV
10. Niederschlagung, Stundung, Erlass und Vergleich bei Beitragsforderungen und anderen Geldforderungen (§ 76 Abs. 2 SGB IV), sofern Rechte Dritter hiervon berührt werden, sind geltende Zustimmungsregelungen zu beachten
11. Festsetzung von Zwangsgeld nach dem Verwaltungsvollstreckungsgesetz gemäß § 66 SGB X sowie Festsetzung von Geldbußen nach § 307 SGB V und § 111 SGB IV
12. Erhebung von Säumniszuschlägen nach § 24 SGB IV oder deren Erlass und Niederschlagung

13. Entscheidungen nach § 8 SGB V
 14. Beteiligung von Versicherten an den Kosten der Leistungen und Versagung oder Rückforderung von Krankengeld in den Fällen des § 52 SGB V
- (4) Die Rechte und Pflichten der Geschäftsführer im Einzelnen werden in einem Dienstvertrag geregelt.

§ 50a

Geschäftsführer der Landesdirektion

- (1) Der Vorstand bestellt im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat den Geschäftsführer der Landesdirektion für das Saarland. Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahre; die Wiederbestellung ist möglich.
- (2) Die Entscheidung über eine Nicht-Wiederbestellung nach Ablauf einer Bestellungsperiode bzw. eine Funktionsentbindung im Laufe einer Bestellungsperiode trifft der Vorstand im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat.
- (3) Der Geschäftsführer führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Landesdirektion für das Saarland eigenverantwortlich unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes auf der Grundlage von Rahmenrichtlinien und Zielvereinbarungen.

Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere:

1. Wahrnehmung der unternehmenspolitischen Interessen der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gegenüber der saarländischen Gesundheits- und Sozialpolitik sowie den Sozialpartnern in Abstimmung mit dem Vorstand
2. Umsetzung der Unternehmenspolitik
3. Bearbeitung des regionalen Marktes der AOK im Saarland zur Verbesserung der Mitglieder- und Risikostruktur
4. Durchführung von Maßnahmen zur Förderung von Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens (Kostensteuerung)
5. Öffentlichkeitsarbeit
6. Personalführung
7. Anordnung der Einnahmen und Ausgaben nach Gesetz, Satzung und Beschlüssen der Selbstverwaltungsorgane, insbesondere Feststellung und Zahlung der Leistungen
8. Überwachung der Kassenführung
9. Kürzung, Entziehung und Versagung von Leistungen
10. Festsetzung von Beitragsschätzungen nach § 28f Abs. 3 SGB IV

11. Niederschlagung, Stundung, Erlass und Vergleich bei Beitragsforderungen und anderen Geldforderungen (§ 76 Abs. 2 SGB IV), sofern Rechte Dritter hiervon berührt werden, sind geltende Zustimmungsregelungen zu beachten
 12. Festsetzung von Zwangsgeld nach dem Verwaltungsvollstreckungsgesetz gemäß § 66 SGB X sowie Festsetzung von Geldbußen nach § 307 SGB V und § 111 SGB IV
 13. Erhebung von Säumniszuschlägen nach § 24 SGB IV oder deren Erlass und Niederschlagung
 14. Entscheidungen nach § 8 SGB V
 15. Beteiligung von Versicherten an den Kosten der Leistungen und Versagung oder Rückforderung von Krankengeld in den Fällen des § 52 SGB V
- (4) Die Rechte und Pflichten des Geschäftsführers im Einzelnen werden in einem Dienstvertrag geregelt.

§ 51

Vertretung der AOK

- (1) Der Vorstand vertritt die AOK unbeschadet des Abs. 3 gerichtlich und außergerichtlich (§ 35a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).
- (2) Ist der Vorstand verhindert seine Aufgaben wahrzunehmen, geht das Vertretungsrecht auf den zur Stellvertretung bestellten Beauftragten über.
- (3) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK gegenüber dem Vorstand. Das Vertretungsrecht wird durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

§ 52

Versichertenälteste, Vertrauensleute

- (1) Von den Vertretern der Versicherten im Verwaltungsrat können Versichertenälteste und von den Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat Vertrauensleute gewählt werden (§ 39 Abs. 2 Nrn. 2 und 3 SGB IV). Für die Amtsdauer gilt § 58 Absatz 2 SGB IV entsprechend.
- (2) Versichertenälteste können gewählt werden für:
 1. Bezirksdirektionen und die Landesdirektion
 2. Betriebe
 3. Berufsgruppen

