

Satzung der AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse

in der Fassung des 6. Nachtrags vom 29.06.2012

INHALTSÜBERSICHT

Erster Abschnitt: Name, Sitz und Bezirk

- § 1 Name, Sitz und Bezirk der AOK
- § 2 Aufgabenstellung

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

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

Dritter Abschnitt: Leistungen

- § 6 Leistungsservice
- § 7 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge
- § 8 Art und Umfang der Leistungen
- § 9 Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe
- § 10 Wahltarife
- § 10 a Wahltarif Selbstbehalt
- § 10 b Modellvorhaben AOK-Bonustarif
- § 10 c Wahltarif bei Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137 f SGB V
- § 10 d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- § 10 e Wahltarif für die Teilnahme an Integrierten Versorgungsformen
- § 10 f Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen
- § 10 g Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung
- § 10 h Wahltarif Kostenerstattung bei Zahnersatz
- § 10 i Krankengeld-Wahltarif
- § 10 j Wahltarif bei Teilkostenerstattung
- § 10 k Wahltarif Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt
- § 10 l AOK-Bonus-Wahltarif
- § 10 m Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 11 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- § 12 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter
- § 13 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe
- § 14 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V
- § 15 Kostenerstattung
- § 16 Teilkostenerstattung
- § 17 Empfangsberechtigung
- § 18 Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
- § 19 Leistungsausschluss

Vierter Abschnitt: Beiträge

- § 20 Beitragssätze
- § 21 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder
- § 22 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge
- § 23 Stundung und Erhebung von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

§ 24	Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge
§ 25	Vorschüsse
§ 26	Erstattungen

Fünfter Abschnitt: Widerspruchsstelle

§ 27	Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen
------	---

Sechster Abschnitt: Mitgliedschaften und Zusammenwirken

§ 28	Mitgliedschaften
§ 29	Zusammenwirken

Siebter Abschnitt: Organisationsstruktur und Selbstverwaltung

§ 30	Organisationsstruktur
§ 31	Organe der AOK
§ 32	Verwaltungsrat
§ 33	Vorstand
§ 34	Vertretung der AOK
§ 35	Regionalbeiräte
§ 36	Entschädigung und Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates und der Mitglieder der Regionalbeiräte

Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 37	Rücklage
§ 38	Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung

Neunter Abschnitt: Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung und bei Mutterschaft ("Ausgleichsverfahren")

§ 39	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz
------	--

Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 40	Bekanntmachungen
§ 41	Inkrafttreten

Anhang 1

Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates und der Regionalbeiräte

Anhang 2

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

Erster Abschnitt: Name, Sitz und Bezirk

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der AOK

- (1) Die Krankenkasse führt den Namen

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse

und hat ihren Sitz in Dortmund.

- (2) Der Bezirk der AOK erstreckt sich auf das Land Schleswig-Holstein sowie die Region Westfalen-Lippe (Regierungsbezirke Arnsberg, Detmold und Münster) des Landes Nordrhein-Westfalen.
- (3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

§ 2 Aufgabenstellung

- (1) Die AOK engagiert sich als Gesundheitskasse. Sie hat die Aufgabe,
- die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern,
 - die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung zu informieren und zu beraten,
 - den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken sowie
 - bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.
- (2) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die AOK hilft ihnen dabei durch Information, Beratung und Leistungen. Sie wirkt auch auf gesunde Lebensverhältnisse hin.
- (3) Im Rahmen ihrer Zuständigkeit berät die AOK über die Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und klärt die Bevölkerung hierüber auf. Ferner erteilt sie Auskünfte über die für die Sozialleistungen zuständigen Stellen sowie - im Rahmen ihrer Möglichkeiten - über Sach- und Rechtsfragen, die insoweit für den Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können.
- (4) Die AOK informiert, berät und unterstützt die Arbeitgeber ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.
- (5) Die AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines AOK-Landesverbandes (§ 207 SGB V). Die AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines Landesverbandes der Pflegekassen wahr (§ 52 Abs. 1

Satz 1 SGB IX). Die von dem GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92 und 282 SGB V sind für die AOK verbindlich.

- (6) Die AOK wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein mit. Sie setzt sich für bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgungsstrukturen und für eine ausgewogene Mitglieder- und Risikostruktur sowie für eine qualifizierte Kostensteuerung im Gesundheitswesen ein.
- (7) Die AOK engagiert sich bei der Qualitätssicherung in der Medizin, und zwar sowohl in Gemeinsamkeit mit den Vertragspartnern als auch durch individuelle Wahrnehmung der Interessen ihrer Versicherten.
- (8) Im Einzelnen erfüllt die AOK die ihr als Krankenkasse und als Landesverband durch Gesetz oder Satzung übertragenen sowie die zugelassenen Aufgaben.

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

§ 3 Mitglieder

- (1) Als versicherungspflichtige Mitglieder können bei der AOK versichert sein:
 - Angestellte, Arbeiter und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigtesowie
 - die anderen in § 5 - mit Ausnahme des Absatzes 1 Nr. 3 - SGB V genannten Personen,wenn sie die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllen und nicht nach den §§ 6 bis 8 SGB V versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.
- (2) Als freiwillige Mitglieder können bei der AOK versichert sein:
 - Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
 - Personen, deren Familienversicherung erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,
 - Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind,
 - schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 2 Abs. 2 SGB IX, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beitreten,
 - Angestellte und Arbeiter, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endet,
 - Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge,wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind, und andere Personen, die vor dem Inkrafttreten dieser Satzung beigetreten sind.

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

§ 4 Familienangehörige

Als Familienangehörige sind bei der AOK

der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder der Mitglieder sowie Kinder von familienversicherten Kindern versichert,

wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- (1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder bei der AOK beginnt, soweit sich aus § 186 Abs. 10 und 11 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tage des Eintritts der Versicherungspflicht.
- (2) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder beginnt mit dem Tag ihres Beitritts, sofern sich aus § 188 Abs. 2 SGB V nichts anderes ergibt.
- (3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt.
- (4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet unbeschadet des § 191 Nrn. 1 bis 2 SGB V im Falle des Austritts 2 Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt. Ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kann die freiwillige Mitgliedschaft beendet werden, wenn für das Mitglied nach Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V besteht. Die freiwillige Mitgliedschaft kann mit sofortiger Wirkung beendet werden, sofern das Mitglied seinen Wohnort im Ausland nimmt.
- (5) Die Bindungsfrist von 18 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet werden soll.

Dritter Abschnitt: Leistungen

§ 6 Leistungsservice

Die AOK wirkt darauf hin, dass

- ihre Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und schnell erhalten,
- die zur Leistungserbringung erforderlichen Personen, Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen und

- der Zugang zu den Leistungen einfach gestaltet wird.

§ 7

Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

Die AOK kann den Versicherten Zusatzversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln.

§ 8

Art und Umfang der Leistungen

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

1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung, insbesondere Prävention und Selbsthilfe, und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten,
2. bei Krankheit
 - a) Krankenbehandlung, insbesondere
 - ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung
 - zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz
 - Versorgung mit Arznei, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
 - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
 - Krankenhausbehandlung
 - Zuschuss für ambulante und stationäre Hospizleistungen
 - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungsproben und Arbeitstherapie
 - b) strukturierte Behandlungsprogramme
 - c) Krankengeld
3. Bei Schwangerschaft und Mutterschaft
 - ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe
 - Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln
 - stationäre Entbindung
 - häusliche Pflege und Haushaltshilfe
 - Mutterschaftsgeld

4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch nach § 24 b SGB V
5. Beratung und Information zu ihren Rechten als Patienten sowie zum gesundheitlichen Verbraucherschutz im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen
6. Unterstützung bei Behandlungsfehlern

§ 9

Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe

- (1) Die AOK erbringt Leistungen zur primären Prävention. Grundlage hierfür ist der Leitfaden Prävention „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von § 20 SGB V“ in der jeweils geltenden Fassung.
 - a) Angebote nach dem individuellen Ansatz richten sich an den einzelnen Versicherten und kommen aus folgenden Handlungsfeldern:
 - Bewegungsgewohnheiten
 - Ernährung
 - Stressbewältigung/Entspannung
 - Suchtmittelkonsum
 - b) Angebote im Setting-Ansatz erreichen den Versicherten in seinem Lebensbereich:
 - außerbetriebliches Setting: Schulen, Kindergärten, Stadtteile u. ä.
 - betriebliches Setting
- (2) Im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 a SGB V und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20 b SGB V erbringt die AOK folgende Leistungen:
 - Information, Beratung
 - Betriebsspezifische Analysen
 - Empfehlungen für die Integration des Gesundheitsmanagements in den Betrieb und ggf. Maßnahmen aus folgenden Handlungsfeldern:
 - Arbeitsbedingte körperliche Belastungen
 - Betriebsverpflegung
 - Psychosoziale Belastungen (Stressbewältigung am Arbeitsplatz, Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung)
 - Suchtmittelkonsum
 - Erfolgskontrolle, Qualitätssicherung

Die AOK arbeitet eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Sie unterstützt die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Insbesondere informiert die AOK die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung über ihre Erkenntnisse, die sie aus dem Zusammenhang zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen hat.

- (3) Die AOK fördert Selbsthilfegruppen und -organisationen nach Maßgabe des § 20 c SGB V, wenn diese die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von solchen

Krankheitsbildern zum Ziel haben, die in dem von dem GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind sowie die gesundheitsbezogene Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen, die themenbereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sind.

- (4) Die AOK kann außer in den in § 20 d Abs. 1 SGB V genannten Fällen die Kosten von Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten übernehmen oder Zuschüsse leisten, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind.
- (5) Die AOK übernimmt auch die Kosten für die Früherkennungsuntersuchungen U10 (7. bis 8. Lebensjahr) und U11 (9. bis 10. Lebensjahr).

§ 10 Wahltarife

Die AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse kann Wahltarife nach § 53 SGB V anbieten.

§ 10 a Wahltarif Selbstbehalt

- (1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V an. Der Wahltarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils einen Grundbonus, einen Staffelbonus (Prämien) sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben.
- (2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Selbstbehalttarifs. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Ergeben sich während der Tariflaufzeit Zeiten, in denen der Tarif gemäß § 53 Abs. 8 SGB V nicht wählbar ist oder werden vom Mitglied keine Beiträge gezahlt, ruhen für diese Zeiten die Rechte und Pflichten aus dem Tarif. Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Selbstbehalttarif und am AOK-Bonustarif nach § 10 b oder dem Bonus-Wahltarif nach § 10 l dieser Satzung ist nicht möglich. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft, und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. Bei Eintritt eines Härtefalls, insbesondere bei schwerwiegender chronischer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII, kann der Selbstbehalttarif abweichend von Satz 4 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
- (3) Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen Grundbonus erhalten. Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen durch Selbstauskunft. Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an.

Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen.

Tarif-klasse	Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr in EUR	Grundbonus je Kalenderjahr in EUR (zzgl. ggf. Staffelbonus)*	Pauschaler Selbstbehalt je ambulante Behandlung des Mitglieds, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, in EUR	Pauschaler Selbstbehalt je Krankenhausaufenthalt des Mitglieds in EUR	Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte je Kalenderjahr in EUR
1	Bis 12.000	40,00	10,00	20,00	120,00
2	12.001 bis 18.000	90,00	22,50	45,00	170,00
3	18.001 bis 24.000	140,00	35,00	70,00	220,00
4	24.001 bis 30.000	190,00	47,50	95,00	270,00
5	30.001 bis 36.000	240,00	60,00	120,00	330,00
6	36.001 bis 42.000	340,00	85,00	170,00	440,00
7	Ab 42.001	540,00	135,00	270,00	660,00

*Grund- plus Staffelbonus zusammen bis maximal 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge

Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalenderjahres möglich.

