

Satzung

der

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse*

In der Fassung des 4. Nachtrags

vom Verwaltungsrat der

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

am 21.12.2011 beschlossen mit Wirkung ab 01.07.2012

vom Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

des Landes Brandenburg am 13.01.2012 genehmigt

*Soweit in der Satzung der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse hinsichtlich der Bezeichnung von Ämtern oder Funktionen die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht auch die weibliche Form ein. Weibliche Amts- bzw. Funktionsträgerinnen können die Amts- bzw. Funktionsbezeichnung in der weiblichen Form führen.

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk

§ 2 Aufgabenstellung

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

§ 3 Mitglieder

§ 4 Familienangehörige

§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Dritter Abschnitt: Leistungen

§ 6 Art und Umfang der Leistungen

§ 7 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

§ 8 Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

§ 9 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

§ 10 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

§ 11 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

§ 12 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V

§ 13 Empfangsberechtigung

§ 14 Leistungsausschluss

Vierter Abschnitt : Zusatzversicherungen/Weiterentwicklung in der Versorgung/ Wahltarife

§ 15 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

§ 16 Bonustarif
Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V

§ 17 Prämienprogramm - Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
nach § 65 a SGB V

§ 18 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
nach § 65 a SGB V

§ 19	Selbstbehalt-Wahltarif Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V
§ 20	AOK-Bonuswahltarif Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V
§ 21	Hausarztzentrierte Versorgung Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V
§ 22	Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V
§ 23	Integrierte Versorgung Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V
§ 24	Besondere ambulante ärztliche Versorgung Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V
§ 25	Kostenerstattung Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V
§ 26	Kostenerstattung bei Zahnersatz Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V
§ 27	Auslandsreise-Wahltarif Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V
§ 28	Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen Wahltarif nach § 53 Abs. 5 SGB V
§ 29	Krankengeld-Wahltarif Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V
§ 30	Teilkostenerstattung Wahltarif nach § 53 Abs. 7 SGB V
§ 31	Respiratorische Entwöhnungsbehandlung Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V
§ 32	nicht besetzt
§ 33	nicht besetzt
§ 34	nicht besetzt
§ 35	nicht besetzt

Fünfter Abschnitt: Beiträge

§ 36	Beitragssätze
§ 37	Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder

§ 38 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

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

§ 40 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

§ 41 Vorschüsse

Sechster Abschnitt: Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle

§ 42 Widerspruchsausschüsse und Einspruchsstelle

§ Siebter Abschnitt: Organe

§ 43 Organe der AOK

§ 44 Verwaltungsrat und seine Mitglieder

§ 45 Aufgaben des Verwaltungsrates

§ 46 Vorstand

§ 47 Vertretung der AOK

§ 48 Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder

§ 49 Versichertenälteste, Vertrauensleute

Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 50 Rücklage

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

Neunter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§ 52 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und In-Kraft-Treten

§ 53 Bekanntmachungen

§ 54 In-Kraft-Treten

Erster Abschnitt

Name und Aufgabenstellung

§ 1

Name, Sitz und Bezirk

- (1) Die Allgemeine Ortskrankenkasse führt den Namen AOK Nordost – Die Gesundheitskasse (nachfolgend AOK) und hat ihren Sitz in Potsdam.
- (2) Der Bezirk der AOK umfasst die Länder Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.
- (3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

§ 2

Aufgabenstellung

- (1) Die AOK versteht sich als Gesundheitskasse. Aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.
- (2) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Dabei hilft ihnen die AOK durch Aufklärung, Beratung und Leistungen.
- (3) Die AOK berät und unterstützt die Arbeitgeber ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.
- (4) Die AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes. Die von dem GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92 und 282 SGB V sind für die AOK verbindlich.
- (5) Die AOK wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik auf Länderebene 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.
- (6) Die AOK wirkt bei Leistungserbringern und Versicherten durch Verträge, Information und Beratung auf eine wirtschaftliche Versorgung hin.

Zweiter Abschnitt

Versicherter Personenkreis

§ 3 Mitglieder

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

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

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

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

- Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
- Personen, deren Familienversicherung erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,
- Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
- Schwerbehinderte Menschen i. S. des § 2 Abs. 2 SGB IX, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beigetreten sind,
- Arbeiter und Angestellte, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete,
- Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge,
- sonstige in § 9 Abs. 1 SGB V genannte Personen,

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

(3) Als Mitglieder gelten auch Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die weiteren Voraussetzungen nach § 189 SGB V erfüllen.

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

§ 4 Familienangehörige

Als Familienangehörige sind bei der AOK versichert Ehegatten, Lebenspartner einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und Kinder der Mitglieder sowie Kinder von familienversicherten Kindern, wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

§ 5

Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- (1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Personen beginnt, soweit sich aus § 186 Abs. 10 und 11 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht (versicherungspflichtige Mitglieder).
- (2) Die Mitgliedschaft versicherungsberechtigter Personen beginnt, sofern sich aus § 188 Abs. 2 SGB V und § 190 Abs. 3 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag ihres schriftlich erklärten Beitritts (freiwillige Mitglieder).
- (3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet, sofern sich aus § 53 Abs. 8, § 175 Abs. 4, § 186 Abs. 10, § 190 oder § 192 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt.
- (4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet im Falle des Austritts zwei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die schriftliche Austrittserklärung eingeht, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt. Die freiwillige Mitgliedschaft kann ohne Einhaltung der Kündigungsfrist beendet werden, wenn für das Mitglied nach Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V besteht.
- (5) Die Bindungsfrist von 18 bzw. 36 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet wird. Mit dem Wechsel zu einer anderen AOK beginnt eine neue 18-monatige Bindungsfrist an diese Kasse.

Dritter Abschnitt

Leistungen

§ 6

Art und Umfang der Leistungen

- (1) Die AOK wirkt darauf hin, dass
- ihre Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise und umfassend und schnell erhalten,
 - die zur Leistungserbringung erforderlichen Personen, Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen und
 - der Zugang zu den Leistungen einfach gestaltet wird.
- (2) Die Versicherten können nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieser Satzung in Anspruch nehmen:
1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung, insbesondere Prävention und Selbsthilfe, und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten;
 2. bei Krankheit
 - a) Krankenbehandlung, insbesondere
 - ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 - zahnärztliche Behandlung, einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
 - Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
 - Soziotherapie,
 - spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
 - Krankenhausbehandlung,
 - Zuschuss für ambulante und stationäre Hospizleistungen,
 - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungs-erprobung und Arbeitstherapie,
 - b) strukturierte Behandlungsprogramme,
 - c) Krankengeld;
 3. bei Schwangerschaft und bei Mutterschaft
 - ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
 - Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln,
 - stationäre Entbindung,
 - häusliche Pflege und Haushaltshilfe,
 - Mutterschaftsgeld;
 4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem 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.

§ 7

Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

- (1) Die AOK kann Leistungen zur Primärprävention zur Verfügung stellen, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem von dem GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfaden entsprechen. Diese Leistungen umfassen den Individuellen Ansatz und den Setting-Ansatz. Sie beinhalten insbesondere die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung sowie Suchtmittelkonsum.
- (2) Die AOK erbringt Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Maßgabe des § 20 a SGB V, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom GKV-Spitzenverband gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfaden entsprechen. In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind dies insbesondere die Handlungsfelder arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, psychosoziale Belastungen (Stress) sowie Suchtmittelkonsum. Die AOK unterstützt die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach Maßgabe des § 20 b SGB V.
- (3) Die AOK fördert Selbsthilfegruppen und -organisationen, wenn diese die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von solchen Krankheitsbildern zum Ziel haben, die in dem gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind, sowie die gesundheitsbezogene Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen, die themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sind.

§ 8

Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

Die AOK kann auch 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.

§ 9

Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

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

§ 10

Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

- (1) Die AOK übernimmt bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Vorsorgeleistung für Mütter und Väter (§ 24 SGB V) oder einer Leistung der Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 SGB V) in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung die Kosten in Höhe des vereinbarten Pflegesatzes.
- (2) Wird die Leistung als Mutter-Kind-Maßnahme oder als Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt, gilt Absatz 1 für das Kind entsprechend.

§ 11

Mehroleistungen zur Haushaltshilfe

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, längstens jedoch für die Dauer von 52 Wochen,

soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

§ 12

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 für 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).

§ 13 Empfangsberechtigung

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

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

Der Inhaber der Unterlagen hat sich auf Verlangen auszuweisen.

§ 14 Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 soll die AOK insbesondere dann verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegt.
- (2) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann die AOK den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.
- (3) Der Versicherte ist über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen zu informieren.

Vierter Abschnitt

Zusatzversicherungen/Weiterentwicklung in der Versorgung/Wahltarife

§ 15

Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

Die AOK kann nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften den Versicherten Zusatzversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln.