- (3) Die Versichertenältesten haben insbesondere die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung mit den Versicherten und den Anspruchsberechtigten herzustellen sowie diese zu beraten und zu betreuen (§ 39 Abs. 3 Satz 1 SGB IV).
- (4) Vertrauensleute können gewählt werden für:
1. Bezirksdirektionen und die Landesdirektion
 2. Betriebe
 3. Gruppen von Arbeitgebern
- (5) Die Vertrauensleute haben insbesondere die Aufgabe, die Interessen der AOK in den Betrieben wahrzunehmen und die Arbeitgeber in Fragen der Krankenversicherung zu beraten.

§ 53

Amtsdauer, Entschädigung und Haftung der Organmitglieder

- (1) Für Amtsdauer und Haftung der Mitglieder in den Selbstverwaltungsorganen finden §§ 42 und 58 SGB IV, für die Entschädigung § 41 SGB IV Anwendung.
- (2) Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus (§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Sie werden nach Maßgabe der Vorschriften des SGB IV entschädigt. Art und Höhe der Entschädigung ergeben sich aus der Anlage „Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (§ 41 SGB IV)“, die Bestandteil dieser Satzung ist.

Siebter Abschnitt:

Verwaltung der Mittel

§ 54

Rücklagesoll

Das Rücklagesoll beträgt 25 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 (§ 261 Abs. 2 SGB V).

§ 55

Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung

- (1) Der vom Verwaltungsrat gebildete Rechnungsprüfungsausschuss ist befugt, die Bücher und Akten der AOK einzusehen sowie die Vermögensbestände zu prüfen. Er kann sich dazu auch des Sachverständes externer Dritter bedienen.
- (2) Der vom Vorstand bestimmte Rechnungsprüfungsausschuss prüft die Kasse der AOK mindestens einmal im Jahr unvermutet.

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 erfolgt durch den Verwaltungsrat.

Achter Abschnitt:

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

§ 56

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz richtet sich nach den Bestimmungen des Teils II „Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)“, der Bestandteil dieser Satzung ist.

Neunter Abschnitt:

Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 57

Bekanntmachungen

- (1) Die Satzung und deren Änderungen sowie sonstiges autonomes Recht sind unter Hinweis auf die erfolgte Genehmigung in den Geschäftsräumen der AOK mindestens eine Woche öffentlich auszuhängen. § 196 SGB V findet Anwendung.
- (2) Die AOK veröffentlicht nach § 305b SGB V zum 30. November eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und auf der eigenen Internetpräsenz (www.aok.de). Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 ab 30. November eines Jahres für mindestens zwei Wochen in den Geschäftsräumen der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland durch Aushang veröffentlicht.

§ 58

Inkrafttreten

- (1) Die Satzung tritt am 01.03.2012 in Kraft.
- (2) Die Satzung ist beschlossen in den Sitzungen der Verwaltungsräte der AOK Rheinland-Pfalz am 07.12.2011 und der AOK Saarland am 19.12.2011.

Teil II

Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

§ 1

Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen

Auf den Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die Gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der AOK entsprechende Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2

Beteiligte Arbeitgeber

- (1) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen die Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen.

Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die wöchentlich regelmäßig nicht mehr als 10 Stunden zu leisten haben, werden mit 0,25, diejenigen, die nicht mehr als 20 Stunden zu leisten haben, mit 0,5 und diejenigen, die nicht mehr als 30 Stunden zu leisten haben, mit 0,75 angesetzt.

- (2) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen alle Arbeitgeber teil.

§ 3

Erstattungen

- (1) Die AOK erstattet den nach § 1 Abs. 1 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für Aufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit 70 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und in § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraumes an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezählten Arbeitsentgeltes und der nach § 19 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz an Auszubildende fortgezählten Vergütung, wobei die Aufwendungen höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden.