- (4) Der Grundbonus erhöht sich in den ersten drei Jahren um 20 EUR pro Jahr (Staffelbonus), wenn in jedem der drei Jahre das Mitglied ambulante Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, oder bzw. und Krankenhausbehandlung nicht in Anspruch nimmt. Für jedes weitere leistungsfreie Jahr erhält das Mitglied den Höchstbetrag des Staffelbonus (60 EUR).
- (5) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Selbstbehalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Die AOK kann dem Mitglied auf Antrag eine Vorauszahlung auf künftige Unterschiedsbeträge von Bonus und Selbstbehalt in Höhe von bis zu 50 v. H. des Grundbonus im Kalenderjahr zahlen. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt. Ist die Summe der Selbstbehalte höher als die der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der nicht erhöhte Grundbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.
- (6) Für Mitglieder, die am 30.09.2010 an einem Selbstbehalt-Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V der früheren AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse - teilgenommen haben, gelten die Regelungen des § 7c der Satzung der früheren AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse - bis zum Ablauf des 31.12.2010 fort. Ab dem 01.01.2011 gelten auch für diese Tarifteilnehmer die Regelungen der Absätze 1 bis 5. Diese Tarifteilnehmer können den Wahltarif Selbstbehalt abweichend von gesetzlichen und satzungsrechtlichen Regelungen, die längere Bindungsfristen vorsehen, zum Ablauf des 31.12.2010 kündigen; die Kündigungserklärung muss bis zum 31.03.2011 bei der

AOK eingehen. Die AOK informiert die betreffenden Tarifteilnehmer über die Änderung der Tarifbedingungen nach Satz 2 und weist sie rechtzeitig auf das Kündigungsrecht und die Kündigungsfrist nach Satz 3 hin.

§ 10 b Modellvorhaben AOK-Bonustarif

- (1) Die AOK führt ein Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung unter der Bezeichnung „AOK-Bonustarif“ durch, mit dem kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Mitglieder durch entsprechende Bonusregelungen gefördert werden soll. Die in dem Modellvorhaben enthaltenen Tarifelemente setzen sich aus einem Grundbonus, einem Gesundheitsbonus und einer Eigenbeteiligung zusammen.
- (2) Mitglieder nehmen aufgrund schriftlicher Erklärung an dem Modellvorhaben teil. Die Teilnahme beginnt zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Quartals und endet mit Ablauf des Modellvorhabens oder mit schriftlicher Kündigung des Mitgliedes. Eine Kündigung der Teilnahme ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt.
- (3) Mitgliedern steht ein Grundbonus von 100 EUR kalenderjährlich zu. Er erhöht sich
 - um 10 EUR, wenn in dem für die Bonusberechnung maßgeblichen Kalenderjahr,
 - um 20 EUR, wenn in dem für die Bonusberechnung maßgeblichen Kalenderjahr und im Vorjahr,
 - um 30 EUR, wenn im für die Bonusberechnung maßgeblichen Kalenderjahr und den beiden Vorjahren

weder sie noch ihre mitversicherten Ehegatten oder mitversicherten Lebenspartner ambulante Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, oder Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen. Für Mitglieder mit einem monatlichen Einkommen über einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V gelten Satz 1 und 2 mit der Maßgabe, dass der Grundbonus 200 EUR beträgt. Ändern sich im Laufe der Tarifteilnahme monatliches Einkommen und/oder die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V und sind deshalb die Voraussetzungen eines anderen Tarifs gegeben, so können die betroffenen Mitglieder durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalenderjahres in den entsprechenden Tarif wechseln.

- (4) Mitgliedern steht ein Gesundheitsbonus von 70 EUR kalenderjährlich zu, wenn sie und ihre mitversicherten Ehegatten oder mitversicherten Lebenspartner die nach § 25 SGB V möglichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und Zahnvorsorge i. S. des § 55 Abs. 1 Satz 3 i. V. m. Satz 4 SGB V und im Rahmen der im § 9 der Satzung vorgesehenen Schutzimpfungen nachweisen. Statt dessen genügt bei Mitgliedern und ihren mitversicherten Ehegatten oder mitversicherten Lebenspartnern der Nachweis körperlicher Fitness durch einen sportwissenschaftlich entwickelten Walkingtest, Ergometertest oder durch Vorlage eines Leistungsabzeichens des Deutschen Sportbundes, des Deutschen Leichtathletikverbandes, des Deutschen Schwimmverbandes oder des Bundes Deutscher Radfahrer. Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen dürfen nicht älter als ein Jahr sein.

- (5) Mitglieder tragen für sich und ihre mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner Eigenbeteiligungen bis zu einem Höchstbetrag von 250 EUR kalenderjährlich. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 25 EUR und je Krankenhausbehandlung 50 EUR. Gesetzlich vorgesehene Zahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Für Mitglieder mit einem monatlichen Einkommen über einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V gelten Satz 1 bis 3 mit der Maßgabe, dass der Höchstbetrag 350 EUR und die Eigenbeteiligung je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 35 EUR betragen. Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich der Geburt anfallen, werden nicht mit Eigenbeteiligung belegt.
- (6) Die AOK zahlt den Bonus für das Kalenderjahr bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres. Von der zu zahlenden Bonussumme ist ggf. die Eigenbeteiligung abzuziehen. Ist die Summe der Eigenbeteiligungen höher als die der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 14 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig, auch wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe eines Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus, der Gesundheitsbonus und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.
- (7) Das Modellvorhaben beginnt am 1. Januar 2004 und ist auf acht Jahre befristet.

§ 10 c
Wahltarif bei Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm
nach § 137 f SGB V

Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V teilnehmen. Dies gilt auch für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen, die von einer anderen AOK - ggf. als Modellvorhaben - durchgeführt werden.

§ 10 d
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Versicherte können am AOK-Prämienprogramm oder im Familienverbund am AOK-Familienbonus teilnehmen. Beim AOK-Familienbonus ist die Höchstzahl der Teilnehmer im Familienverbund auf 5 Versicherte begrenzt. Die Teilnahme ist freiwillig und kommt durch Einschreibung zustande. Eine gleichzeitige Teilnahme an beiden Programmen sowie eine gleichzeitige Teilnahme am AOK-Familienbonus und am AOK-Bonustarif nach § 10 b dieser Satzung oder am AOK-Bonus-Wahltarif nach § 10 l dieser Satzung oder am AOK-Selbstbehalttarif nach § 10 a dieser Satzung ist ausgeschlossen.
- (2) Versicherte erhalten beim AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus bei regelmäßiger Inanspruchnahme von
 - a) qualitätsgesicherten Leistungen zur Primärprävention nach § 9 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 § 9 Abs. 4 dieser Satzung

in der in den Ausführungsbestimmungen genannten Kombinationen einen Bonus. Die Anerkennung einer Leistung im Rahmen des AOK-Prämienprogramms oder des AOK-Familienbonus erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der AOK. Diese richtet sich allein nach Maßgabe der Gesetze und dieser Satzung.

- (3) Die Voraussetzungen des Abs. 2 Satz 1 weisen die Versicherten durch entsprechende Bestätigungen und Leistungsabzeichen nach. Die durchgeführten Maßnahmen zum AOK-Prämienprogramm und zum AOK-Familienbonus dürfen zum Zeitpunkt der Einreichung der Bestätigung bzw. Leistungsabzeichen nicht länger als 3 Kalenderjahre, gerechnet vom Ende des Jahres der Durchführung der Maßnahmen, zurückliegen.
- (4) Der Bonus wird den Versicherten beim AOK-Prämienprogramm als Sach- oder Geldprämie und beim AOK-Familienbonus als Geldprämie gegen Nachweis gemäß Abs. 3 zur Verfügung gestellt. Er wird nach einem sich aus den Ausführungsbestimmungen ergebenden Punktzahlssystem ermittelt. Beim AOK-Familienbonus ist die jährliche Bonifizierung für nachgewiesene Maßnahmen je Teilnehmer auf maximal 30 EUR begrenzt.
- (5) Bei der Teilnahme am AOK-Familienbonus erhält jeder Teilnehmer nach drei, sechs und neun Jahren zusätzlich einen Bonus für Nachhaltigkeit in Höhe von jeweils 60 EUR, wenn er jährlich die Teilnahme an mindestens einer Maßnahme gem. Abs. 2 nachgewiesen hat. Endet die Versicherung bei der AOK, entfällt der jeweils nächste Bonus für Nachhaltigkeit. Versicherungsunterbrechungen bis zur Dauer von 3 Monaten sind für die durchgängige Teilnahme am AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus unschädlich.
- (6) Die Teilnahme am AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus kann jederzeit beendet werden.
- (7) Im Falle einer missbräuchlichen Nutzung des AOK-Prämienprogramms oder AOK-Familienbonus, 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-Familienbonus ausgeschlossen, gilt er im Falle einer erneuten Anmeldung zum AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus als nicht teilnahmeberechtigt.
- (8) Das Nähere regeln die Ausführungsbestimmungen zum Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten, die durch den Vorstand festgelegt werden. Der Versicherte erhält bei Einschreibung in das Programm die Teilnahmebedingungen ausgehändigt.

§ 10 e

Wahltarif für die Teilnahme an Integrierten Versorgungsformen

- (1) Die AOK führt besondere Versorgungsformen als integrierte Versorgung auf der Basis entsprechender Vereinbarungen nach §§ 140 a ff. SGB V durch. Der Versicherte kann integrierten Versorgungsangeboten der AOK freiwillig durch Abgabe einer schriftlichen Teilnahmeerklärung beitreten (Einschreibung).

- (2) Die AOK kann mit der Teilnahme von Versicherten an integrierten Versorgungsangeboten der AOK Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen nach § 53 Abs. 3 SGB V verbinden. Voraussetzung ist, dass die jeweilige Bonifizierung in der Übersicht nach Absatz 3 ausgewiesen ist.
- (3) Die AOK führt ein Verzeichnis über die nach §§ 140 a ff. SGB V getroffenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort/die Region, in der die Versorgung angeboten wird, und ob mit dem Versorgungsangebot eine Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung verbunden ist. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die AOK stellt dem Versicherten auf Wunsch das Verzeichnis in schriftlicher Form zur Verfügung.

§ 10 f

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 der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn. Erfolgt keine Kündigung des Tarifs, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr, wenn zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres keine schriftliche Kündigung durch das Mitglied erfolgt. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. Bei Versicherungsunterbrechungen gilt § 19 Abs. 2 SGB V entsprechend.
- (3) Erstattungsfähig sind die dem Mitglied für sich selbst und/oder seine eingeschriebenen familienversicherten Angehörigen 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 abgegebene nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige und nach diesem Tarif erstattungsfähige phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel (Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen), 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. 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.

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 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, z. B.

- für Kinder bzw. Jugendliche mit Entwicklungsstörungen ab dem Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder
- die nach den Arzneimittelrichtlinien bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten (sowie zur Anwendung bei diesen Erkrankungen).

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die dazugehörigen Rezepte vorzulegen. Die Höhe der Erstattung beträgt bei Sammlung und nur einmal jährlich erfolgender gebündelter Rezepteinreichung 90 v. H. der Kosten für jedes einzelne im Rahmen des Tarifs erstattungsfähige Arzneimittel. Stichtag für die jährliche Einreichung ist jeweils der Ablauf eines Teilnahmejahres. Bei unterjähriger Einreichung einzelner Rezepte reduziert sich die Erstattung auf 80 v. H., es sei denn, der jährliche Rechnungshöchstbetrag ist bereits erreicht. Maßgeblich ist der zum Zeitpunkt der Abgabe des Arzneimittels gültige Apothekenabgabepreis.