§ 16

Bonustarif

Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V

- (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. Das Modellvorhaben enthält einen Grundbonus, einen Gesundheitsbonus und Eigenbeteiligungen.
- (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 fünften Kalenderjahres, das auf den Beginn der Teilnahme folgt, oder mit schriftlicher Kündigung des Mitgliedes. Der Tarif kann vorzeitig nur zum Ende des Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Spätestens 4 Wochen vor Ablauf des Kalenderjahres muss die Tarif-Kündigung bei der AOK eingegangen sein. 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 Bonustarif abweichend von Satz 3 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden. Teilnehmer der ehemaligen AOK Mecklenburg-Vorpommern, deren fünfjährige Tarifzugehörigkeit endet, können auch für das verbleibende Jahr bis zur Beendigung des Modellvorhabens am AOK-Bonustarif teilnehmen.
- (3) Mitgliedern steht ein Grundbonus von 100,00 Euro kalenderjährlich zu. Er erhöht sich in den ersten drei Jahren um 10,00 Euro pro Jahr, wenn in jedem der drei Jahre 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 die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass der Grundbonus 200,00 Euro und der erhöhte Grundbonus 210,00 Euro, 220,00 Euro bzw. 230,00 Euro beträgt.
- (4) Mitgliedern steht ein Gesundheitsbonus von 70,00 Euro kalenderjährlich zu, wenn sie und ihre mitversicherten Ehegatten oder mitversicherten Lebenspartner Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V und Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und öffentlich empfohlene Schutzimpfungen nach § 8 der Satzung der AOK nachweisen. Stattdessen genügt der Nachweis der körperlichen Fitness durch einen sportwissenschaftlich entwickelten Walkingtest, Ergometertest oder durch die Vorlage eines Sportabzeichens des Deutschen Olympischen Sportbundes, eines Lauf-, Walking- oder Nordic-Walking-Abzeichens des Deutschen Leichtathletik Verbandes, eines Deutschen Radsportabzeichens des Bundes Deutscher Radfahrer oder eines Schwimtabzeichens des Deutschen Schwimmverbandes. Andere Nachweise der körperlichen Fitness können im Einzelfall anerkannt werden. Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen dürfen nicht älter als zwei Jahre sein.

- (5) Mitglieder tragen für sich und ihre mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner Eigenbeteiligungen bis zu einem Höchstbetrag von 250,00 Euro kalenderjährlich. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 25,00 Euro und je Krankenhausbehandlung 50,00 Euro, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder Entbindung stehen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Für Mitglieder mit einem monatlichen Einkommen über einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V gelten die Sätze 1 bis 3 mit der Maßgabe, dass der Höchstbetrag 350,00 Euro und die Eigenbeteiligung je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 35,00 Euro betragen.
- (6) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Eigenbeteiligungen für das Kalenderjahr bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Ist die Summe der Boni höher als die der Eigenbeteiligungen, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig, sofern zu diesem Zeitpunkt eine Mitgliedschaft bei einer AOK besteht. 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 des Kalenderjahres, vermindern sich der nicht erhöhte Grundbonus, der Gesundheitsbonus und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.
- (7) Das Modellvorhaben beginnt am 01.01.2004 und ist auf acht Jahre befristet. Es endet zum 31.12.2011 und ist ab 01.01.2011 für neue Teilnehmer geschlossen.

§ 17
Prämienprogramm - Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
nach § 65 a SGB V

- (1) Versicherte können am AOK-Prämienprogramm (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten) teilnehmen. Die Teilnahme ist freiwillig und kommt durch Einschreibung zustande.
- (2) Versicherte erhalten bei regelmäßiger Inanspruchnahme von
- qualitätsgesicherten Leistungen zur Primärprävention nach § 7 Abs. 1,
 - Maßnahmen, die nachweislich der Gesundheitsförderung dienen oder gesundheitsbewusste Verhaltensweisen fördern, nach Maßgabe der Ausführungsbestimmungen,
 - Leistungen zur Früherkennung nach § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen),
 - Leistungen zur Früherkennung nach § 26 SGB V (Kinderuntersuchungen),
 - öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen nach § 8 in den in den Ausführungsbestimmungen genannten Kombinationen
- einen Bonus. Die Anerkennung einer Leistung im Rahmen des AOK-Prämienprogramms erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der AOK. Diese richtet sich allein nach Maßgabe der Gesetze und dieser Satzung.
- (3) Die Voraussetzungen des Absatzes 2 weisen die Versicherten durch entsprechende Bestätigung und Leistungsabzeichen nach. Die durchgeführten Maßnahmen dürfen zum Zeitpunkt der Bonusbeantragung nicht länger als 36 Monate zurückliegen.
- (4) Der Bonus wird den Versicherten als Sachprämie oder geldwerte Prämie gegen Nachweis gemäß Absatz 3 zur Verfügung gestellt, sofern zu diesem Zeitpunkt ein Versicherungsverhältnis bei der AOK besteht.

- (5) Das Nähere regeln die Ausführungsbestimmungen zum AOK-Prämienprogramm, die durch den Vorstand festgelegt werden.

§ 18

Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 65 a SGB V

- (1) Für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Maßgabe des § 20 a SGB V kann die AOK ihren Versicherten und deren Arbeitgebern, mit denen sie diese Maßnahmen durchführt oder die vergleichbare Maßnahmen ohne Initiative bzw. Beteiligung einer Krankenkasse umsetzen, einen Bonus entsprechend den nachfolgenden Regelungen zahlen. Die AOK schließt darüber im Vorfeld der Aktivitäten eine Bonusvereinbarung mit dem Arbeitgeber ab.
- (2) Die AOK und der Arbeitgeber vereinbaren, welche Maßnahmen nach Absatz 1 durchgeführt werden müssen, um den Bonus zu erhalten. Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung müssen sich an den jeweils geltenden Handlungsfeldern und Qualitätskriterien zur Umsetzung des § 20 a SGB V orientieren.
- (3) Der Bonus beträgt maximal das Zweifache des vom Arbeitgeber monatlich in der Krankenversicherung zu tragenden Beitragsanteils für die teilnehmenden und bei der AOK versicherten versicherungspflichtig Beschäftigten zuzüglich des von ihm zu leistenden Beitragszuschusses für die bei der AOK freiwillig versicherten beschäftigten Mitglieder. Beiträge aus einmalig gezahltem Arbeitsentgelt bleiben bei der Berechnung des Bonus unberücksichtigt. Der Bonus steht zur Hälfte dem Arbeitgeber und zur Hälfte den teilnehmenden bei der AOK versicherten Arbeitnehmern zu. Die Verteilung auf die bei der AOK versicherten Arbeitnehmer erfolgt jeweils zu gleichen Anteilen.
- (4) Die Durchführung der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie die Namen der bei der AOK versicherten Teilnehmer sind vom Arbeitgeber ausreichend zu dokumentieren. Diese Dokumentation gilt als zahlungsbegründende Unterlage.
- (5) Auf der Grundlage der Dokumentation prüft die AOK, ob die durchgeführten Maßnahmen den Qualitätsstandards nach § 20 a SGB V entsprechen. Über das Ergebnis der Bewertung und die damit verbundene Bonuszahlung wird der Arbeitgeber unter Angabe von Gründen schriftlich informiert.
- (6) Maßgebend für die Zahlung eines Bonus ist der Beitragsmonat, an dem die vertraglich vereinbarten Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung abgeschlossen wurden. Die Anzahl der AOK-versicherten Arbeitnehmer wird jeweils am Ende dieses Beitragsmonats ermittelt. Zu diesem Stichtag ist vom Unternehmen auch die abschließende Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einzureichen. Eine Auszahlung des Bonus erfolgt frühestens ab dem Folgemonat.
- (7) Die Aufwendungen der AOK für die vereinbarten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden grundsätzlich mit dem Bonus verrechnet.
- (8) Voraussetzung für den Abschluss einer Bonusvereinbarung nach Absatz 1 ist, dass das Unternehmen eigene finanzielle und/oder personelle Ressourcen für die Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bereitstellt. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet ist, wird kein Bonus gewährt.

- (9) Vereinbarungen über Bonuszahlungen nach Absatz 1 können nur im Rahmen der durch die AOK für das Bonusprogramm zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel abgeschlossen werden.

§ 19
Selbstbehalt-Wahltarif
Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V

- (1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V an. Der Wahltarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils einen Grundbonus 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). Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Selbstbehalttarif und am AOK-Bonustarif nach § 20 dieser Satzung ist nicht möglich. Nimmt das Mitglied bei der Wahl des Tarifs für Selbstbehalte bereits am AOK-Bonustarif nach § 20 teil, endet die Teilnahme am AOK-Bonustarif nach § 16 oder Bonuswahltarif mit Beginn der Teilnahme am Wahltarif für Selbstbehalte.

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. Der § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V gilt. Abweichend davon endet der Tarif automatisch, wenn wegen Überschreitens der Jahresentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 4 in Verbindung mit § 190 Abs. 3 SGB V die Mitgliedschaft rechtmäßig endet.

Werden Mitgliedsbeiträge während der Geltungsdauer des Selbstbehalttarifes vorübergehend vollständig von Dritten getragen oder wird die Mitgliedschaft vorübergehend unterbrochen, ruht der Selbstbehalttarif solange.

Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere im Falle einer unzumutbaren wirtschaftlichen Belastung 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 Selbstbehalttarif abweichend von Satz 5 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 im jeweiligen Kalenderjahr zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse.

Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen:

Tarif-klasse	Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr in Euro	Grundbonus je Kalenderjahr in Euro (maximal bis 20 % der vom Mitglied getragenen Beiträge)	Pauschaler Selbstbehalt je ambulante Behandlung des Mitglieds, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, in Euro	Pauschaler Selbstbehalt je Krankenhausaufenthalt des Mitglieds in Euro	Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte je Kalenderjahr in Euro
1	Bis 12.000	50,00	12,50	25,00	100,00
2	12.001 bis 18.000	100,00	25,00	50,00	180,00
3	18.001 bis 24.000	150,00	37,50	75,00	230,00
4	24.001 bis 30.000	250,00	62,50	125,00	330,00
5	30.001 bis 36.000	350,00	87,50	175,00	440,00
6	36.001 bis 42.000	450,00	112,50	225,00	550,00
7	Ab 42.001	600,00	150,00	300,00	720,00

Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds mit einer Frist von einem Monat zu Beginn des Kalenderjahres möglich.

- (4) 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 Tarifwähler auf Antrag eine Vorauszahlung in der Höhe von bis zu 50 vom Hundert 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 Grundbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.

§ 20
AOK-Bonuswahltarif
Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V

- (1) Die AOK bietet einen Selbstbehalt-Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V mit den Elementen Grundbonus, Staffelbonus und Selbstbehalt in Verbindung mit einem Gesundheitsbonus nach § 65 a SGB V an.
- (2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des AOK-Bonuswahltarif⁶. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Eine gleichzeitige Teilnahme am AOK-Bonuswahltarif und am AOK-Selbstbehalttarif nach § 19 dieser Satzung oder am Modellvorhaben AOK-Bonustarif nach § 16 dieser Satzung ist ausgeschlossen.
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.
Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und frühestens zu dem vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn (Mindestbindungsfrist).
Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
Der § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V gilt. Abweichend davon endet der Tarif automatisch, wenn wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 4 in Verbindung mit § 190 Abs. 3 SGB V die Mitgliedschaft rechtmäßig endet.
Unter Verzicht auf die Einhaltung der Mindestbindungsfrist kann der AOK-Bonuswahltarif durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK gekündigt werden, wenn die weitere Teilnahme für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. Der AOK-Bonuswahltarif kann dann abweichend von Satz 5 und 6 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden, in dem die Kündigung der AOK zugeht. Ein besonderer Härtefall ist anzuerkennen bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII.
- (3) Mitgliedern steht ein Grundbonus von 100,00 Euro kalenderjährlich zu. Der Grundbonus erhöht sich in den ersten drei Jahren um 10,00 Euro pro Jahr (Staffelbonus), wenn in jedem der drei Jahre das Mitglied weder ambulante Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, noch Krankenhausbehandlung 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 Euro beträgt.
- (4) Mitgliedern steht ein Gesundheitsbonus von 70,00 Euro kalenderjährlich zu, wenn sie und ihre mitversicherten Ehegatten oder mitversicherten Lebenspartner Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V und Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und öffentlich empfohlene Schutzimpfungen nach § 8 der Satzung der AOK nachweisen. Stattdessen genügt der Nachweis der körperlichen Fitness durch einen sportwissenschaftlich entwickelten Walkingtest, Ergometertest oder durch die Vorlage eines Sportabzeichens des Deutschen Olympischen Sportbundes, eines Lauf-, Walking- oder Nordic-Walking-Abzeichens des Deutschen Leichtathletik Verbandes,

eines Deutschen Radsportabzeichens des Bundes Deutscher Radfahrer oder eines Schwimmbabzeichens des Deutschen Schwimmverbandes. Andere Nachweise der körperlichen Fitness können im Einzelfall anerkannt werden. Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen dürfen nicht älter als ein Jahr sein.

- (5) Mitglieder tragen Eigenbeteiligungen bis zu einem Höchstbetrag von 250,00 Euro kalenderjährlich. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 25,00 Euro und je Krankenhausbehandlung 50,00 Euro, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder Entbindung stehen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen 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 350,00 Euro und die Eigenbeteiligung je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 35,00 Euro betragen.
- (6) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Eigenbeteiligungen für das Kalenderjahr bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Ist die Summe der Boni höher als die der Eigenbeteiligungen, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Ist die Summe der Eigenbeteiligungen höher als die 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 des Kalenderjahres, vermindern sich der nicht erhöhte Grundbonus, der Gesundheitsbonus und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Die AOK kann dem Mitglied auf Antrag eine Vorauszahlung in Höhe von 100,00 Euro auf künftige Grundboni im Kalenderjahr zahlen. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt.
- (7) Mitgliedern, die unmittelbar vor Teilnahme am AOK-Bonuswahltarif am Modellvorhaben AOK-Bonustarif nach § 16 der Satzung teilgenommen haben, bleibt ein dort erworbenes zusätzlicher Bonus nach § 16 Abs. 3 Satz 2 der Satzung erhalten.

§ 21 Hausarztzentrierte Versorgung Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V

- (1) Die AOK bietet für Versicherte einen Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V als hausarztzentrierte Versorgung auf der Grundlage entsprechender Versorgungsverträge (§ 73 b SGB V) an. Die Verträge können – über das Bestehen einer Versicherung bei der AOK hinaus – weitere Teilnahmevoraussetzungen vorsehen. Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig.
- (2) Die Versicherten erklären schriftlich die Teilnahme an dem Wahltarif unter Verwendung einer Teilnahmeerklärung. Hierzu wählen sie einen an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarzt und verpflichten sich schriftlich gegenüber der AOK, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Hiervon ausgenommen sind die direkte Inanspruchnahme eines Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Augenheilkunde und Notfälle. Weitere Ausnahmen können in den Verträgen gemäß § 73 b SGB V vorgesehen werden, ohne dass es einer neuen Teilnahmeerklärung bedarf. Die Versicherten sind an diese Verpflichtung und an die Wahl des Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; sie dürfen den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln.

- (3) Die AOK prüft die Teilnahmevoraussetzungen und informiert die Versicherten schriftlich über das Ergebnis. Der Teilnahmebeginn ergibt sich aus dem jeweiligen Vertragswerk. Über die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung erhalten die Versicherten eine Teilnahmebestätigung, in der das konkrete Datum des Teilnahmebeginns mitgeteilt wird sowie – je nach Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung – eine Kennzeichnung, mit der die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung dokumentiert wird.
- (4) Die Teilnahmedauer beträgt mindestens 1 Jahr; sie verlängert sich stillschweigend um ein weiteres Jahr, solange der Versicherte die Teilnahme nicht spätestens einen Monat vor dem Ende der Teilnahme schriftlich gegenüber der AOK widerruft. Im Übrigen endet die Teilnahme wie folgt:
 - mit dem Ende der Versicherung bei der AOK,
 - mit dem Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligung.Die Teilnahme eines Versicherten kann auch durch die AOK beendet werden, wenn der Versicherte wiederholt gegen seine freiwillig übernommene Verpflichtung gemäß Absatz 2 verstößt. Entstehen der AOK durch eine missbräuchliche Leistungsanspruchnahme des Versicherten Kosten, können diese dem Versicherten auferlegt werden.
- (5) Die an der hausarztzentrierten Versorgungsform teilnehmenden Versicherten können die vertraglich definierten Leistungen in Anspruch nehmen. Über die vertraglichen Inhalte können sich Versicherte bei der AOK informieren.
- (6) Zur Sicherung der Qualität der hausarztzentrierten Versorgung kann die AOK Versichertenbefragungen durchführen bzw. durch Dritte durchführen lassen und hierzu die erforderlichen Daten ausschließlich in dem für die Befragung erforderlichen Umfang weiterleiten. Die Teilnahme an einer solchen Befragung ist für die Versicherten freiwillig.
- (7) Für Versicherte, die den Tarif für hausarztzentrierte Versorgung gewählt haben, ermäßigt die AOK für die Dauer ihrer Teilnahme die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen oder zahlt eine Prämie, soweit die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten erfüllt sind und das Verzeichnis gemäß Absatz 8 zum jeweiligen Vertrag eine Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung vorsieht.
- (8) Die AOK führt ein Verzeichnis über die Versorgungsverträge nach § 73 b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, den Teilnahmevoraussetzungen, dem Leistungsort sowie zu dem Umfang und der Ausgestaltung und Durchführung einer Ermäßigung oder Prämienzahlung, soweit dies vorgesehen ist. Versicherte sind berechtigt, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch werden Versicherten Inhalte des Verzeichnisses schriftlich zur Verfügung gestellt.

§ 22

Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V

- (1) Versicherte können zur Verbesserung des Behandlungsablaufes und der Qualität der medizinischen Versorgung chronischer Erkrankungen an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) nach § 137 f SGB V der AOK teilnehmen, für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung für die Region beantragt wurde oder beantragt wird.
- (2) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb der Region durchgeführt werden und für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Beauftragung beantragt wurde oder beantragt wird. Dies gilt auch für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V, die als Modellvorhaben durchgeführt werden.
- (3) Inhalt, Ausgestaltung und Dauer der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus den für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Verträgen.