- a) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Absatz 1 auf 80 v. H. erhöht. Die Erhöhung wirkt ab Beginn des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr der Antragstellung folgt. Die Erhöhung erfolgt für alle Erstattungen, die Arbeitsentgelt betreffen, das für Zeiträume ab dem Zeitpunkt der Erhöhung fortgezahlt wird. Der Arbeitgeber ist an seinen Antrag für ein Kalenderjahr gebunden.
 - b) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Absatz 1 auf 60 v. H. ermäßigt. Die Ermäßigung wirkt ab Beginn des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr der Antragstellung folgt. Die Ermäßigung erfolgt für alle Erstattungen, die Arbeitsentgelt betreffen, das für Zeiträume ab dem Zeitpunkt der Ermäßigung fortgezahlt wird. Der Arbeitgeber ist an seinen Antrag für ein Kalenderjahr gebunden.
 - c) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Absatz 1 auf 50 v. H. ermäßigt. Die Ermäßigung wirkt ab Beginn des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr der Antragstellung folgt. Die Ermäßigung erfolgt für alle Erstattungen, die Arbeitsentgelt betreffen, das für Zeiträume ab dem Zeitpunkt der Ermäßigung fortgezahlt wird. Der Arbeitgeber ist an seinen Antrag für ein Kalenderjahr gebunden.
- (2) Die AOK erstattet den Arbeitgebern nach § 1 Abs. 2 AAG für Aufwendungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft
- a) 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld,
 - b) 100 v. H. des vom Arbeitgeber bei Beschäftigungsverboten nach § 11 Mutterschutzgesetz gezahlten Arbeitsentgeltes und
 - c) 100 v. H. der auf die Arbeitsentgelte nach Buchstabe b) entfallenden und von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und die Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, zur sozialen Pflegeversicherung und nach § 172 Abs. 2 SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI.

§ 4

Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen

Mit den in § 3 Abs. 1 Nr. 1 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die erstattungsfähigen Arbeitsentgelte entfallenden und von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und die Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, zur sozialen Pflegeversicherung und nach § 172 Abs. 2 SGB VI sowie die Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI abgegolten.

§ 5

Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

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

§ 6

Aufbringung der Mittel, Umlage

- (1) Die Mittel zur Durchführung der Ausgleichsverfahren U1 und U2 werden jeweils durch gesonderte Umlagen, die die erforderlichen Verwaltungskosten angemessen berücksichtigen, von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.
- (2) Die Umlage für Aufwendungen aus Anlass von Krankheit (§ 3 Abs. 1) wird auf

1,5 v. H. bei einem Erstattungssatz von 50 v. H.

2,2 v. H. bei einem Erstattungssatz von 60 v. H.,

2,8 v. H. bei einem Erstattungssatz von 70 v. H.,

3,5 v. H. bei einem Erstattungssatz von 80 v. H.

der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG festgesetzt.

- (3) Die Umlage für Aufwendungen aus Anlass von Mutterschaft (§ 3 Abs. 2) wird auf 0,49 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG festgesetzt.
- (4) Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig.

§ 7

Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern

Die AOK kann von umlagepflichtigen Arbeitgebern nach § 41 der Satzung Vorschüsse verlangen (§ 9 Abs. 2 Nr. 3 AAG).

§ 8

Verwaltung der Mittel

- (1) Die AOK verwaltet die Mittel für die Ausgleichsverfahren als Sondervermögen. Es werden getrennte Betriebsmittel gebildet:
 1. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit, U1-Verfahren (§ 3 Abs. 1)
 2. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft und Schwangerschaft, U2-Verfahren (§ 3 Abs. 2)

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

- (2) Für den Haushaltsplan und die Jahresrechnung gelten die Bestimmungen der Satzung der AOK entsprechend.

§ 9

Verwaltungsrat

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

§ 10

Widerspruchsausschuss und Einspruchsstelle

Die Bestimmungen der §§ 41 - 43 der Satzung über Besetzung, Aufgaben und Befugnisse des Widerspruchsausschusses und der Einspruchsstelle gelten mit der Maßgabe, dass in Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendung nach dem AAG im Widerspruchsausschuss nur Vertreter der Arbeitgeber mitwirken.

§ 11

Inkrafttreten

- (1) Der Teil II der Satzung tritt am 01.03.2012 in Kraft.

Die vorstehende Fassung des Teil II der Satzung ist beschlossen in den Sitzungen der Verwaltungsräte der AOK Rheinland-Pfalz am 07.12.2011 und der AOK Saarland am 19.12.2011.