Erstattungen im Rahmen dieses Tarifs für prämienfrei mitversicherte Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren werden auf den jährlichen Rechnungshöchstbetrag des Mitgliedes 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.

- (4) Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen jährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt, der sich aus der Konditionentabelle in Absatz 6 ergibt. Maßgeblich für die Bestimmung des Rechnungshöchstbetrages ist das Alter des Versicherten. 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.
- (5) Der Anspruch auf Kostenerstattung durch die AOK setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 6 bei der AOK eingeht. Sofern Prämien nach Absatz 6 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.

- (6) 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 Prämie ist für den Kalendermonat oder wahlweise für ein Jahr im Voraus zu entrichten. Der Tag der Fälligkeit ist jeweils der 1. Tag eines Monats.

Wählt das Mitglied die jährliche Zahlung im Voraus, wird ein Prämiennachlass in Höhe von 4 v. H. gewährt.

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

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 Verlängerungsjahr ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Verlängerungsjahres maßgeblich, für das die Prämie zu entrichten ist.

Für jeden Teilnehmer, der für die Dauer eines Teilnahmejahres 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.

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.

Es gelten die folgenden Konditionen:

Konditionentabelle

Altersklassen	Monatsprämie in EUR	Monatsprämie bei jährlicher Zahlungsweise in EUR	Jahresrechnungshöchstbetrag in EUR	Bonus bei Leistungsfreiheit im Teilnahmejahr in EUR
12 – 20 Jahre	4,50	4,32	140,00	25,00
21 – 35 Jahre	7,50	7,20	180,00	35,00
36 – 50 Jahre	9,50	9,12	200,00	50,00
über 50 Jahre	14,50	13,92	260,00	75,00

- (7) 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 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.

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 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 v. H. der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße. 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 sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

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.

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 der Wahltarif abweichend von Absatz 2 Satz 4 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.

§ 10 g

Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung

- (1) Die AOK bietet ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage entsprechender Versorgungsverträge an. Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Teilnehmende Versicherte wählen aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Ärzte einen Hausarzt. Sie verpflichten sich, hausärztliche Leistungen nur bei dem gewählten Hausarzt und ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt.
- (2) Die Versicherten nehmen aufgrund einer schriftlichen Teilnahmeerklärung an der hausarztzentrierten Versorgung teil. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erklärt der gesetzliche Vertreter schriftlich die Teilnahme. In der Teilnahmeerklärung ist der gewählte Hausarzt zu benennen. Die Versicherten sind jeweils ein Jahr an die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 4 und an die Wahl des Hausarztes gebunden (Mindestbindungsfrist). Die Teilnahme beginnt mit dem ersten Kalendertag des Quartals, das auf den Eingang der Teilnahmeerklärung bei der nach dem Versorgungsvertrag zur Annahme von Teilnahmeerklärungen zuständigen Stelle der AOK folgt, wenn

die Teilnahmeerklärung bis spätestens zum ersten Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn dieses Quartals eingegangen ist; bei späterem Eingang der Teilnahmeerklärung beginnt die Teilnahme mit dem ersten Kalendertag des darauffolgenden Quartals. Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Versicherten mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Quartalsende, frühestens jedoch nach Ablauf der Mindestbindungsfrist von einem Jahr ab Teilnahmebeginn. Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, insbesondere im Falle einer schwerwiegenden Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen dem Versicherten und dem gewählten Hausarzt, eines Wohnortwechsels des Versicherten, einer Verlegung des Arztsitzes oder des Ausscheidens des gewählten Hausarztes aus der vertragsärztlichen oder hausarztzentrierten Versorgung, kann der Versicherte die Teilnahme vor Ablauf der Mindestbindungsfrist beenden.

- (3) Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Tritt das Ruhen des Anspruchs auf Leistungen erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in dem das Ruhen eintritt; die Mindestbindungsfrist nach Absatz 2 gilt insoweit nicht.
- (4) Verstoßen Versicherte gegen eine der Verpflichtungen nach Abs. 1 Satz 4, indem sie hausärztliche Leistungen bei einem anderen als dem von ihnen gewählten Arzt oder Facharztleistungen ohne Überweisung des gewählten Hausarztes in

Anspruch nehmen, ohne dass ein wichtiger Grund vorliegt, können sie von der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Im Falle des Ausschlusses ist eine erneute Teilnahme erst nach einer Frist von einem Jahr ab Bestandskraft des Ausschlusses möglich. Bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem pflichtwidrigem Verhalten kann die AOK vom Versicherten Ersatz der Mehrkosten verlangen, die durch die unzulässige Inanspruchnahme von Haus- oder Fachärzten entstanden sind. Eine Pflichtwidrigkeit ist ausgeschlossen in Fällen der Vertretung, sofern der Vertreter des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen wird, sowie bei Abwesenheit des Versicherten vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z. B. im Urlaub) und im Notfall.

§ 10 h

Wahltarif Kostenerstattung bei Zahnersatz

- (1) Mitglieder mit Wohnsitz in Deutschland sowie in Deutschland versicherungspflichtig beschäftigte Mitglieder mit Wohnsitz im angrenzenden Ausland (Grenzgänger), die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen mit Wohnsitz in Deutschland bzw. im Wohnland des Grenzgängers einen Tarif nach § 53 Abs. 4 SGB V für die Erstattung von Kosten bei medizinisch notwendigem Zahnersatz 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 Wahl wird wirksam zum Beginn des Kalendermonats, der auf den Zugang der Wahlerklärung bei der AOK folgt, frühestens jedoch

- zum Beginn des Kalendermonats, der auf den Versicherungsbeginn im laufenden Monat folgt und

- zu dem vom Mitglied gewählten Monatsersten.

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 Tariftteilnahme 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 in Deutschland bzw. im Rahmen einer Kooperation nach § 140 e SGB V entstandenen nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz, sofern dieser von einem Vertragszahnarzt eingegliedert wurde und sowohl das Datum der Erstellung des Heil- und Kostenplans bzw. Kostenvoranschlags als auch das Datum der Eingliederung des Zahnersatzes 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 § 15, § 16 oder § 55 SGB V erstattete bzw. vom Zahnarzt gem. § 87 Abs. 1a Satz 8 SGB V mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechnete Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen 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. Jahr maximal 250,00 EUR
2. Jahr maximal 500,00 EUR
3. Jahr maximal 750,00 EUR

Wird der Kostenerstattungstarif über das dritte Jahr nach Absatz 7 fortgeführt, besteht ein voller Kostenerstattungsanspruch nach Satz 2.

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

ab dem 7. Jahr um 5 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2,

ab dem 10. Jahr um 10 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2,

ab dem 13. Jahr um 20 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2.

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

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tage 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 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 die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Monatsprämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am Monatsersten für den laufenden Kalendermonat fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Monat am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig. Bei jährlicher Zahlungsweise ist die Prämie fällig am 1. des Monats (Zahltag) zu Beginn des jeweiligen Teilnahmejahres. Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Monat wird die Prämie anteilig nach Kalendertagen berechnet; dies gilt sinngemäß in den Fällen des Absatz 7 Satz 3.

Zuviel 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.

- (6) Es gelten folgende Konditionen:

Altersklasse	Monatsprämien in Euro
0 bis 20 Jahre	2,10
21 bis 30 Jahre	6,80
31 bis 40 Jahre	6,80
41 bis 50 Jahre	10,90
51 bis 60 Jahre	10,90
ab 61 Jahre	14,20

Maßgeblich für die Bestimmung der Monatsprämie ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Kalendermonats, für den die Prämie zu entrichten ist.

Die Monatsprämie ist jeweils für das Mitglied und jeden nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, zu entrichten.

Wählt das Mitglied eine jährliche Zahlung im Voraus, wird ein Prämiennachlass in Höhe von 4 v. H. gewährt.

- (7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK die schriftliche Kündigung zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der einjährigen Bindungsfrist; für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der AOK oder wenn der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt; die besondere Regelung für Grenzgänger und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt. Abweichend hiervon ruht die Teilnahme am Tarif ohne Leistungsanspruch und Prämienzahlungen für längstens ein Jahr, wenn der Versicherte aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen zu einer anderen Krankenkasse wechseln muss. Versicherungsunterbrechungen bis zu einem Monat 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.

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 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 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 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 v. H. der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße.

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 NORDWEST - Die Gesundheitskasse den Tarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.

§ 10 i Krankengeld-Wahltarif

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

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

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

- (2) Die Wahl des Krankengeld-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.

Satz 2 gilt auch, wenn beantragt wird, im Tarif KG PLUS das Krankengeld zu erhöhen.

- (3) Folgende Krankengeld-Wahltarife 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 (Tarif 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 (Tarif KG 15).
3. Die in Absatz 1 Nr. 1 genannten Mitglieder, deren beitragspflichtiges Arbeitseinkommen die kalendertägliche Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, können einen ergänzenden Krankengeld-Wahltarif zur Absicherung eines höheren Krankengeldes ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen (Tarif KG PLUS).

- (4) Das Wahltarif-Krankengeld

1. beträgt im Tarif 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 im Tarif KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V und § 14 Abs. 3 dieser Satzung berechnet,
3. beträgt im Tarif KG 15 bei den nach Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitgliedern 70 v. H. des durchschnittlichen täglichen Bruttoarbeitseinkommens, das der Beitragsbemessung für die letzten 12 Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde gelegt wurde; § 47 Abs. 4 Satz 2 bis 4 SGB V gilt,
4. kann im Tarif KG PLUS von 10,- EUR bis 150,- EUR nach Maßgabe des Absatzes 5 Satz 1 Nr. 3 abgeschlossen werden; im gewählten Tarif KG PLUS darf das Wahltarif-Krankengeld zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 SGB V nicht 70 v. H. des Arbeitseinkommens übersteigen.

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

(5) Die Prämie beträgt:

1. für den Tarif KG 22 1,25 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§§ 226 und 240 SGB V) maßgebend sind; für die hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen gelten die „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ des GKV-Spitzenverbandes,
2. für den Tarif KG 15 0,80 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§ 234 SGB V) maßgebend sind.
3. Im Tarif KG PLUS beträgt die Prämie:

KG PLUS je Kalendertag in EUR	Monatliche Prämie in EUR
10,-	5,40
20,-	10,80
30,-	16,20
40,-	21,60
50,-	27,00
60,-	32,40
70,-	37,80
80,-	43,20
90,-	48,60
100,-	54,00
110,-	59,40
120,-	64,80
130,-	70,20
140,-	75,60
150,-	81,00

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 Prämienzahlung endet in den Fällen der Absätze 11 Satz 1 und 3 und 12.

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

1. sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, von diesem Zeitpunkt an bis zum Tage der vollständigen Entrichtung der rückständigen Prämien und der der AOK wegen der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten; eine Zahlung von Krankengeld innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird,
2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; wird die Mitwirkung nachgeholt, wird das Ruhen des Leistungsanspruchs rückwirkend aufgehoben,
3. nach Absatz 12 Nr. 6 ab dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird.

Die §§ 11 Absatz 5, 16, 49, 50, 51, 52 und 52a SGB V gelten entsprechend, soweit in dieser Vorschrift nichts Abweichendes geregelt ist; § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitglieder.