§ 23

Integrierte Versorgung Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V

- (1) Die AOK bietet Versicherten, die an einer integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V teilnehmen, einen Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V für diese besondere Versorgungsform an.
- (2) Für Versicherte, die den Tarif für die besondere Versorgungsform der integrierten Versorgung gewählt haben, ermäßigt die AOK für die Dauer ihrer Teilnahme die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen oder zahlt eine Prämie, soweit die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten erfüllt sind und das Verzeichnis gemäß Absatz 3 zum jeweiligen Vertrag eine Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung vorsieht.
- (3) Die AOK führt ein Verzeichnis über die Verträge nach § 140 a SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, den Teilnahmevoraussetzungen, dem Leistungsort sowie zu dem Umfang und der Ausgestaltung und Durchführung einer Ermäßigung oder Prämienzahlung, soweit dies vorgesehen ist. Versicherte sind berechtigt, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch werden Versicherten Inhalte des Verzeichnisses schriftlich zur Verfügung gestellt.

§ 24

Besondere ambulante ärztliche Versorgung Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V

- (1) Die AOK bietet für Versicherte einen Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V als besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73 c SGB V) an. Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist freiwillig.
- (2) Die Versicherten erklären schriftlich ihre Teilnahme an dem Wahltarif. Hierzu müssen sie sich – dem jeweiligen Vertrag entsprechend – einen an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsform der AOK teilnehmenden Leistungserbringer wählen

und sich gegenüber der AOK schriftlich verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

- (3) Die Einschreibung erfolgt unter Verwendung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei dem gewählten Arzt. Die Versicherten erhalten als Bestätigung ihrer Teilnahme eine Durchschrift der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von ihrem gewählten Arzt ausgehändigt.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag des Eingangs der Teilnahmeerklärung bei der AOK. Die Teilnahmedauer beträgt mindestens 12 Monate und ist abhängig von dem gewählten Vertrag.
- (5) Die an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsform teilnehmenden Versicherten können die vertraglich definierten Leistungen in Anspruch nehmen. Über die vertraglichen Inhalte können sich Versicherte bei der AOK informieren.
- (6) Für Versicherte, die den Tarif für die besondere ambulante ärztliche Versorgung gewählt haben, ermäßigt die AOK für die Dauer ihrer Teilnahme die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen oder zahlt eine Prämie, soweit die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten erfüllt sind und das Verzeichnis gemäß Absatz 7 zum jeweiligen Vertrag eine Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung vorsieht.
- (7) Die AOK führt ein Verzeichnis über die Versorgungsverträge nach § 73 c SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, den Teilnahmevoraussetzungen und dem Leistungsort sowie zu dem Umfang und der Ausgestaltung und der Durchführung einer Ermäßigung oder Prämienzahlung, soweit dies vorgesehen ist. Versicherte sind berechtigt, das Verzeichnis in den Geschäftsstellen einzusehen. Auf Wunsch werden Versicherten Inhalte des Verzeichnisses schriftlich zur Verfügung gestellt.

§ 25
Kostenerstattung
Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V

- (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 im Rahmen der Kostenerstattung unter den Bedingungen des § 13 Abs. 2 Satz 7 und 8 SGB V 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 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABI. EG Nr. L 149 S. 2), 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 fünf Prozent,
 - b) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 7,5 Prozent zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag mindestens 5,00 Euro und höchstens 40,00 Euro beträgt.Die AOK kann bei Kostenerstattungsanträgen nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V, deren Rechnungsbetrag 100,00 Euro nicht übersteigt, pauschal 70 v. H. des Rechnungsbetrags erstatten.
- (5) Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. Absatz 2 findet keine Anwendung. Bei der Berechnung des Erstattungsbetrages werden die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und ein Abschlag für Verwaltungskosten nach Absatz 4 berücksichtigt sowie anfallende Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V und die der AOK aufgrund eines Vertrages nach § 130a Abs. 8 SGB V entgangenen Rabatte in Höhe einer kalendervierteljährlich einheitlich festgesetzten Pauschale. Die Summe der Minderungsbeträge nach Satz 3 beträgt je Antrag mindestens fünf Euro.
- (6) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 26
Kostenerstattung bei Zahnersatz
Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V

- (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 Tarfteilnahme 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 §§ 13, 14 oder 55 SGB V erstattete bzw. vom Zahnarzt gemäß § 87 Abs. 1 a 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:

- erstes Jahr maximal 250,00 Euro
- zweites Jahr maximal 500,00 Euro
- drittes Jahr maximal 750,00 Euro

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:

1. ab dem 7. Jahr um 5 vom Hundert des Leistungsbetrages nach Satz 2,
2. ab dem 10. Jahr um 10 vom Hundert des Leistungsbetrages nach Satz 2,
3. ab dem 13. Jahr um 20 vom Hundert des Leistungsbetrages nach Satz 2.

Die AOK Nordost kann bei der Festsetzung der Leistungshöhe gemäß den Sätzen 4 bis 6 auf Antrag des Versicherten Zeiten der Teilnahme an einem Wahltarif zur Kostenerstattung bei Zahnersatz (§ 53 Abs. 4 SGB V) einer anderen AOK als Teilnahmezeit berücksichtigen, wenn der Wahltarif der anderen AOK vom Leistungsinhalt und den Regelungen zur Leistungshöhe mit dem Wahltarif der AOK Nordost vergleichbar ist.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen (inklusive aller dazugehörigen Belege, zum Beispiel 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 Absatzes 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 vom Hundert 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 Bindungswirkung entsteht für das Mitglied auch, wenn der Tarif nur für die nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen gewählt wurde. Der § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V gilt.

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

Abweichend hiervon ruht die Teilnahme am Tarif ohne Leistungsanspruch und Prämienzahlungen für längstens drei Jahre, 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 im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes 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 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten.

Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen regelmäßigen monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde.

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

§ 27
Auslandsreise-Wahltarif
Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V

- (1) Mitglieder mit Wohnsitz in Deutschland sowie in Deutschland versicherungspflichtig beschäftigte oder hauptberuflich selbstständig tätige Mitglieder mit Wohnsitz im angrenzenden Ausland (Grenzgänger), die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen mit Wohnsitz in Deutschland bzw. im Wohnland des Grenzgängers einen Tarif nach § 53 Abs. 4 SGB V für die Erstattung von Kosten bei Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland wählen. Der Tarif kann außerdem von im angrenzenden Ausland lebenden Mitgliedern gewählt werden, die eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und für die ohne den Rentenbezug bzw. die Rentenantragstellung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V aus der Mitgliedschaft eines Grenzgängers im Sinne von Satz 1 bestehen würde.
- (2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifs bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Versicherung und frühestens mit dem vom Mitglied gewählten Datum. Die Teilnahme am Tarif beginnt abweichend hiervon auf Wunsch des Versicherten rückwirkend mit Beginn der Versicherung, wenn die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen wegen Beginns einer eigenen Mitgliedschaft endet und der Tarif aus diesem Grund innerhalb von zwei Monaten nach dem Tag neu gewählt wurde, an dem der Versicherte vom Ende der Tarifteilnahme Kenntnis erlangt hat; dies gilt entsprechend in den Fällen, in denen die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen endet, weil die Familienversicherung nunmehr aus der Mitgliedschaft eines anderen Mitglieds abgeleitet wird.
- (3) Der Versicherte ist an die Wahl des Tarifs ein Jahr vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist). Die Bindungswirkung entsteht sowohl für das Mitglied als auch für die nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde. Die Teilnahme am Tarif wird durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei der AOK nicht berührt; dies gilt insbesondere auch bei einem Wechsel in eine Familienversicherung oder in eine Mitgliedschaft, in der die Beiträge komplett von Dritten getragen werden.

(4) Erstattet werden die dem Versicherten im Ausland entstandenen nachgewiesenen Kosten einschließlich der Zuzahlungen/Eigenanteile für medizinisch sofort notwendige

1. ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes,
2. ärztlich verordnete stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich der ärztlich angeordneten Fahrten mit einem Kranken- oder Rettungswagen sowie des ärztlich angeordneten Flugtransportes zum nächst erreichbaren Krankenhaus und der zusätzlich entstehenden Kosten für eine Rettung von der Skipiste (Pistenrettung); dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist; 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 bis 14 oder §§ 17 bis 18 SGB V oder im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts erstattete Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind hierauf anzurechnen.

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

Eine Kostenerstattung ist außerdem nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben haben. Die Kostenerstattung ist nicht auf Behandlungsfälle in Ländern beschränkt, in denen im Rahmen des über- bzw. zwischenstaatlichen Rechts Sachleistungsaushilfe zulasten eines Trägers im Aufenthaltsland in Anspruch genommen werden kann.

Bei Grenzgängern und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen mit Wohnsitz im Ausland ist der Anspruch auf Leistungen, die in Deutschland oder im Wohnland in Anspruch genommen wurden, ausgeschlossen. Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen Zeitraum von zusammenhängend längstens sechs Wochen begrenzt.

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tag ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK eingeht; er bezieht sich nur auf Leistungen, die nach diesem Datum beginnen, es sei denn, die Prämie ist noch nicht fällig geworden.

Sofern eine Prämie nach Absatz 5 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tage, an dem die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig entrichtet werden.

Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachentrichtet werden oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft.

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

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

Aus anderen als den o. a. Gründen kann ein fehlendes Verschulden im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn die vom Mitglied vorgebrachten und durch schriftliche Erklärung nachgewiesenen Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalls stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde.