- (8) Für die in Absatz 1 Nr. 1 und 3 genannten Mitglieder besteht kein Krankengeldanspruch, wenn Arbeitsunfähigkeit in den ersten drei Monaten der Teilnahme am Krankengeld-Wahltarif eintritt. Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. Tritt Arbeitsunfähigkeit vor oder innerhalb von 3 Monaten ab Wirksamwerden der Tarifänderung im Sinne des Absatzes 2 Satz 4 ein, dann gelten für die gesamte Dauer der Arbeitsunfähigkeit die bisherigen Tarifbedingungen. Sätze 1 und 3 gelten nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden, der nach Antragstellung eingetreten ist.
- (9) Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahltarif-Krankengeldes angerechnet.
- (10) Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird. Gewählte Tarifänderungen, die das Krankengeld erhöhen oder den Beginn des Anspruchs auf Krankengeld vorverlegen, lösen ab Wirksamwerden eine neue Mindestbindungsfrist von drei Jahren aus.
- (11) Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich. Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:
 1. bei Erhalt von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II,
 2. bei Erhalt von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
 3. bei Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung nach § 807 ZPO,
 4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3 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 Personen ruht der Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 10 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung. Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 1 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf. Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des 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) Mitglieder, die am 31.07.2009 in einem Versicherungsverhältnis mit Anspruch auf Krankengeld nach einem zu diesem Zeitpunkt geltenden Krankengeld-Wahltarif standen, können bis zum 31.01.2010 rückwirkend zum 01.08.2009 unter den Bedingungen dieser Vorschrift einen Krankengeld-Wahltarif wählen. Der Krankengeld-Wahltarif wird in diesen Fällen ab 01.08.2009 wirksam. Wird die Frist versäumt, gilt Absatz 2 Satz 2. Abweichend von Satz 1 können Versicherte, die am 31.07.2009 Leistungen aus einem Krankengeld-Wahltarif bezogen haben, innerhalb von 8 Wochen nach dem Ende des Leistungsbezugs rückwirkend zu dem Tag, der auf den letzten Tag des Leistungsbezugs folgt, den Krankengeld-Wahltarif unter den Bedingungen dieser Vorschrift wählen.
- (15) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.

§ 10 j

Wahltarif bei Teilkostenerstattung

- (1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 7 SGB V an. Der Wahltarif hat die Prämienzahlung als Äquivalent für den mit einer Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V in Verbindung mit § 16 verbundenen geminderten Leistungsanspruch zum Gegenstand.

- (2) Freiwillig versicherte Angestellte, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind (DO-Angestellte) und die die Teilkostenerstattung nach § 16 gewählt haben, können den Tarif wählen. Satz 1 gilt auch für freiwillig versicherte im Ruhestand befindliche DO-Angestellte, für freiwillig versicherte Hinterbliebene von DO-Angestellten sowie Personen, die als Rentenbezieher der Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V unterliegen, sofern sie Versorgungsbezüge nach Maßgabe der Dienstordnung erhalten, und die die Teilkostenerstattung nach § 16 gewählt haben.
- (3) Die Erklärung zur Wahl der Teilkostenerstattung nach § 16 gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifs, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich in Schriftform.

Bei Mitgliedern, deren Anspruch auf Teilkostenerstattung vor dem 1. Januar 2009 begann, gilt der Tarif ebenfalls als gewählt, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform. Die Erklärung zur Wahl des Tarifs in den Fällen, in denen das Mitglied der Teilnahme am Tarif zunächst widersprochen hat, bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt in diesen Fällen mit Beginn des nächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK zugeht, jedoch nicht vor Beginn des Anspruchs auf Teilkostenerstattung und frühestens zu dem vom Mitglied gewählten Datum.

- (4) Das Mitglied ist an die Wahl des Tarifs drei Jahre vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist).
- (5) Mitgliedern, die den Tarif gewählt haben, wird nach Maßgabe der Absätze 6 bis 8 für die Dauer der Teilnahme monatlich eine Prämie gezahlt.

Die Prämie wird zweckgebunden gewährt und am gleichen Tag fällig wie der Beitrag gemäß § 22 der Satzung. Sie wird dementsprechend unmittelbar bei Fälligkeit durch die AOK für den Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) vereinnahmt. Abweichend hiervon wird die Prämie vorrangig mit Ansprüchen auf Rückerstattung von Prämien gemäß Abs. 8 Satz 2 aufgerechnet.

- (6) Bemessungsgrundlage für die Prämie sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 240 SGB V; die §§ 223 und 238 a SGB V gelten entsprechend. Bei Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Prämie bleiben folgende Einnahmen unberücksichtigt:
1. Sozialleistungen, die nach § 224 SGB V beitragsfrei sind.
 2. Arbeitsentgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung (§ 249 b SGB V).
 3. Sozialleistungen, aus denen Beiträge zu erheben sind, die von Dritten getragen werden (§ 251 SGB V).
- (7) Die Prämie wird durch Multiplikation der Bemessungsgrundlage mit dem für die jeweilige Einnahmeart maßgeblichen Prämienatz ermittelt. Der Prämienatz beträgt für:
- a) Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 228 SGB V): 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V.
 - b) Versorgungsbezüge (§ 229 SGB V): 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V.
 - c) Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbständigen Tätigkeit, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird: 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V.

d) alle weiteren der Bemessungsgrundlage hinzuzurechnenden Einnahmen: 50 v. H. des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 SGB V.

- (8) Sofern Beiträge zur Krankenversicherung nachzuberechnen sind, ist die Prämie für den Zeitraum der Nachberechnung rückwirkend entsprechend zu erhöhen; Absatz 5 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

Sofern Beiträge zur Krankenversicherung erstattet werden, ist die Prämie für den Zeitraum der Beitragserstattung rückwirkend entsprechend zu reduzieren.

- (9) Die Teilnahme am Tarif kann durch das Mitglied schriftlich gekündigt werden; sie endet mit Ablauf des Monats, in dem sie der AOK zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist. Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Teilkostenversicherung bei der AOK.
- (10) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist schriftlich kündigen, wenn das Mitglied nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Teilnahme am Tarif eine unbillige Härte darstellt. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Monats, in dem die Kündigung der AOK zugeht.

§ 10 k

Wahltarif Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt

- (1) Mitglieder mit Wohnsitz in Deutschland sowie in Deutschland versicherungspflichtig beschäftigte Mitglieder 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 einschließlich 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; 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; ggf. nach §§ 13 und 14 oder §§ 17 und 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 hinaus gehen, 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).

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

Folgende Leistungen werden im Rahmen des Tarifs nicht erstattet:

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

Eine Kostenerstattung ist außerdem nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben haben oder eine Leistung dort bewusst anstelle einer Leistung im Inland in Anspruch genommen haben.

Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage der Nachweise grundsätzlich im Original; es gilt § 19 Abs. 2 SGB X. Die Kostenerstattung ist nicht auf Behandlungsfälle in Ländern beschränkt, in denen im Rahmen des über- bzw. zwischenstaatlichen Rechts Sachleis-

tungsaushilfe 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. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von sechs Wochen hinaus besteht keine Leistungspflicht.

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 Ruhezeitraumes 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. Zuviel 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.

- (6) Es gelten folgende Prämien:

Altersklasse	Jahresprämie in Euro
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	6,00
ab Vollendung des 65. Lebensjahres	12,00

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

Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK eine Ermächtigung zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Prämien zu erteilen. Sämtliche Zahlungen, unabhängig davon, ob sie ein Mitglied oder familienversicherte Teilnehmer betreffen, werden mit schuldbefreiender Wirkung auf das vom Mitglied angegebene Bankkonto überwiesen.

- (7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK die schriftliche Kündigung zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der einjährigen Bindungsfrist; für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der AOK oder wenn der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt; die besondere Regelung für Grenzgänger und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt. Versicherungsunterbrechungen bis zu zwei Monaten sind für die Durchführung des 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 2 und 3 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 Arbeitslo-

sengeld 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 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 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 v. H. der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße. 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 NORDWEST - Die Gesundheitskasse den Tarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.

§ 10 I AOK-Bonus-Wahltarif

- (1) Die AOK bietet im Rahmen eines Wahltarifs nach § 53 SGB V Bonuszahlungen für einen Selbstbehalt in Verbindung mit der Nichtinanspruchnahme von Leistungen und gesundheitsbewusstem Verhalten (§ 65 a SGB V) an. Auf den Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ist § 65 a Abs. 3 SGB V anwendbar, im übrigen gilt § 53 Abs. 9 SGB V.

- (2) Die Bonuszahlungen stehen unter folgenden Voraussetzungen zu:

- a) Grundbonus von 100 EUR (Selbstbehalt):

Die Mitglieder tragen für sich Eigenbeteiligungen bis zu einem Höchstbetrag von 250,00 EUR kalenderjährlich. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 25,00 EUR und je Krankenhausbehandlung 50,00 EUR. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich der Geburt anfallen, werden nicht mit Eigenbeteiligung belegt. Für Mitglieder mit einem monatlichen Einkommen über einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V gelten Satz 1 bis 3 mit der Maßgabe, dass der Höchstbetrag 350,00 EUR und die Eigenbeteiligung je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 35,00 EUR betragen. Ein Wechsel in eine andere Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds zum Beginn des auf den Antrag folgenden Kalenderjahres möglich.

b) Der Grundbonus erhöht sich wegen Nichtinanspruchnahme von Leistungen:

- um 10,00 EUR, wenn in dem für die Bonusberechnung maßgeblichen Kalenderjahr,
- um 20,00 EUR, wenn in dem für die Bonusberechnung maßgeblichen Kalenderjahr und im Vorjahr,
- um 30,00 EUR, wenn in dem für die Bonusberechnung maßgeblichen Kalenderjahr und den beiden Vorjahren

das Mitglied ambulante Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, oder Krankenhausbehandlung nicht in Anspruch nimmt. Für Mitglieder mit einem monatlichen Einkommen über einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V gelten Satz 1 und 2 mit der Maßgabe, dass der Grundbonus 200,00 EUR beträgt.

Der Auszahlungsbetrag darf 20 v. H. der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten.

c) Gesundheitsbonus:

Mitgliedern steht darüber hinaus ein Gesundheitsbonus in Höhe von 70,00 EUR kalenderjährlich zu, wenn sie die nach § 25 SGB V möglichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, die Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und die in § 20 d Abs. 1 SGB V i. V. mit den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Schutzimpfungen für Tetanus, Grippe und Pneumokokken nachweisen. Statt dessen genügt den Mitgliedern der Nachweis körperlicher Fitness durch einen sportwissenschaftlich entwickelten Walkingtest, Ergometertest oder durch Vorlage eines Leistungsabzeichens des Deutschen Sportbundes, des Deutschen Leichtathletikverbandes, des Deutschen Schwimmverbandes oder des Bundes Deutscher Radfahrer. Andere Nachweise der körperlichen Fitness können im Einzelfall anerkannt werden. Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen dürfen nicht älter als ein Jahr sein.

- (3) Die AOK zahlt die Summe der Boni aus dem Wahltarif Selbstbehalt und dem Bonusprogramm für das Kalenderjahr bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres. Von der zu zahlenden Bonussumme ist ggf. die Eigenbeteiligung abzuziehen. Ist die Summe der Eigenbeteiligungen höher als die der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 14 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig, auch wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe eines Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus, der Gesundheitsbonus und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.

Die AOK kann dem Mitglied auf Antrag eine Vorauszahlung in Höhe von bis zu 100,00 EUR auf künftige Grundboni im Kalenderjahr zahlen. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt.