- (5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Jahresprämie zu zahlen, die im Voraus für das Kalenderjahr zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 01.12. für das Folgekalenderjahr fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Jahr am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig. Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Jahr wird die Prämie anteilig berechnet. Für die Berechnung der anteiligen Prämie werden für volle Kalendermonate jeweils 1/12 der Jahresprämie zugrunde gelegt; im Übrigen erfolgt die Berechnung nach Kalendertagen.

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:

<u>Altersklassen</u>	<u>Jahresprämie in Euro</u>
Bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	6,00
Nach Vollendung des 65. Lebensjahres	12,00

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

- (7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, in dem der AOK die schriftliche Kündigung zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der einjährigen Bindungsfrist. Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. Die Bindungswirkung entsteht für das Mitglied auch, wenn der Tarif nur für die nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen gewählt wurde. Der § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V gilt.

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

Die AOK kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist und der Einzug der Prämien im Wege der Vollstreckung nicht möglich ist; die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Beendigung des Tarifs dem Versicherten bekannt gegeben wird.

- (8) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Prämien für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt; das Nähere ergibt sich aus Absatz 9.

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

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

- (9) Eine unbillige Härte ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn ein Mitglied des Familienverbundes Leistungen nach dem SGB III (Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegsopferversorge bezieht.

Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. gleichgeschlechtlicher Lebenspartner im Sinne des Partnerschaftsgesetzes 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 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten.

Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße.

Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen regelmäßigen monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde.

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

§ 28

Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen Wahltarif nach § 53 Abs. 5 SGB V

- (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 drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn; für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. Die Bindungswirkung entsteht für das Mitglied auch, wenn der Tarif nur für die nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen gewählt wurde. Der § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V gilt. Bei Versicherungsunterbrechungen gilt § 19 Abs. 2 SGB V entsprechend.
- (3) Erstattet werden dem Mitglied bei jährlicher Rezepteinreichung 90 vom Hundert der 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 Therapierichtung), sofern sowohl das Datum der ärztlichen Verordnung als auch das Datum der Abgabe des Arzneimittels in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fällt. Im Falle unterjähriger Einzeleinreichung von Rezepten beträgt die Erstattung 80 vom Hundert (Mindererstattung); dies gilt nicht bei unterjährigem Erreichen des Rechnungshöchstbetrages nach Absatz 4. Gegebenenfalls 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.

- (4) Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen jährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt, der sich aus der Anlage 3, die Bestandteil dieser Satzung ist, 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
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 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.

- (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 Höhe, Zahlungsweise und Fälligkeit der Prämie ist in der Anlage 3 geregelt, welche Bestandteil der Satzung ist.
- (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 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten.

Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 vom Hundert 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 im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes 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 eines besonderen Härtefalls, insbesondere im Falle einer unzumutbaren wirtschaftlichen Belastung bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann dieser Wahltarif abweichend von Absatz 2 Satz 4 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.

§ 29 Krankengeld-Wahltarif Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V

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

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

Diese Wahlerklärung wirkt zum Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie mit der Beitrittserklärung spätestens zum Beginn der Mitgliedschaft abgegeben wird, ansonsten jeweils vom Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats an, es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

Die Wahlerklärung wirkt rückwirkend ab Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis bzw. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 innerhalb der Frist nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

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 § 13 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 10,00 Euro bis 150,00 Euro 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 vom Hundert 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 vom Hundert 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 vom Hundert 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
10,00	5,40
20,00	10,80
30,00	16,20
40,00	21,60
50,00	27,00
60,00	32,40
70,00	37,80
80,00	43,20
90,00	48,60
100,00	54,00
110,00	54,00
120,00	64,80
130,00	70,20
140,00	76,60
150,00	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. Wesentliche Änderungen sind ohne Verzug mitzuteilen und wirken mit dem 1. des auf die Erklärung folgenden Kalendermonats.

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 5 wird zum gleichen Zeitpunkt fällig wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.
2. Die Prämien sind auch für die Dauer des Bezugs von Krankengeld und sonstigen Entgeltersatzleistungen zu zahlen.
3. Die Prämienzahlung endet in den Fällen der Absätze 11 Satz 1 und 3 und 12.

- (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 AOK wegen der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten; eine Zahlung von Krankengeld innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird,
 2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; wird die Mitwirkung nachgeholt, wird das Ruhen des Leistungsanspruchs rückwirkend aufgehoben,
 3. nach Absatz 12 Nr. 6 ab dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird.

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

- (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 drei 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.
- (11) Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich.

Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:

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

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

- (12) Unabhängig von einer Kündigung endet der Krankengeld-Wahltarif,
1. wenn der Versicherte nicht mehr zum Personenkreis nach Absatz 1 zählt, es sei denn, die Versicherung oder die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 ist längstens einen Monat unterbrochen oder der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 1 und 2,
 2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
 3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
 4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,
 5. wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird,
 6. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es 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 Tarifes. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend bei rechtswirksamer Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V.
- (14) 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 den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.

§ 30
Teilkostenerstattung
Wahltarif nach § 53 Abs. 7 SGB V

- (1) Die bei der AOK freiwillig versicherten DO-Angestellten, Versorgungsempfänger und deren versorgungsberechtigte Hinterbliebene, die von dem Wahlrecht des § 14 Abs. 2 SGB V Gebrauch gemacht haben, erhalten eine Teilkostenerstattung. Diese basiert auf den beihilfefähigen Aufwendungen nach dem jeweils geltenden Beihilferecht. An die Stelle der hiernach zu bewirkenden Leistung treten die aus der freiwilligen Versicherung nach dem SGB V und der RVO bestehenden Ansprüche auf die Kassenleistungen. Im Übrigen bleibt der Beihilfeanspruch insoweit erhalten, als er für freiwillig versicherte Tarifangestellte der Krankenkasse besteht, die einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V erhalten.
- (2) Die in Absatz 1 benannten Mitglieder können den „Tarif für Teilkostenversicherte“ wählen.
- (3) Die Erklärung zur Wahl der Teilkostenerstattung nach Absatz 1 gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifs für Teilkostenversicherte, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform. Bei Mitgliedern, deren Teilkostenversicherung nach Absatz 1 vor bzw. am 01.01.2009 begonnen hat, gilt der Tarif für Teilkostenversicherte ebenfalls als gewählt, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform. Die Erklärung zur Wahl des Tarifs für Teilkostenversicherte 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 nach Absatz 1 und frühestens zu dem vom Mitglied gewählten Datum.
- (4) Das Mitglied ist an die Wahl des Tarifs für Teilkostenversicherte drei Jahre vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist).
- (5) Mitglieder, die den Tarif für Teilkostenversicherte gewählt haben, erhalten nach Maßgabe der Absätze 6 bis 8 für die Dauer der Teilnahme eine monatliche Prämie. Der Zeitpunkt der Fälligkeit der monatlichen Prämie entspricht dem Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrages zur Krankenversicherung gemäß 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. Die Gewährung der Prämie erfolgt zweckgebunden zu dem am gleichen Tag fällig werdenden Beitrag zur Krankenversicherung. Mit der Teilnahme an diesem Tarif weist das Mitglied die AOK unwiderruflich an, die ihm zustehende Prämie unmittelbar bei Fälligkeit für den Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) zu vereinnahmen. Abweichend hiervon erfolgt vorrangig die Aufrechnung mit Ansprüchen auf Rückerstattung von Prämien gemäß Absatz 8 Satz 2.
- (6) Ausgangswert für die Prämienberechnung sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 240 SGB V in Verbindung mit 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; der § 223 und der § 238 a SGB V gelten entsprechend. Bei der Ermittlung des Ausgangswertes für die Prämienberechnung bleiben die folgenden Einnahmen außen vor:
 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 Berechnung der Prämie erfolgt durch Multiplikation des Ausgangswertes mit dem für die jeweilige Einnahmenart maßgeblichen Prämienatz. Der Prämienatz beträgt für
1. Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 228 SGB V): 50 vom Hundert des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V,
 2. Versorgungsbezüge (§ 229 SGB V): 50 vom Hundert des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V,
 3. Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit, soweit es neben der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird: 50 vom Hundert des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V,
 4. alle weiteren hinzuzurechnenden Einnahmen: 50 vom Hundert des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 SGB V.
- (8) Sofern Beiträge zur Krankenversicherung nachzuberechnen sind, ist die Prämie für den Zeitraum der Nachberechnung rückwirkend zu erhöhen; Absatz 5 Sätze 3 und 4 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 für Teilkostenversicherte kann durch das Mitglied schriftlich gekündigt werden; sie endet mit Ablauf des Monats, in dem die Kündigung der AOK zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist. Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif für Teilkostenversicherte ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. Die Teilnahme am Tarif für Teilkostenversicherte endet unabhängig davon mit dem Ende der Teilkostenversicherung nach Absatz 1 bei der AOK.
- (10) Das Mitglied kann den Tarif für Teilkostenversicherte ausnahmsweise vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK 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.

§ 31

Respiratorische Entwöhnungsbehandlung Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V

- (1) Die AOK führt ein Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung unter der Bezeichnung „Hebung von respiratorischem Entwöhnungspotenzial“ durch. Ziel der Versorgung ist die Wiedererlangung der Spontanatmungsfähigkeit von invasiv beatmungspflichtigen Versicherten. Eine Entwöhnung von der invasiven Beatmung bzw. Umstellung auf eine non-invasive Beatmung wird nach Fachstudienlage für einen Teil von Beatmungspflichtigen prognostiziert. Das Modellvorhaben steht in keinem Zusammenhang mit Wahlтарifen, Bonuszahlungen, Prämienmodellen oder Eigenbeteiligungen für Versicherte.
- (2) Grundsätzlich können an der Versorgung im Rahmen dieses Vertrages Versicherte der AOK teilnehmen, die nach einer mindestens drei Monate andauernden Phase der künstlichen durch Geräte unterstützten Beatmung in Folge einer schweren Primärerkrankung nicht kurzfristig wieder zur eigenständigen Spontanatmung zurückkehren können, sondern hierzu einer längeren Entwöhnungsbehandlung bedürfen. Weitere Voraussetzung zur Teilnahme von Versicherten ist eine Mindestrekonvaleszenzzeit von drei Monaten seit der Entlassung aus einem Krankenhaus (Abstandsgebot).

- (3) Eine Entwöhnungsbehandlung kommt nicht in Betracht, wenn Kriterien vorliegen, die von vorn herein erkennen lassen, dass sich das Ziel der Wiedererlangung der selbstständigen Atmungsfähigkeit nicht oder noch nicht erreichen lässt. Insbesondere gelten als positive Auswahlkriterien hinsichtlich eines Entwöhnungspotenziales im allgemeinen:
- ausreichender Hustenreflex
 - ausreichende Oxygenierung unter Beatmung
 - keine Atemantriebsstörungen
 - ausreichende Ventilation
 - stabile Herz-/Kreislaufverhältnisse
 - Normovolämie

Insbesondere gelten als negative Auswahlkriterien hinsichtlich eines Entwöhnungspotenziales im allgemeinen:

- amyotrophe Lateralsklerose – Muskelerkrankung
 - hohe Querschnittslähmung
 - schwere akute Erkrankung
 - Multimorbidität
 - chronische Erkrankungen
 - Adipositas
 - Mangelerkrankungen
 - ggf. hohes Alter
 - gestörter Atemantrieb
 - ggf. psychische Faktoren.
- (4) Die für das Modellvorhaben in Frage kommenden invasiv beatmungspflichtigen Versicherten werden durch das Besondere Fallmanagement der AOK ermittelt. Die AOK entscheidet im Zusammenwirken mit dem MDK über das Vorliegen der medizinischen Teilnahmevoraussetzungen. Weitere Voraussetzung zur Teilnahme am Modellvorhaben ist die schriftliche Erklärung des Versicherten über die Teilnahme und zur Einwilligung der Verwendung seiner Sozialdaten. Das Krankenhaus erhält alle verfügbaren Falldaten der selektierten Versicherten und bestellt diese nach Kapazitätslage des Krankenhauses ein. Den genauen Zeitpunkt der Einbestellung bestimmt demnach das Krankenhaus in Abstimmung mit der AOK.
- (5) Das Modellvorhaben vollzieht sich in den drei Phasen Einbestellung, der eigentlichen Entwöhnungstherapie sowie einer mehrfachen Wiedereinbestellung zur Kontrolle der Atmungskonstitution jeweilig im Krankenhaus. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Einbestellung in ein Krankenhaus und endet mit der letzten Nachuntersuchung im Krankenhaus.
- (6) Die Finanzierung gestaltet sich in der Weise, dass die durch das Modellvorhaben vorgesehenen Mehrleistungen durch das Modell ausgeglichen werden. Über eine Fortführung oder Weiterentwicklung des Modellvorhabens wird nach Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens und der Behandlungsergebnisse im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation befunden. Hierzu veranlasst die AOK eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung des Modellvorhabens im Hinblick auf die Erreichung der Ziele des Modellvorhabens nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards. Der von unabhängigen Sachverständigen erstellte Bericht über die Ergebnisse der Auswertung wird unter Wahrung der gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz veröffentlicht.
- (7) Das Modellvorhaben ist auf Versicherte mit Wohnsitz in der Region Berlin-Brandenburg begrenzt.
- (8) Das Modellvorhaben beginnt am 01.07.2010 und ist auf 2 Jahre begrenzt.

**§ 32
nicht besetzt**

**§ 33
nicht besetzt**

**§ 34
nicht besetzt**

**§ 35
nicht besetzt**

Fünfter Abschnitt

Beiträge

**§ 36
Beitragssätze**

- (1) Der allgemeine Beitragssatz wird in Höhe des gesetzlich festgelegten Beitragssatzes von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder erhoben.
- (2) Der ermäßigte Beitragssatz wird in Höhe des gesetzlich festgelegten Beitragssatzes von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder erhoben.

**§ 37
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.]

**§ 38
Fälligkeit und Zahlung der Beiträge**

- (1) Laufende Beiträge, die geschuldet werden, werden entsprechend den Regelungen dieser Satzung und der Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes fällig, soweit im Gesetz nichts Abweichendes geregelt ist.
- (2) Zahlungspflichtige, die mit der Beitragszahlung in Rückstand sind, werden gemahnt. Im Rahmen von § 19 Abs. 2 VwVG wird eine pauschale Mahngebühr wie folgt erhoben:
 - bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von 749,99 EUR 0,80 EUR
 - bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von 1.499,99 EUR 4,00 EUR
 - ab einem Mahnbetrag in Höhe von 1.500,00 EUR 7,50 EUR.

§ 39

Stundung und Erhebung der 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.

§ 40

Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

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

§ 41

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 zwei Monate 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. einen längeren Entgeltabrechnungszeitraum als einen Monat haben und nicht mindestens monatliche Abschläge auf die Arbeitsentgelte leisten,

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

Sechster Abschnitt

Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle

§ 42

Widerspruchsausschüsse und Einspruchsstelle

- (1) Bei der AOK werden als Widerspruchsstelle nach § 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG in der erforderlichen Anzahl Widerspruchsausschüsse eingerichtet. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat bestellt.
- (2) Den Widerspruchsausschüssen gehören als Mitglieder je ein Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber des Verwaltungsrates der AOK sowie der Vorsitzende des Vorstandes oder ein vom Vorstand Beauftragter mit beratender Stimme an. Zu Mitgliedern der Widerspruchsausschüsse können neben stellvertretenden Mitgliedern des Verwaltungsrates auch Personen, die die Wählbarkeitsvoraussetzungen zum Verwaltungsrat der AOK erfüllen, bestellt werden. Für jedes Mitglied der Widerspruchsausschüsse sind je 2 Stellvertreter zu bestimmen. Ist ein Mitglied verhindert, so nimmt das nächst folgende stellvertretende Mitglied der Gruppe teil
- (3) Die Widerspruchsausschüsse wählen aus ihrer Mitte je einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden. Sie führen den Vorsitz bei gegenseitiger Stellvertretung abwechselnd für je ein Jahr. Der Vorsitzende und der Stellvertretende Vorsitzende dürfen nicht derselben Gruppe angehören.
- (4) Die Widerspruchsausschüsse entscheiden über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist. Außerdem nehmen sie die Befugnisse nach § 112 Abs. 2 SGB IV, § 69 OWiG (Einspruchsstelle) wahr.
Näheres über die Führung der Verwaltungsgeschäfte bestimmt der Vorstand in Richtlinien (§ 36 a in Verbindung mit § 35 Abs. 2 SGB IV).
- (5) Für die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse gelten u. a. die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes, insbesondere über den Amtsverlust, die Amtsdauer, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung entsprechend.

Siebter Abschnitt

§ 43 Organe der AOK

- (1) Organe der AOK sind der Verwaltungsrat und der Vorstand. Sie wirken bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben vertrauensvoll zusammen.
- (2) Im Rahmen der jeweiligen Aufgabenwahrnehmung innerhalb der Gremienstrukturen des AOK-Bundesverbandes berücksichtigen Verwaltungsrat und Vorstand die dem jeweils anderen Organ gesellschaftsvertraglich sowie nach den maßgeblichen Regelungen des Sozialgesetzbuches zustehenden Kompetenzen.

§ 44 Verwaltungsrat und seine Mitglieder

- (1) Der Verwaltungsrat der AOK hat 30 Mitglieder. Er setzt sich aus je 15 Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber zusammen. Für die Stellvertretung der Verwaltungsratsmitglieder gilt § 43 Abs. 2 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV.
- (2) Mitglieder des Verwaltungsrates und ihre Stellvertreter werden Mitglieder des Verwaltungsrates an dem Tag, an dem die erste Sitzung des Verwaltungsrates stattfindet (Konstituierende Sitzung).
- (3) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich jeweils zum 1. Januar.

§ 45 Aufgaben des Verwaltungsrates

- (1) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK von grundsätzlicher Bedeutung sind.