- (4) Die Erklärung zur Wahl des Tarifs bedarf der Schriftform. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft und frühestens zu dem vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Die in Abs. 2 genannten Tarifausprägungen sind nur zusammen wählbar.

- (5) Die gleichzeitige Teilnahme am Bonus-Wahltarif und am AOK-Selbstbehalttarif nach § 10 a dieser Satzung ist ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen ist eine gleichzeitige Teilnahme am Bonus-Wahltarif und am AOK-Bonustarif (§ 10 b) sowie eine gleichzeitige Teilnahme am Bonus-Wahltarif und am AOK-Familienbonus (§ 10 d).

Nimmt das Mitglied bei Wahl des Tarifs bereits am AOK-Bonustarif nach § 10 b oder am AOK-Familienbonus nach § 10 d dieser Satzung teil, endet die Teilnahme am AOK-Bonustarif bzw. am AOK-Familienbonus mit Beginn der Teilnahme am Bonus-Wahltarif.

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.

- (6) Das Mitglied ist an die Wahl des Tarifs drei Jahre vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist).

Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK die schriftliche Kündigung zugeht, frühestens jedoch mit Ablauf der Bindungsfrist; für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Beginn einer rechtmäßigen Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse oder mit Beginn der Teilnahme am AOK-Selbstbehalttarif nach § 10 a dieser Satzung.

- (7) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Teilnahme für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt; das Nähere ergibt sich aus Absatz 8. Eine vorzeitige Kündigung des Tarifs ist auch bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI möglich. Die Teilnahme endet in diesen Fällen zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats; Absatz 6 Satz 3 gilt entsprechend.

- (8) Eine unbillige Härte ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn das Mitglied 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. In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass regelmäßig nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 v. H. der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße. 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 sowie die im gleichen

Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

- (9) Mitgliedern, die unmittelbar vor Teilnahme am AOK-Bonus-Wahltarif am AOK-Bonustarif nach § 10 b der Satzung teilgenommen haben, bleibt ein dort erworbener zusätzlicher Bonus nach § 10 b Abs. 3 Satz 2 der Satzung erhalten.

§ 10 m

Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Die AOK führt in Unternehmen nach Maßgabe des § 20a SGB V Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch. Zusätzlich kann die AOK mit Arbeitgebern, mit denen sie ein Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung vereinbart hat oder die vergleichbare Maßnahmen ohne Initiative bzw. Beteiligung einer Krankenkasse durchführen, eine Bonusvereinbarung abschließen, wenn das Unternehmen die Anforderungen an Betriebe des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung erfüllt. Die Einzelheiten regelt eine Vereinbarung zwischen der AOK und dem Arbeitgeber, die nach Maßgabe eines von der AOK festgelegten Punktbewertungssystems einen Bonus für den Arbeitgeber vorsieht.
- (2) Voraussetzung für den Abschluss einer Bonusvereinbarung ist, dass
- die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht bereits Gegenstand von Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind,
 - das Unternehmen eigene finanzielle und/oder personelle Ressourcen für die Maßnahmen zur Verfügung stellt.
- (3) Der Bonus ist vom Arbeitgeber vollständig für Maßnahmen zu verwenden, die nach Maßgabe der grundsätzlichen Anforderungen des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter dienen. Dies umfasst die Handlungsfelder individuelle Gesundheit, Arbeitsumgebung, Aspekte der Arbeitsorganisation und Führung sowie professionelle Kompetenz. Der Bonus beträgt maximal 10.000 EUR. Er wird für die vereinbarte Projektdauer bzw. die in der Bonusvereinbarung zugrunde gelegten Maßnahmen nur einmal gewährt und darf die nachgewiesenen Aufwendungen des Arbeitgebers nicht überschreiten.

§ 11

Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten

Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V) zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss von 13,00 EUR täglich. Für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 EUR täglich.

§ 12

Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

- (1) Die AOK übernimmt bei aus medizinischen Gründen erforderlichen Vorsorgeleistungen (§ 24 SGB V) oder Leistungen der Rehabilitation (§ 41 SGB V) für Mütter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung die Kosten in

Höhe des vereinbarten Pflegesatzes. Die Leistung kann auch als Mutter-Kind-Maßnahme oder in geeigneten Einrichtungen als Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt werden.

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

§ 13

Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

- (1) Außer in den in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen stellt die AOK Haushaltshilfe auch dann zur Verfügung, wenn
1. nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen, oder
 2. nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch besteht zeitlich unbegrenzt.
- (2) Darüber hinaus kann in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung gestellt werden, wenn dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen Krankheit nicht möglich ist.
- (3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

§ 14

Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V

- (1) Freiwillig versicherte Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, haben Anspruch auf Krankengeld nach den für versicherungspflichtige Arbeitnehmer maßgebenden Regelungen des SGB V.
- (2) Einen Krankengeldanspruch können wählen
1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind,
 2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter).
- (3) Kann bei einem versicherungspflichtigen oder freiwilligen Mitglied Krankengeld nicht nach § 47 Abs. 2 SGB V berechnet werden, weil eine kontinuierliche Arbeitsverrichtung oder -vergütung nicht vorliegt, wird das Krankengeld
1. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Lohnausfall gezahlt,

2. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung aus dem abgerechneten Entgelt des Zeitraumes berechnet, der die durchschnittlichen Verhältnisse widerspiegelt (längstens der letzten 12 Monate).

§ 15 Kostenerstattung

- (1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden. Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer ist möglich, wenn die AOK zuvor zugestimmt hat.
- (2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK unter Verwendung des dafür bereit gestellten Vordruckes. Die gewählte Kostenerstattung beginnt frühestens mit dessen Zugang und 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 von Leistungen, die in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bzw. (EG) Nr. 883/04 in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, in Anspruch genommen werden, nach Maßgabe des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind.
- (4) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend
 - a) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H.
 - b) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 7,5 v. H.

zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag höchstens 40 EUR beträgt.

- (5) Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. Absatz 2 findet keine Anwendung. Bei der Berechnung des Erstattungsbetrages werden die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und ein Abschlag für Verwaltungskosten nach Absatz 4 berücksichtigt sowie anfallende Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V und die der AOK aufgrund eines Vertrages nach § 130 a Abs. 8 SGB V entgangenen Rabatte in Höhe einer sich in Abhängigkeit von den getroffenen Vereinbarungen ergebenden Pauschale. Die Summe der Minderungsbeträge nach Satz 3 beträgt je Antrag mindestens fünf EUR.
- (6) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 16 Teilkostenerstattung

- (1) Freiwillig versicherte Angestellte, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind (DO-Angestellte), erhalten, soweit sie vom Wahlrecht des § 14 Abs. 2 SGB V Gebrauch gemacht haben, eine Teilkostenerstattung. Sie wird für die Aufwendungen gewährt, denen Leistungen zugrunde liegen, die im Sozialgesetzbuch dem Grunde nach vorgesehen sind.
- (2) Die Entscheidung der Angestellten ist schriftlich zu erklären; sie wirkt bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das dem der Erklärung nachfolgt. Die Wirkungsdauer der Erklärung verlängert sich um jeweils zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des jeweiligen Zeitraums keine gegenteilige Erklärung vorliegt.
- (3) Teilkostenerstattung wird - vorbehaltlich des Absatzes 4 - in Höhe des Vomhundertsatzes gewährt, der den nicht durch die Beihilfe gedeckten Aufwendungen des Erstattungsberechtigten im Verhältnis zu den vollen Kassenleistungen entspricht. Maßgebend für die Feststellung des Erstattungsbetrages sind die Kosten der Kassenleistung. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind in voller Höhe zu leisten.
- (4) Bei stationärer Krankenhausbehandlung und Zahnersatzleistungen beträgt die Erstattung bis zu 50 v. H. der Kosten für die entsprechende Kassenleistung. Kostenerstattung und die ohne Berücksichtigung des Teilkostenerstattungsanspruchs zustehende Beihilfe dürfen hierbei die beihilfefähigen Gesamtaufwendungen nicht überschreiten. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind in voller Höhe zu leisten.
- (5) Der Beihilfeanspruch bleibt jeweils unberührt. Bei unmittelbarer Inanspruchnahme von Kassenleistungen sind die auf die Beihilfe entfallenden Anteilsbeträge der Aufwendungen festzustellen und auf den Sachbuchkonten zu vereinnahmen. Für die Durchführung des Erstattungsverfahrens gelten die Regelungen der einschlägigen Beihilfebestimmungen entsprechend. Das Nähere bestimmt der Vorstand.
- (6) Die Absätze 1 bis 5 gelten auch für im Ruhestand befindliche ehemalige DO-Angestellte sowie für Hinterbliebene von DO-Angestellten.

§ 17 Empfangsberechtigung

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

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

Der Inhaber der Unterlagen hat sich auf Verlangen auszuweisen

§ 18

Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

- (1) Die AOK unterstützt ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen infolge von Behandlungsfehlern. Die Unterstützung setzt grundsätzlich voraus, dass der Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen einer gesetzlichen Krankenkasse entstanden ist.
- (2) Die Unterstützung beinhaltet die Hilfe bei der Aufklärung des Sachverhalts, dessen Prüfung unter juristischen und medizinischen Aspekten sowie eine allgemeine Aufklärung der Versicherten über die ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten.
- (3) Liegt ein hinreichender Verdacht auf Vorliegen eines Behandlungsfehlers vor, kann die AOK eine medizinische Begutachtung veranlassen und informiert über die Möglichkeiten der Rechtsverfolgung.

§ 19

Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Von dem Leistungsausschluss nicht betroffen ist die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 kann die AOK 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 12 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.

Vierter Abschnitt: Beiträge

§ 20

Beitragssätze

- (1) Es gilt der allgemeine Beitragssatz gemäß § 241 SGB V.
- (2) Es gilt der ermäßigte Beitragssatz gemäß § 243 SGB V.

§ 21

Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder

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

§ 22

Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

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

§ 23

Stundung und Erhebung von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

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

1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
2. unter den in Satz 2 und 3 genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Ende des Monats, der der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht vorangeht, auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Abs. 4 a SGB V zu zahlen ist,
3. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.

Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als drei Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 24

Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

- (1) Der Arbeitgeber bzw. der nach § 28 m SGB IV Verpflichtete hat der AOK spätestens zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Beiträge einen Beitragsnachweis einzureichen.

- (2) Die Zahlstelle von Versorgungsbezügen hat der AOK innerhalb von einer Woche nach dem in § 256 Abs. 1 Satz 2 SGB V bestimmten Zahltag einen Beitragsnachweis einzureichen.

§ 25 Vorschüsse

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

Vorschüsse in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrages bis zu drei Monaten fordern. Dabei ist eine Frist von mindestens drei Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

§ 26 Erstattungen

Beitragserstattungen nach § 231 SGB V werden zu Beginn eines Jahres für das jeweilige Vorjahr vorgenommen.

Fünfter Abschnitt: Widerspruchsstelle

§ 27 Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

- (1) Die Aufgaben der Widerspruchsstelle werden durch besondere Ausschüsse nach § 36 a SGB IV (Widerspruchsausschüsse) wahrgenommen. Widerspruchsausschüsse werden bei der Direktion und bei den Regionaldirektionen gebildet. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bei der Direktion und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat bestellt, die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bei den Regionaldirektionen und ihre Stellvertreter von dem jeweiligen Regionalbeirat.
- (2) Den Widerspruchsausschüssen gehören je ein Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber an, außerdem - mit beratender Stimme - dem Widerspruchsausschuss bei der Direktion der Vorsitzende des Vorstandes oder ein von ihm Beauftragter, den Widerspruchsausschüssen bei den Regionaldirektionen der jeweilige Regionaldirektor oder ein

von ihm Beauftragter; die Vertreter jeder Gruppe im Verwaltungsrat bzw. im jeweiligen Regionalbeirat können einen weiteren Vertreter ihrer Gruppe wählen, der dem Widerspruchsausschuss mit beratender Stimme angehört. Zu Mitgliedern der Widerspruchsausschüsse können nur Mitglieder des Verwaltungsrates bzw. der Regionalbeiräte bestellt werden. Für jedes Mitglied der Widerspruchsausschüsse sind zwei Stellvertreter zu bestimmen; Satz 2 gilt entsprechend.

- (3) Die Widerspruchsausschüsse entscheiden über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist. Näheres über die Führung der Geschäfte der Widerspruchsausschüsse wird in einer Geschäftsordnung geregelt, die vom Verwaltungsrat beschlossen wird und für alle Widerspruchsausschüsse verbindlich ist.
- (4) Die Widerspruchsausschüsse bei den Regionaldirektionen entscheiden über Widersprüche vorbehaltlich des Satzes 3. Örtlich zuständig ist die Regionaldirektion, die die angefochtene Entscheidung getroffen hat. Der Widerspruchsausschuss bei der Direktion ist zuständig für solche Widersprüche, die nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften einem AOK-Landesverband zur Entscheidung übertragen sind, und für Widersprüche gegen andere Verwaltungsakte der Direktion.
- (5) Für die Widerspruchsausschüsse bzw. ihre ehrenamtlichen Mitglieder gelten u. a. die gesetzlichen und satzungsmäßigen Regelungen über Führung des Ehrenamtes, Amtsdauer, Amtsverlust, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung entsprechend. Der Vorsitz in den Widerspruchsausschüssen wird abwechselnd von Sitzung zu Sitzung von dem stimmberechtigten Vertreter der Versicherten oder dem stimmberechtigten Vertreter der Arbeitgeber geführt.
- (6) Die Widerspruchsausschüsse nehmen zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (OWiG) wahr (§ 112 Abs. 2 SGB IV).

Sechster Abschnitt: Mitgliedschaften und Zusammenwirken

§ 28 Mitgliedschaften

- (1) Die AOK ist Mitglied des GKV-Spitzenverbandes und Gesellschafterin des AOK-Bundesverbandes.
- (2) Die AOK kann anderen Verbänden, Vereinigungen, Arbeitsgemeinschaften und Organisationen beitreten, die Aufgaben oder Interessen der AOK oder der Sozialversicherung mit sozial- bzw. gesundheitspolitischer Zielsetzung wahrnehmen, oder solche bilden.

§ 29 Zusammenwirken

- (1) Zur Förderung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des AOK-Systems arbeitet die AOK - insbesondere in ihrer Rechtsstellung als Landesverband - eng mit dem AOK-Bundesverband zusammen. Sie hat bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben gemeinsame Interessen zu berücksichtigen.
- (2) Ferner arbeitet die AOK im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Krankenkassen und Landesorganisationen

der anderen Kassenarten sowie mit Einrichtungen des Gesundheitswesens in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein zusammen.

Siebter Abschnitt: Organisationsstruktur und Selbstverwaltung

§ 30 Organisationsstruktur

(1) Die AOK gliedert sich in

- eine Direktion
 - eine Landesdirektion für das Land Schleswig-Holstein
- und
- Regionaldirektionen.

Die Direktion hat ihren Sitz in Dortmund. Die Landesdirektion hat ihren Sitz in Kiel. Sie ist Bestandteil der Direktion. Der Bevollmächtigte des Vorstandes leitet die Landesdirektion. Der Bevollmächtigte des Vorstandes wird im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat vom Vorstand bestellt.

(2) Je eine Regionaldirektion besteht für folgende Kreise bzw. kreisfreie Städte des Landes Nordrhein-Westfalen

1. Minden-Lübbecke und Herford
2. Bielefeld und Gütersloh
3. Lippe
4. Höxter und Paderborn
5. Borken und Steinfurt
6. Coesfeld, Münster und Warendorf
7. Bottrop, Gelsenkirchen und Recklinghausen
8. Bochum, Dortmund und Herne
9. Hamm und Unna
10. Hagen und Ennepe-Ruhr-Kreis
11. Märkischer Kreis
12. Hochsauerland und Lippstadt-Soest
13. Olpe und Siegerland-Wittgenstein

Im Land Schleswig-Holstein bestehen folgende Regionaldirektionen:

1. Regionaldirektion Flensburg
2. Regionaldirektion Neumünster
3. Regionaldirektion Ahrensburg
4. Regionaldirektion Itzehoe

(3) In den Regionaldirektionen werden Niederlassungen und Kundencenter unterhalten, deren Zahl sich vor allem an den Erfordernissen einer kundennahen Betreuung der Versicherten und deren Arbeitgeber orientiert.

§ 31 Organe der AOK

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

§ 32 Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 33 Abs. 1 und 3 SGB IV, § 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 a und 1 b SGB V).
 - (2) Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber (§ 43 Abs. 1 i. V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV).
 - (3) Die Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich zum 1. April (§ 62 Abs. 3 SGB IV). Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende dürfen nicht derselben Gruppe angehören.
 - (4) Für die Stellvertretung verhinderter Mitglieder des Verwaltungsrates gilt § 43 Abs. 2 i. V. m. § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV.
 - (5) Die Sitzungen des Verwaltungsrates finden nach Bedarf statt, mindestens jedoch dreimal jährlich. Der Verwaltungsrat wird unverzüglich zu einer Sitzung einberufen, wenn
 - a) es der Vorsitzende des Verwaltungsrates und der stellvertretende Vorsitzende gemeinsam für notwendig halten,
 - b) mindestens ein Drittel der stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates es verlangt,
 - c) der Vorstand es beantragt oder
 - d) die Aufsichtsbehörde es verlangt.
- Der Vorsitzende des Verwaltungsrates beruft in Abstimmung mit dem stellvertretenden Vorsitzenden zu den Sitzungen ein.
- (6) An den Sitzungen des Verwaltungsrates nehmen die Mitglieder des Vorstandes teil. Zur Teilnahme sind auch beauftragte Mitarbeiter der AOK berechtigt. Sofern aus der Mitte des Verwaltungsrates beantragt wird, die Mitglieder des Vorstandes oder beauftragte Mitarbeiter für einzelne Punkte der Tagesordnung von der Teilnahme an der Sitzung auszuschließen, ist deren weitere Anwesenheit nur zulässig, wenn die Mehrheit der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates für ihre weitere Teilnahme stimmt.
 - (7) Die Sitzungen des Verwaltungsrates sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nicht-öffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben.

(8) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:

1. Grundsatzentscheidungen zur gesundheits-, sozial- und unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK und Abstimmung der entsprechenden Strategieziele mit dem Vorstand,
2. Kontrolle des Vorstandes u. a. durch die Entgegennahme seiner Berichte nach § 33 Abs. 3
 - a) über die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen des Verwaltungsrates,
 - b) über die finanzielle Situation der AOK und ihre voraussichtliche Entwicklung sowie
 - c) darüber, ob und inwieweit die abgestimmten Strategieziele erreicht wurden.
3. Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates (§ 62 SGB IV),
4. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat (§ 63 Abs. 1 SGB IV),
5. Wahl des Vorstandes, seines Vorsitzenden und dessen Stellvertreters (§ 35 a Abs. 5 SGB IV),
6. Bestellung der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des Widerspruchsausschusses bei der Direktion (§ 36 a SGB IV i. V. m. § 27),
7. Wahl der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Regionalbeiräte (§ 35 Abs. 3),
8. Wahl der Vertreter im Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (§ 279 Abs. 2 SGB V),
9. Änderung der Satzung (§ 33 Abs. 1 und 3 SGB IV und § 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
10. Entscheidung über Veränderung der Zahl und der Abgrenzungen der Regionaldirektionen (§ 30 Abs. 2),
11. Festsetzung der Entschädigungsregelung nach § 36 Abs. 2 (§ 194 Abs. 1 Nr. 8 SGB V),
12. Zustimmung zur Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung einschließlich des Stellenplans (§ 355 RVO),
13. Feststellung des Haushaltsplans (§ 70 Abs. 1 Satz 2 SGB IV und § 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
14. Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung,
15. Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IV und § 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
16. Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
17. Wahl der Vertreter im Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes,

18. Bestellung oder Benennung von Vertretern des Verwaltungsrates in Ausschüssen und Einrichtungen,
 19. Amtsentbindung und Amtsenthebung gemäß § 59 i. V. m. § 33 Abs. 3 Satz 3 und gemäß § 35 a Abs. 7 SGB IV,
 20. Feststellung, dass ein als Nachfolger eines ausgeschiedenen Mitglieds bzw. eines stellvertretenden ausgeschiedenen Mitglieds des Verwaltungsrates vorgeschlagener Mitglied des Verwaltungsrates geworden ist (§ 60 Abs. 3 i. V. m. § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).
- (9) Der Verwaltungsrat ist, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen und zwei Drittel der stimmberechtigten Mitglieder, jedoch mehr als die Hälfte aus jeder Gruppe, anwesend sind. Bei Beschlussunfähigkeit ist binnen zwei Wochen zu einer erneuten Sitzung einzuladen; der Vorsitzende des Verwaltungsrates kann anordnen, dass auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 vorgesehene Mehrheit nicht anwesend ist; hierauf ist in der Einladung hinzuweisen.
 - (10) Beschlüsse werden, soweit durch Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt ist, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Zur Änderung der Satzung bedarf es der Zustimmung von zwei Dritteln der satzungsmäßigen Mitgliederzahl des Verwaltungsrates. Auf Antrag kann geheime Abstimmung beschlossen werden. Stimmenthaltungen und ungültige Stimmen gelten als nicht abgegebene Stimmen. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 - (11) Über die Sitzungen des Verwaltungsrates werden Niederschriften gefertigt. Näheres bestimmt die Geschäftsordnung.
 - (12) Im Einvernehmen der alternierenden Vorsitzenden kann der Verwaltungsrat schriftlich abstimmen über
 - a) Änderungen der Satzung und der Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
 - b) Änderungen der Satzung und der Dienstordnung sowie Änderung von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts zur Beseitigung von offenbaren Unrichtigkeiten handelt,
 - c) Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,
 - d) von ihm bestimmte 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 oder ein Drittel der Vertreter einer der beiden Gruppen der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen. Ergibt sich bei der schriftlichen Abstimmung Stimmengleichheit, 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.

- (13) Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden (§ 197 Abs. 3 SGB V); sie sind je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammengesetzt. Soweit es sich nicht um Gegenstände der autonomen Rechtsetzung handelt, können die Fachausschüsse auch zur Erledigung einzelner Aufgaben ermächtigt werden (§ 66 SGB IV). Zu den Sitzungen dieser Ausschüsse können sonstige Personen als Sachverständige hinzugezogen werden. Im Übrigen gilt Absatz 6 entsprechend. Die Beschlüsse und Beratungsergebnisse sind dem Verwaltungsrat zuzuleiten. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.
- (14) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere:
1. Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht verstoßen (§ 38 SGB IV),
 2. Ausübung des Wahlrechts der AOK als Arbeitgeberin bei den Sozialversicherungswahlen,
 3. Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei der Ergänzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB IV),
 4. Benachrichtigung über Änderungen in der Zusammensetzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 3 Satz 1 i. V. m. § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).