- (2) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere
1. Grundsatzentscheidungen der sozial- und unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK in gesundheits- und sozialpolitischen und strategischen Fragen,
 2. Wahl des Vorstandes und aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden,
 3. Vertretung der AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern,
 4. Vereinbarung von strategischen Zielen der Sozial- und Unternehmenspolitik mit dem Vorstand innerhalb der Grenzen der Grundsatzentscheidungen,
 5. Überwachung des Vorstandes u. a. durch Entgegennahme der Berichte des Vorstandes über die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen, die finanzielle Situation und Entwicklung sowie die Erreichung der Jahresziele (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V, § 35 a Abs. 2 SGB IV),
 6. Bestellung eines externen Prüfers für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV) und Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung,
 7. Feststellung des Haushaltsplans,
 8. Aufstellung und Änderung der Satzung,
 9. Zustimmung zur Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung und des Stellenplans,
 10. Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,
 11. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat,
 12. Beschlussfassung über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen,
 13. Wahrnehmung von Aufgaben in den anderen, durch Gesetz oder maßgebendes Recht bestimmten Fällen.
- (3) Bei Satzungsänderungen ist der Verwaltungsrat nur beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder; aus denen sich der Verwaltungsrat zusammensetzt, anwesend und stimmberechtigt ist. Beschlüsse über Änderungen der Satzung bedürfen der einfachen Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder. Im Übrigen gilt § 64 SGB IV. Satzungsänderungen nach § 44 Abs. 4 SGB IV bedürfen der Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder.

- (4) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen über
1. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
 2. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung sowie Änderungen von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhaltes zur Beseitigung offener Unrichtigkeiten handelt,
 3. Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,
 4. Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen oder besonders eilbedürftig sind. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, stellen die Verwaltungsratsvorsitzenden gemeinsam fest.

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

- (5) Zur Aufgabenwahrnehmung finden jährlich mindestens vier Sitzungen des Verwaltungsrates statt; der Vorsitzende des Verwaltungsrates beruft zu den Sitzungen ein. Er soll hierbei im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden handeln. Darüber hinaus kann der Vorsitzende des Verwaltungsrates im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates bei Bedarf weitere Sitzungen einberufen, insbesondere wenn
1. mindestens ein Drittel der Verwaltungsratsmitglieder oder
 2. der Vorstand dieses beantragt oder
 3. die Aufsichtsbehörde es verlangt.

Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden. § 63 Abs. 3 Sätze 2 und 3 SGB IV gilt entsprechend. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

- (6) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere
1. die Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht verstoßen,
 2. die Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei der Ergänzung des Verwaltungsrates,
 3. Anzeige und Benachrichtigung über das Ergebnis der Wahl und über Änderungen in der Zusammensetzung des Verwaltungsrates.

§ 46 Vorstand

- (1) Der Vorstand besteht aus zwei, bis zum 31.07.2012 aus drei Mitgliedern. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre. Wiederwahl ist möglich. Der Verwaltungsrat kann festlegen, dass die Amtszeit eines Mitgliedes zum 31.07.2012 endet.
- (2) Der Vorstand führt die Geschäfte der AOK, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Im Rahmen der dem Vorstand obliegenden Gesamtverantwortung und der aufgestellten Richtlinien führt jedes Mitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand, bei Stimmengleichheit der Vorsitzende des Vorstandes (§ 35 a Abs. 1 und 3 SGB IV).
- (3) Der Vorstand handelt unter Berücksichtigung der vom Verwaltungsrat bestimmten Grundsatzentscheidungen und trifft alle zu ihrer Realisierung erforderlichen Entscheidungen.
- (4) Soweit Beschlüsse der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes nicht der Zustimmung des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes bedürfen, hat sich der Vorstand unverzüglich nach Einberufung der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes mit den Vorsitzenden des Verwaltungsrates darüber abzustimmen, wie die Gesellschafterrechte der AOK unter Beachtung der satzungsmäßigen und gesetzlichen Aufgaben und Befugnisse des Verwaltungsrates der AOK wahrgenommen werden.
- (5) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:
 1. die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Aufgaben der Unternehmenspolitik und -strategie, der Sozial- und Gesundheitspolitik im Rahmen seiner gesetzlichen Zuständigkeit,
 2. die Zielplanung und Aufstellung von Jahreszielen im Rahmen der mit dem Verwaltungsrat getroffenen Zielvereinbarungen,
 3. Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über
 - a) Umsetzung von Grundsatzentscheidungen,
 - b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
 - c) die Einhaltung der Jahresziele,
 4. Aufstellung von Richtlinien für den Vorstand,
 5. Bericht gegenüber dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen,
 6. sonstige Aufgaben, die durch Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht dem Vorstand zugewiesen sind.

§ 47 Vertretung der AOK

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

§ 48 Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder

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

§ 49 Versichertenälteste, Vertrauensleute

- (1) Von den Vertretern der Versicherten im Verwaltungsrat können Versichertenälteste und von den Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat Vertrauensleute gewählt werden (§ 39 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB IV). Gewählt werden kann auch, wer nicht Mitglied im Verwaltungsrat ist. Im Regelfall ist für jeden dieser Gewählten ein Stellvertreter zur Vertretung im Fall der Verhinderung zu wählen. Bei Ausscheiden des Versichertenältesten oder des Vertrauensmannes rückt sein Stellvertreter im Amt nach. Für die Amtsdauer gilt § 58 Abs. 2 SGB IV entsprechend.
- (2) Versichertenälteste können gewählt werden für
 1. Teile des Bezirks der AOK,
 2. Betriebe,
 3. Berufsgruppen.
- (3) Die Versichertenältesten haben insbesondere die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung mit den Versicherten und den Anspruchsberechtigten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen (§ 39 Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

- (4) Vertrauensleute können gewählt werden für
 - 1. Teile des Bezirks der AOK,
 - 2. Gruppen von Arbeitgebern.

- (5) Die Vertrauensleute haben insbesondere die Aufgabe, die Interessen der AOK in den Betrieben wahrzunehmen und die Arbeitgeber in Fragen der Krankenversicherung zu beraten.

Achter Abschnitt

Verwaltung der Mittel

§ 50 Rücklage

Die Rücklage beträgt 25 vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Zwecke.

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

- (1) Der Vorstand hat die Betriebs- und Rechnungsführung der AOK zu prüfen. Der Vorstand kann zur Durchführung dieser Aufgaben die interne Revision einsetzen, die an den laufenden Verwaltungsgeschäften nicht beteiligt sein darf. Die Prüfung erstreckt sich auch darauf, ob die übrigen Geldanlagen vorschriftsmäßig angelegt sind und wie die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden.
- (2) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt; der Vorstand veranlasst eine interne oder externe Rechnungsprüfung (§ 77 Abs. 1 Satz 1 SGB IV, § 31 SVHV).
- (3) Der Verwaltungsrat bestellt den externen Prüfer für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV). Die Abnahme der Jahresrechnung erfolgt durch den Verwaltungsrat.

Neunter Abschnitt

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§ 52 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

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

Zehnter Abschnitt

Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 53 Bekanntmachungen

- (1) Die Satzung wird förmlich im Bundesanzeiger veröffentlicht.
- (2) Die Bekanntmachungen der AOK erfolgen im Übrigen im Bundesanzeiger oder in Tageszeitungen oder durch Auslage in den Geschäftsräumen oder durch öffentlichen Anschlag.
- (3) Der Vorstand ist befugt, Schreibfehler und ähnliche offenbare Unrichtigkeiten jederzeit zu berichtigen.

§ 54 Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 01.01.2011 in Kraft.

Anlage 1

zur Satzung der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

in der Fassung des 2. Nachtrags vom 26.09.2011 mit Wirkung ab 01.11.2011

Ausgleich von Arbeitgebereaufwendungen bei Krankheit und
Mutterschaft nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)
gemäß § 52 der Satzung

Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Maßgebende Rechtsnormen

§ 1

Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen

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

Beteiligte Arbeitgeber

§ 2

Beteiligte Arbeitgeber

- (1) An dem Ausgleichsverfahren nehmen die Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer im Sinne des § 1 und des § 3 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) beschäftigen.
- (2) Nicht an dem Ausgleichsverfahren beteiligt sind die in § 11 und in § 12 AAG genannten Personen, Einrichtungen und Verbände.
- (3) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen alle Arbeitgeber teil.

Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber

§ 3

Erstattungsgrundlagen

- (1) Die AOK erstattet den an den Ausgleichsverfahren der Ausgleichskasse bei Arbeitsunfähigkeit beteiligten Arbeitgebern die Aufwendungen entsprechend des gewählten Umlagesatzes (Näheres regelt § 7 Abs. 1) des für den in § 3 und den in § 9 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) bezeichneten Zeitraum an Arbeiter und Auszubildende fortgezahlten Arbeitsentgeltes.

Diese Aufwendungen des Arbeitgebers (nach Nummer 1) werden bis zum Betrag der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.

- (2) Die AOK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern
 1. das nach § 11 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) bei Beschäftigungsverbot gezahlte Arbeitsentgelt (Aufwendungen aus Anlass der Mutterschaft) sowie den vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 MuSchG gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld gemäß § 1 Abs. 2 AAG in voller Höhe sowie
 2. den Arbeitgeberanteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrages für das nach § 11 MuSchG gezahlte Arbeitsentgelt.

§ 4

Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen

Mit den in § 7 Abs. 1 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die erstattungsfähigen Aufwendungen entfallenden Arbeitgeberanteile der Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, zur Bundesagentur für Arbeit, zur sozialen Pflegeversicherung und nach § 172 Abs. 2 SGB VI sowie Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI abgegolten.