§ 33 Vorstand

- (1) Der Verwaltungsrat wählt einen aus drei Personen bestehenden Vorstand sowie aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter (§ 35 a Abs. 5 Satz 1 SGB IV). Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; Wiederwahl ist möglich (§ 35 a Abs. 3 SGB IV).
- (2) Der Vorstand führt hauptamtlich die Geschäfte der AOK (§ 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig (§ 35 a Abs. 4 Satz 2 SGB IV). Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien führt jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich (§ 35 a Abs. 1 Satz 3 SGB IV). Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand, bei Stimmgleichheit der Vorsitzende (§ 35 a Abs. 1 Satz 4 SGB IV).
- (3) Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat zu berichten (§ 32 Abs. 8 Nr. 2)
1. über die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen des Verwaltungsrates,
 2. über die finanzielle Situation der AOK und ihre voraussichtliche Entwicklung sowie
 3. darüber, ob und inwieweit die abgestimmten Strategieziele erreicht wurden.
- Außerdem ist den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.
- (4) Der Vorsitzende des Vorstandes - im Verhinderungsfall sein Stellvertreter - vertritt die AOK in der Gesellschafterversammlung des AOK Bundesverbandes. Soweit Beschlüsse der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes nicht der Zustimmung des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes bedürfen, hat der Vorstand unverzüglich nach

Einberufung der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes die Zustimmung des Organisations-, Finanz- und Grundsatzausschusses des Verwaltungsrates zur Ausübung der Gesellschafterrechte einzuholen. Auf Antrag der einfachen Mehrheit der stimmberechtigten Arbeitgeber- oder Versichertenvertreter im Organisations-, Finanz- und Grundsatzausschuss entscheidet der Verwaltungsrat.

§ 34 Vertretung der AOK

- (1) Der Vorstand vertritt die AOK unbeschadet der Absätze 2 und 3 gerichtlich und außergerichtlich (§ 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).
- (2) Soweit nicht gesetzliche oder satzungsrechtliche Bestimmungen entgegenstehen, kann jedes Mitglied des Vorstandes die AOK vertreten (§ 35 a Abs. 1 Satz 2 SGB IV).
- (3) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern (§ 33 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB IV, § 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Das Vertretungsrecht wird durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

§ 35 Regionalbeiräte

- (1) Bei jeder Regionaldirektion wird zur Stärkung des Regionalbezuges der AOK ein Regionalbeirat gebildet. Dieser besteht aus je 7 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.
- (2) Der Regionaldirektor, im Verhinderungsfall sein Stellvertreter, gehört dem Regionalbeirat mit beratender Stimme an.
- (3) Die Vertreter der Versicherten werden von den im Verwaltungsrat amtierenden Vertretern der Versicherten, die Vertreter der Arbeitgeber von den im Verwaltungsrat amtierenden Vertretern der Arbeitgeber gewählt. Dasselbe gilt für die Stellvertreter.
- (4) Für die Wahl des Vorsitzenden des Regionalbeirates und seines Stellvertreters gilt § 62 SGB IV entsprechend. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz von Jahr zu Jahr jeweils zum 1. April. Die Wahl der Vorsitzenden erfolgt aus den Gruppen.
- (5) Für die Regionalbeiräte bzw. ihre stimmberechtigten Mitglieder gelten die gesetzlichen Vorschriften über die Wählbarkeit als Verwaltungsratsmitglied, über Führung des Ehrenamtes, Amtsdauer, Amtsverlust, Ergänzung, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung entsprechend; für die Stellvertretung verhinderter Mitglieder gilt § 43 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB IV i. V. m. § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV entsprechend.
- (6) Den Regionalbeiräten obliegen insbesondere folgende Aufgaben:
 1. Gesundheitspolitische Beratung der Regionaldirektion, insbesondere Vermittlung von Erfahrungen und Erwartungen aus dem kommunalpolitischen Leben sowie aus Arbeitswelt und Wirtschaft einschließlich Handwerk,
 2. Beratende Mitwirkung bei der Vorbereitung des Regionalbudgets als Teil des Gesamthaushaltes der AOK,

3. Beratung der Ergebnisse der unternehmenspolitischen Jahresbilanz der Regionaldirektion entsprechend der Gesamtzielabsprache der AOK,
 4. Auswertung der regionalen Krankheitsdaten und Mitwirkung bei der regionalen Gesundheitsberichtserstattung,
 5. Beratende Mitwirkung bei grundsätzlichen Fragen der medizinischen Versorgung in der Region,
 6. Beratende Mitwirkung bei der Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung in der Region,
 7. Begleitung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsverhütung in der Region,
 8. Beratende Mitwirkung bei der Herstellung von Transparenz der Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Vorschläge zur Beseitigung,
 9. Beratende Mitwirkung bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung gemäß § 20 SGB V,
 10. Zusammenarbeit mit den Beteiligten vor Ort bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen,
 11. Beratende Mitwirkung bei der gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit in der Region, auch zur Unterstützung der Unternehmenspolitik der AOK,
 12. Bestellung der Mitglieder und der stellvertretenden Mitglieder des Widerspruchsausschusses bei der Regionaldirektion (§ 36 a SGB IV i.V. m. § 27).
- (7) Die Sitzungen der Regionalbeiräte finden nach Bedarf statt; sie sollten grundsätzlich zweimal jährlich stattfinden. Der Regionalbeirat wird unverzüglich zu einer Sitzung einberufen, wenn mindestens ein Drittel seiner stimmberechtigten Mitglieder es verlangt. Der Vorsitzende des Regionalbeirates beruft im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden zu den Sitzungen ein.
- (8) Ein Regionalbeirat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen wurden und mehr als die Hälfte jeder Gruppe anwesend ist.
- (9) Näheres über die Führung der Geschäfte der Regionalbeiräte wird in einer Geschäftsordnung geregelt, die vom Verwaltungsrat beschlossen wird und für alle Regionalbeiräte verbindlich ist.

§ 36

Entschädigung und Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates und der Mitglieder der Regionalbeiräte

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder der Regionalbeiräte üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.
- (2) Die Entschädigung nach § 41 SGB IV richtet sich nach der als Anhang 1 beigefügten Regelung, die Bestandteil der Satzung ist.

- (3) Die Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates sowie der Mitglieder der Regionalbeiräte richtet sich nach § 42 SGB IV.

Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 37 Rücklage

Die Rücklage beträgt 35 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.

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

- (1) Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließt der Verwaltungsrat (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IV). Zu diesem Zweck bestellt der Verwaltungsrat einen sachverständigen Prüfer (§ 31 SVHV), um die Betriebs- und Rechnungsführung sowie die Jahresrechnung prüfen zu lassen. Die Prüfung erstreckt sich auf den damit zusammenhängenden Geschäftsbetrieb. Sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit.
- (2) Der Vorstand lässt zweimal jährlich die Bestände an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln durch die interne Revision unvermutet prüfen; eine Prüfung im Jahr erstreckt sich auch darauf, ob das Vermögen vorschriftsmäßig angelegt ist und wie die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden (§ 4 SVRV i. V. mit § 7 SRVwV).
- (3) Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung nach Prüfung (§ 38 Abs. 1) und Beratung durch seinen Organisations-, Finanz- und Grundsatzausschuss ab und beschließt die Entlastung des Vorstandes.

Neunter Abschnitt: Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung und bei Mutterschaft („Ausgleichsverfahren“)

§ 39 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Das Ausgleichsverfahren nach den §§ 1 bis 11 AAG richtet sich nach den näheren Bestimmungen des Anhangs 2 dieser Satzung.

Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 40 Bekanntmachung

Die Satzung und sonstiges autonomes Recht mit Ausnahme dienstrechtlicher Regelungen werden im elektronischen Bundesanzeiger und durch Aushang in den Geschäftsräumen der Direktion sowie der Regionaldirektionen öffentlich bekannt gemacht. Letzteres gilt auch für dienstrechtliche Regelungen. Ausgehängt wird für mindestens eine Woche.

§ 41 Inkrafttreten

Diese Satzung tritt mit dem Zeitpunkt der Errichtung der AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse am 01.10.2010 in Kraft.

Abweichend von § 35 Abs. 1 und 3 bestehen bis zum Zusammentritt des in den nächsten allgemeinen Wahlen neu gewählten Verwaltungsrates die Regionalbeiräte aus den Mitgliedern der entsprechenden bisherigen Regionalbeiräte der AOKs Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe; die stellvertretenden Mitglieder der entsprechenden bisherigen Regionalbeiräte der AOKs Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe sind bis zu diesem Zeitpunkt stellvertretende Mitglieder der Regionalbeiräte.

Abweichend von § 27 Abs. 1 Satz 3 bestehen bis zum Zusammentritt des in den nächsten allgemeinen Wahlen neu gewählten Verwaltungsrates die Widerspruchsausschüsse bei den Regionaldirektionen aus den Mitgliedern der entsprechenden bisherigen Widerspruchsausschüsse bei den Bezirksdirektionen der AOK Schleswig-Holstein und bei den Regionaldirektionen der AOK Westfalen-Lippe; die stellvertretenden Mitglieder der entsprechenden bisherigen Widerspruchsausschüsse bei den Bezirksdirektionen der AOK Schleswig-Holstein und bei den Regionaldirektionen der AOK Westfalen-Lippe sind bis zu diesem Zeitpunkt stellvertretende Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bei den Regionaldirektionen.

Die vorstehende Satzung wird gemäß § 195 Abs. 1 i.V.m. § 144 Abs. 3 SGB V genehmigt.

Essen, 26. August 2010
V B 2 - 3600.1-2 - I

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Im Auftrag

gez. Dr. Schikorski

Nachträge zu dieser Satzung

Vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen wurden folgende Nachträge zu dieser Satzung genehmigt:

1. Nachtrag vom 01.10.2010 am 12.10.2010
 - betr. Ergänzung des § 10 a um eine Übergangsregelung für Tarifwählerinnen und Tarifwähler des AOK-Selbstbehalt-Wahltarifs aus Schleswig-Holstein, in Kraft ab 01.10.2010

- betr. Ergänzung des § 41 um eine Überleitungsregelung für Regionalbeiräte und Widerspruchsausschüsse in den Regionaldirektionen, in Kraft ab 01.10.2010
2. Nachtrag vom 09.12.2010 am 20.12.2010
- betr. Änderung des § 15 im Zusammenhang mit der Änderung des § 13 Abs. 2 SGB V im Rahmen des GKV-FinG, in Kraft ab 01.01.2011
3. Nachtrag vom 21.03.2011 am 31.03.2011
- betr. Änderung der §§ 10 f, 10 h und 10 k im Zusammenhang mit den geänderten Bindungsfristen für Wahltarife durch das GKV-FinG
 - betr. Änderung des § 15 durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sowie die im Rahmen des AMNOG geschaffene Möglichkeit der Kostenerstattung für sog. „Wahl-Arzneimittel“, in Kraft ab 01.01.2011
4. Nachtrag vom 06.10.2011 am 18.10.2011
- betr. Änderung des § 3 (Aufnahme eines neuen Personenkreises in die Aufzählung der Beitrittsberechtigten)
 - betr. Änderung des § 10 k - Erweiterung um die sog. Pistenrettung
 - betr. Änderung des § 15 - Anpassung an das GKV-FinG
 - betr. Änderung des § 27 zu den Widerspruchsausschüssen
 - betr. Änderung des § 30 - redaktionelle Anpassungen
 - betr. Änderung des § 35 - Änderung im Zusammenhang mit der Geschäftsordnung für Regionalbeiräte, in Kraft ab 06.10.2011
5. Nachtrag vom 14.12.2011 am 29.12.2011
- betr. Änderungen des § 27 zur Zusammensetzung der Widerspruchsausschüsse, in Kraft ab 14.12.2012
6. Nachtrag vom 29.06.2012 am 24.07.2012
- betr. Neufassung des § 10 g zum Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung

**Anhang 1 zur Satzung der
AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse (§ 36 Abs. 2)**

**Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates und der
Regionalbeiräte**

§ 1 Ersatz barer Auslagen

Die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die ehrenamtlichen Mitglieder der Regionalbeiräte (Organmitglieder) erhalten, sofern sie in ihrer Eigenschaft als Mitglieder der Organe tätig werden, als Ersatz barer Auslagen:

1. Tagegeld

- a. Tagegeld wird nach Maßgabe des § 6 des Bundesreisekostengesetzes gezahlt. Das bedeutet bei Abwesenheit von

mindestens 8 Stunden	6,00 EUR,
mindestens 14 Stunden	12,00 EUR,
24 Stunden (voller Kalendertag)	24,00 EUR.

- b. Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag sind die Abwesenheitszeiten zusammenzurechnen. Übersteigen die unvermeidbaren Auslagen das Tagegeld, so sind diese in tatsächlicher Höhe zu erstatten. Wird des Amtes wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 v. H., für das Mittag- und Abendessen um je 40 v. H. des vollen Tagegeldes gekürzt.
- c. Bei Sitzungen im Ausland ist Tagegeld entsprechend § 14 des Bundesreisekostengesetzes i. V. m. der Auslandsreisekostenverordnung zu zahlen.
- d. Sofern ein Organmitglied aufgrund körperlicher Behinderung nicht in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug selbst zu führen, wird für den Fahrer Tagegeld entsprechend den vorgenannten Regelungen gezahlt.

2. Übernachtungsgeld

Als Ersatz für Auslagen wegen notwendiger Übernachtungen erhalten die Organmitglieder ein Übernachtungsgeld nach den Bestimmungen des Bundesreisekostengesetzes (§ 7 BRKG).

3. Fahrkosten

Fahrkosten werden in tatsächlich entstandener Höhe, höchstens jedoch wie folgt erstattet:

- a. bei Benutzung der Eisenbahn bis zur Höhe des Fahrpreises der 1. Wagenklasse einschließlich der Mehrkosten zuschlagspflichtiger Züge und - wenn die Benutzung eines Schlafwagens erforderlich ist - die Kosten der Schlafwagenbenutzung;
- b. bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels innerhalb Europas die Kosten der Economy/Touristenklasse;
- c. bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs ein Kilometergeld in Höhe der Pauschbeträge nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes¹⁾.

Die Erstattungssätze nach Satz 1 Buchst. c schließen einen angemessenen Zuschlag für allgemeine Kosten (u. a. für eine Versicherung) ein. Parkgebühren sowie sonstige

¹⁾ Bei einem Kraftwagen sind das z. Z. **0,30 EUR** je Fahrkilometer.

Nebenkosten für die An- und Abfahrt zur Bahn oder zum Flugplatz, für Gepäckbeförderung, Gepäckaufbewahrung usw. werden in tatsächlicher Höhe erstattet.

§ 2 Verdienstaussfall

- (1) Den Organmitgliedern wird der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und der den Arbeitnehmeranteil übersteigende Betrag der nach § 163 Abs. 3 i. V. m. § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI von ihnen zu tragenden Rentenversicherungsbeiträge erstattet. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV).
- (2) Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaussfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, so wird der Verdienstaussfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Absatz 1 Satz 2 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ersetzt. Der Verdienstaussfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt. Die letzte angefangene Stunde wird voll angerechnet.

§ 3 Pauschbetrag für Zeitaufwand

- (1) Die Organmitglieder erhalten 62,00 EUR als Pauschbetrag für Zeitaufwand für jeden Kalendertag einer Sitzung der Organe und ihrer Ausschüsse (Sitzungstag). Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag wird der Pauschbetrag nur einmal gezahlt.
- (2) Als Sitzungstage gemäß Absatz 1 gelten auch solche Tage, an denen zur Vorbereitung der Tagesordnung für Sitzungen der Organe oder ihrer Ausschüsse im Interesse einer zügigen Abwicklung der Vollsitzungen eine Gruppenvorbesprechung stattfindet.
- (3) Den Pauschbetrag nach Absatz 1 erhalten die Organmitglieder auch für die Teilnahme an Verhandlungen, Besprechungen, Tagungen und Veranstaltungen sowie für sonstige Anlässe, wenn die Teilnahme auf einem besonderen Auftrag des Organs beruht. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.
- (4) Die Vorsitzenden und deren Stellvertreter des
 - Organisations-, Finanz- und Grundsatzausschusses,
 - des Ausschusses Gesundheit und Pflege und
 - des Markt- und Produktausschusses

erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand nach Absatz 1.

§ 4 Ersatzbarer Auslagen des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates außerhalb der Sitzungen

- (1) Die baren Auslagen, die dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter für die Tätigkeit außerhalb der Sitzungen des Verwaltungsrates oder seiner Ausschüsse (§ 3 Absatz 1) sowie außerhalb der Vertretung in besonderem Auftrage im Sinne des § 3 Abs. 3 entstehen, werden mit einem monatlichen Pauschbetrag von je

64,00 EUR abgegolten, zahlbar zu Beginn des Monats. Insoweit entfällt die Erstattung barer Auslagen nach § 1 Nrn. 1 und 2.

- (2) Neben dem Auslagenersatz nach Absatz 1 werden dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter auch für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen (Absatz 1) Fahrkosten nach Maßgabe des § 1 Nr. 3 erstattet.

§ 5

Pauschbetrag für Zeitaufwand des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates außerhalb der Sitzungen

Für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen des Verwaltungsrates und seiner Fachausschüsse (§ 3 Abs. 1) sowie außerhalb der Vertretung in besonderem Auftrage im Sinne des § 3 Abs. 3 werden dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter ein monatlicher Pauschbetrag von je 496,00 EUR zu Beginn des Monats gezahlt. Insoweit entfällt die Zahlung des Pauschbetrages nach § 3 Abs. 3.

**Anhang 2 zur Satzung der
AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse (§ 39)**

**Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung
und bei Mutterschaft ("Ausgleichsverfahren")**

Abschnitt A: Maßgebende Rechtsnormen

§ 1

Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen

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

Abschnitt B: Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

§ 2

Beteiligte Arbeitgeber

- (1) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen 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) Am Ausgleichsverfahren sind die in § 11 Abs. 2 und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen nicht beteiligt. Dasselbe gilt für die in § 11 Abs. 1 AAG genannten Personen und Einrichtungen, soweit es sich um das Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG handelt.

Abschnitt C: Erstattungen

§ 3

Erstattungsanspruch

- (1) Die AOK erstattet den an dem Ausgleichsverfahren beteiligten Arbeitgebern
 1. 70 v. H. des für den in § 3 und den in § 9 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezahlt Arbeitsentgelts und der nach § 19 Abs. 1 BBiG an Auszubildende fortgezahlt Vergütung (Arbeitgebераufwendungen bei Krankheit). Dabei werden die Aufwendungen höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.
 2. 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 MuSchG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld und des vom Arbeitgeber nach § 11 MuSchG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts (Arbeitgebераufwendungen bei Mutterschaft) sowie der auf das Arbeitsentgelt entfallenden und vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Arbeits-

losenversicherung; anstelle der tatsächlichen Beiträge wird eine Pauschale von 20 v. H. des Arbeitsentgelts erstattet.

(2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der in Absatz 1 Nr. 1 aufgeführte Erstattungssatz auf 80 v. H. erhöht oder auf

a) 60 v. H. oder

b) 40 v. H.

ermäßigt. Die Wahlentscheidung kann zum Ende des Kalenderjahres widerrufen oder geändert werden. § 3 Abs. 1 Nr. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Mit den in Absatz 1 Nr. 1 und Absatz 2 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die erstattungsfähigen Aufwendungen entfallenden Arbeitgeberanteile der Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Arbeitslosenversicherung abgegolten.

§ 4

Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

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

Abschnitt D: Umlagen

§ 5

Aufbringung der Mittel

(1) Die Mittel zur Durchführung des Ausgleichsverfahrens werden durch Umlagen von den beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.

(2) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (§ 3 Abs. 1 Nr. 1) beträgt 2,5 v. H., für die Zeit der Erstattungserhöhung (§ 3 Abs. 2) 3,8 v. H., für die Zeit der Erstattungsermäßigung 2,0 v. H. (§ 3 Abs. 2 Buchstabe a)) oder 1,3 v. H. (§ 3 Abs. 2 Buchstabe b)) der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG.

(3) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Abs. 1 Nr. 2) beträgt 0,30 v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG.

(4) Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum selben Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig. Sind ausschließlich Umlagen nach Abs. 3 zu zahlen, kann die AOK mit diesen Arbeitgebern abweichende Vereinbarungen über den Nachweis und die Zahlung dieser Umlagen treffen.

Abschnitt E: Widerspruchsstelle

§ 6 Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

- (1) § 27 der Satzung gilt auch für Widersprüche im Rahmen des Ausgleichsverfahrens.
- (2) Bei der Bestimmung des Verwaltungsrates nach § 32 der Satzung und der Regionalbeiräte nach § 35 der Satzung ist bezüglich des Ausgleichsverfahrens § 8 dieses Anhangs entsprechend zu berücksichtigen.
- (3) Die Widerspruchsausschüsse nehmen zugleich Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (OWiG) wahr.

Abschnitt F: Verwaltungsrat

§ 7 Mitwirkung, Vorsitz

- (1) In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.
- (2) Den Vorsitz führt der im Verwaltungsrat als Vorsitzender bzw. stellvertretender Vorsitzender amtierende Vertreter der Arbeitgeber. Für den Fall der Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgeber im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.

Abschnitt G: Verwaltung der Mittel

§ 8 Betriebsmittel

- (1) Die AOK verwaltet die Mittel für das Ausgleichsverfahren als Sondervermögen.
- (2) Es werden getrennte Betriebsmittel gebildet
 1. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung,
 2. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft.

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

§ 9 Haushaltsplan

- (1) Der Haushaltsplan wird vom Vorstand aufgestellt.
- (2) Die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt dem Verwaltungsrat.

§ 10
Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung
und Abnahme der Jahresrechnung

- (1) Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließt der Verwaltungsrat (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IV). Zu diesem Zweck bestellt der Verwaltungsrat einen sachverständigen Prüfer (§ 31 SVHV), um die Betriebs- und Rechnungsführung sowie die Jahresrechnung prüfen zu lassen. Die Prüfung erstreckt sich auf den damit zusammenhängenden Geschäftsbetrieb. Sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit.
- (2) Der Vorstand lässt zweimal jährlich die Bestände an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln durch die interne Revision unvermutet prüfen; eine Prüfung im Jahr erstreckt sich auch darauf, ob das Vermögen vorschriftsmäßig angelegt ist und wie die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden (§ 4 SVRV i. V. mit § 7 SRVwV).
- (3) Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung nach Prüfung (§ 10 Abs. 1) und Beratung durch seinen Organisations-, Finanz- und Grundsatzausschuss ab und beschließt die Entlastung des Vorstandes.

Nachträge zu Anhang 2 zur Satzung der AOK NORDWEST

Vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen wurden folgende Nachträge zu Anhang 2 zur Satzung der AOK NORDWEST genehmigt:

1. Nachtrag vom 14.12.2011 am 29.12.2011
 - betr. Änderung des § 5 Abs. 2 und 3, in Kraft ab 01.01.2012