§ 5

Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

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

Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage, Vorschüsse

§ 6

Aufbringung der Mittel

- (1) Die Mittel zur Durchführung des Ausgleichsverfahrens werden durch Umlagen von den beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.
- (2) Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig.

§ 7

Umlagesätze und Erstattungssätze

- (1) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (§ 3 Abs. 1) beträgt
 1. 1,3 vom Hundert bei einem Erstattungsanspruch von 40 vom Hundert,
 2. 2,0 vom Hundert bei einem Erstattungsanspruch von 50 vom Hundert,
 3. 2,5 vom Hundert bei einem Erstattungsanspruch von 80 vom Hundert.

Der Arbeitgeber ist an seinen gewählten Umlagesatz für ein Kalenderjahr gebunden.

- (2) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Abs. 2 Nr. 1) beträgt 0,35 vom Hundert bei einem Erstattungsanspruch von 100 vom Hundert.
- (3) Der Umlage liegt die Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG zugrunde.

§ 8 Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern

Die AOK kann von umlagepflichtigen Arbeitgebern entsprechend § 41 der Satzung Vorschüsse verlangen.

Verwaltung der Mittel

§ 9 Verwaltung der Mittel

- (1) Die AOK verwaltet die Mittel für das Ausgleichsverfahren als Sondervermögen.
- (2) Es werden getrennte Betriebsmittel gebildet
 1. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (§ 3 Abs. 1, § 7 Abs. 1) und
 2. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft (§ 3 Abs. 2, § 7 Abs. 2).

§ 10 Haushaltsplan

- (1) Der Vorstand stellt den Haushaltsplan in Ausgleichsangelegenheiten bis spätestens zum 31. Oktober vor Beginn des Haushaltsjahres auf, für das er gelten soll, und legt diesen den Vertretern der Arbeitgeber in dem Verwaltungsrat zur Beschlussfassung (Feststellung) vor.
- (2) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat stellen den Haushaltsplan fest.

§ 11 Jahresrechnung

- (1) Der Vorstand stellt die Jahresrechnung in Ausgleichsangelegenheiten auf. Der Vorstand hat die Jahresrechnung in geeigneter Weise prüfen zu lassen (§ 77 Abs. 1 Satz 1 SGB IV, § 31 SVHV).
- (2) Die Vertreter der Arbeitgeber in dem Verwaltungsrat nehmen die Jahresrechnung ab und erteilen dem Vorstand Entlastung.

Verwaltungsrat

§ 12 Mitwirkung

In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

§ 13 Vorsitz

- (1) Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, in Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder zum stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates gewählt worden ist.
- (2) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat wählen für Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens aus ihrer Mitte einen stellvertretenden Vorsitzenden.

Widerspruchsausschüsse und Einspruchsstelle

§ 14 Widerspruchsausschüsse und Einspruchsstelle

Die Bestimmungen des § 42 der Satzung über Besetzung, Aufgaben und Befugnisse der Widerspruchsausschüsse und Einspruchsstelle gelten mit der Maßgabe, dass in Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG in den Widerspruchsausschüssen nur Vertreter der Arbeitgeber mitwirken.

In-Kraft-Treten

§ 15 In-Kraft-Treten

Diese Anlage zur Satzung tritt am 01.01.2011* in Kraft.

* in der Fassung des 2. Nachtrags vom 26.09.2011 mit Wirkung ab 01.11.2011

Anlage 2

zur Satzung der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Entschädigungsregelung

für die ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltung

der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

**Entschädigungsregelung
für die ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltung
der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse**

§ 1

Erstattung der Auslagen

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates oder ihre Stellvertreter erhalten Entschädigung für ihre baren Auslagen (§ 41 Abs. 1 Satz 1 SGB IV) nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamten des Bundes (BRKG).
- (2) Erstattet werden die tatsächlichen Beförderungskosten; die Organmitglieder haben selbst verantwortlich zu prüfen, welches Beförderungsmittel zweckmäßig ist. Bei der Benutzung eines Kraftwagens wird der Pauschbetrag nach § 5 Abs. 2 BRKG in der jeweils gültigen Fassung gezahlt. Ist die Inanspruchnahme eines Flugzeugs notwendig, sind grundsätzlich nur die Kosten der Economy-Class erstattungsfähig, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- (3) Bei der Inanspruchnahme eines Kraftfahrers durch das Organmitglied wird für den Fahrer Tage- und Übernachtungsgeld nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamten des Bundes gezahlt, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

§ 2

Ersatz des Arbeitsverdienstes

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten den tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beträge nach § 163 Abs. 3 SGB VI erstattet. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV). Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ein Drittel des in Satz 2 genannten Höchstbetrages zu ersetzen. Der Verdienstausschlag wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen.

§ 3

Pauschbetrag für den Zeitaufwand

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates oder ihre Stellvertreter erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung unabhängig von der Zahl der Sitzungen als Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Abs. 3 Satz 1 SGB IV) 62 Euro.
- (2) Den Pauschbetrag nach Absatz 1 erhalten Verwaltungsratsmitglieder, die nicht zugleich Vorsitzende des Verwaltungsrates sind, im Einzelfall bei einer außergewöhnlichen Inanspruchnahme auch außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen, wenn sie im Auftrag des Verwaltungsrates oder der Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder der Vorsitzenden des Ausschusses tätig werden. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Interessen. In Betracht kommt für diese Fälle die Gewährung eines Pauschbetrages für Sitzungen oder eines Bruchteiles hiervon.

§ 4

Gruppenvorbesprechungen, Ausschusssitzungen und Sprechstundentätigkeit von Versichertenältesten/Vertrauensleuten

- (1) Für die Gruppenvorbesprechungen, soweit sie vom Verwaltungsrat beschlossen worden sind, gelten die §§ 1, 2 und 3 sinngemäß. Dies gilt auch für die Tätigkeit der Organmitglieder in Ausschüssen des Verwaltungsrates, mit der Maßgabe, dass die Vorsitzenden der Ausschüsse für die Tätigkeit im Ausschuss den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 3) beanspruchen können.
- (2) Die für Versichertenälteste und Vertrauensleute für ihre Sprechstundentätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen werden durch einen monatlichen Pauschbetrag von 52 Euro abgegolten.

§ 5

Entschädigung für den Verwaltungsratsvorsitzenden und seinen Stellvertreter für Tätigkeit außerhalb der Sitzungen

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält zur Abgeltung der Auslagen für seine Tätigkeit außerhalb der Sitzungen (§ 41 Abs. 1 Satz 2 SGB IV) einen Pauschbetrag von je 64 Euro monatlich und für den Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen (§ 41 Abs. 3 Satz 2 SGB IV) einen Pauschbetrag von je 496 Euro monatlich. Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält entsprechende Pauschbeträge nach Satz 1.

§ 6

Entschädigung bei Aufgabenwahrnehmung nach dem SGB XI

- (1) Die vorstehend genannten Regelungen gelten sinngemäß, soweit die Verwaltungsratsmitglieder Aufgaben nach dem SGB XI wahrnehmen.
- (2) Soweit nach den vorstehend genannten Regelungen Pauschbeträge gewährt werden, sind diese auf die im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung nach dem SGB V gewährten Pauschbeträge anzurechnen.

§ 7

Inkrafttreten

Diese Entschädigungsregelung tritt am 01.01.2011 in Kraft.

Anlage 3

zur Satzung der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Wahltarif für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

gemäß § 28 der Satzung

Wahltarif für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Leistungen

Die Teilnehmer haben Anspruch auf Leistungen nach diesem Tarif. Erstattungsfähig sind die in § 28 Abs. 3 der Satzung der AOK beschriebenen Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen. Eine Erstattung im Rahmen dieses Tarifs ist nicht möglich für

- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dies sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.
- Arzneimittel der „Negativliste“ nach § 34 Abs. 3 SGB V.

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

- für Kinder bzw. Jugendliche mit Entwicklungsstörungen ab dem Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder
- nach den Arzneimittelrichtlinien bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und 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 vom Hundert 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 vom Hundert, 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 12 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 12 Jahren auf den jährlichen Rechnungshöchstbetrag des familienversicherten Ehegatten/Lebenspartners angerechnet.

Konditionen und Zahlungsweise

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, die im Voraus für den Kalendermonat oder wahlweise für ein Jahr im Voraus zu entrichten ist. 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 vom Hundert 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 Jahres Leistungen aus diesem Tarif nicht in Anspruch genommen hat, wird ein Bonus in Höhe des in der Konditionentabelle für seine Altersklasse genannten Betrages gewährt. Der Bonus wird nach Ablauf von zwei Kalendermonaten nach Ende des Teilnahmejahres erstattet; das Mitglied ist verpflichtet, die Rezepte für die Erstattung bis zu diesem Termin einzureichen.

Es gelten die folgenden Konditionen:

Altersklassen	Monatsprämie in Euro	Monatsprämie bei jährlicher Zahlungsweise in Euro	Jahresrechnungshöchstbetrag in Euro	Bonus bei Leistungsfreiheit im Teilnahmejahr in Euro
ab Vollendung des 12. bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres	4,50	4,32	140,00	25,00
bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres	7,50	7,20	180,00	35,00
bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres	9,50	9,12	200,00	50,00
nach Vollendung des 50. Lebensjahres	14,50	13,92	260,00	75,00

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.