



Satzung

**AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse**

Inkrafttreten: 01.01.2017



AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Kasernenstraße 61
40213 Düsseldorf

Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Inkrafttreten: 01.01.2017

Erster Abschnitt:	Namen und Aufgaben
§ 1	Name, Sitz und Bezirk
§ 2	Aufgaben

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 Verhütung von Krankheiten, zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben sowie zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Förderung der Selbsthilfe
§ 7 a	Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
§ 8	Leistungen für neue Behandlungsmethoden
§ 9	Ärztliche Zweitmeinung
§ 9 a	Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)
§ 9 b	Besondere Versorgung
§ 9 c	Hausarztzentrierte Versorgung
§ 9 d	Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung
§ 10	Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen
§ 11	Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter
§ 12	Mehrleistungen zur Haushaltshilfe
§ 12 a	- nicht besetzt -
§ 12 b	Mehrleistungen zu Arznei- und Heilmitteln
§ 12 c	Mehrleistungen zur Hebammenhilfe
§ 12 d	Mehrleistungen zur künstlichen Befruchtung
§ 12 e	Mehrleistungen für einfachste Maßnahmen der Behandlungspflege
§ 12 f	Mehrleistungen zur Zahnvorsorge
§ 12 g	Mehrleistungen zur zahnärztlichen Behandlung
§ 13	Hospize
§ 14	Sonderregelungen über Krankengeld
§ 15	Kostenerstattung
§ 16	Teilkostenerstattung
§ 16 a	Leistungsausschluss
§ 17	Empfangsberechtigung
§ 17 a	Auskünfte an Versicherte

Vierter Abschnitt:	Beiträge
§ 18	Beiträge und Beitragssätze
§ 19	- nicht besetzt -
§ 20	Fälligkeit und Zahlung der Beiträge
§ 20 a	- nicht besetzt
§ 21	- nicht besetzt -
§ 22	Vorschüsse
§ 23	Erstattungen

Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Inkrafttreten: 01.01.2017

Fünfter Abschnitt: Wahltarife/Bonustarife/Zusatzversicherungen	
§ 24	- nicht besetzt -
§ 25	Tarif für besondere Versorgungsformen
§ 26	Tarif für Kostenerstattung für Leistungen im Ausland (<i>vigo select Ausland</i>)
§ 27	Tarif für Kostenerstattung „Krankenhauszuzahlung“ (<i>vigo select Zuzahlung</i>)
§ 28	Tarif für die Kostenerstattung bei Wahlleistung „Ein- oder Zweibettzimmer“ im Krankenhaus (<i>vigo select Ein-/Zweibettzimmer</i>)
§ 29	Tarif für die Kostenerstattung bei Zahnersatz (<i>vigo select Zahn</i>)
§ 30	Tarif für die Kostenerstattung für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung
§ 31	Wahltarif Krankengeld (<i>vigo select Krankengeld</i>)
§ 32	Tarif für Teilkostenversicherte
§ 33	Tarif für die Kostenerstattung bei Vorsorgeleistungen zur Zahngesundheit (<i>vigo select Zahnprophylaxe</i>)
§ 34	Tarif für die Kostenerstattung bei häuslicher Krankenpflege (<i>vigo select Häusliche Krankenpflege</i>)
§ 34 a	Tarif für Kostenerstattung bei Brillen (<i>vigo select Brille</i>)
§ 35	Tarif für die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung (<i>vigo select Kieferorthopädie</i>)
§ 36	Wahltarif Bonus mit Zusatzbonus (<i>vigo bonus PLUS</i>)
§ 37	Tarif für die Kostenerstattung für die ambulante ärztliche Versorgung (<i>vigo select Kostenerstattung</i>)
§ 38	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
§ 39	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten im Bereich der Zahngesundheit
§ 40	Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

Sechster Abschnitt: Widerspruchsstellen	
§ 41	Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

Siebter Abschnitt: Mitgliedschaften und Zusammenwirken	
§ 42	Mitgliedschaften
§ 43	Zusammenwirken
§ 44	Bindung an Grundsatzentscheidungen
§ 45	Bindung an Verträge und Richtlinien

Achter Abschnitt: Organisationsstruktur und Selbstverwaltung	
§ 46	Organisationsstruktur
§ 47	Organe der AOK Rheinland/Hamburg
§ 48	Verwaltungsrat
§ 49	Vorstand
§ 50	Regionalbeiräte
§ 51	Vertretung der AOK Rheinland/Hamburg
§ 52	Entschädigung und Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates und der Mitglieder der Regionalbeiräte

Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Inkrafttreten: 01.01.2017

Neunter Abschnitt:	Verwaltung der Mittel
§ 53	Rücklage
§ 54	Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung sowie der Jahresrechnung
Zehnter Abschnitt:	Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft ("Ausgleichsverfahren")
§ 55	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)
Elfter Abschnitt:	Bekanntmachungen, Aufsicht und Inkrafttreten
§ 56	Bekanntmachungen
§ 56 a	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse
§ 57	Aufsicht
§ 58	Inkrafttreten
Anhang 1	Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die Mitglieder der Regionalbeiräte
Anhang 2	Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft ("Ausgleichsverfahren")
Anhang 3	Wahltarife; Tarifübersichten

Erster Abschnitt:
Namen und Aufgaben

§ 1

Name, Sitz und Bezirk

- (1) Die Krankenkasse führt den Namen AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse und hat ihren Sitz in Düsseldorf.
- (2) Der Bezirk der AOK Rheinland/Hamburg erstreckt sich auf den Landesteil Rheinland (Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln) des Landes Nordrhein-Westfalen und auf das Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg (Region Rheinland/Hamburg).
- (3) Die AOK Rheinland/Hamburg ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

§ 2

Aufgaben

- (1) Die AOK Rheinland/Hamburg engagiert sich als Gesundheitskasse. Sie hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Als Gesundheitskasse ist es ihr ein besonderes Anliegen, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung zu informieren und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken. Die AOK Rheinland/Hamburg nimmt zudem Aufgaben der Pflegekasse wahr (§ 1 Abs. 3 SGB XI). Überdies nimmt die AOK Rheinland/Hamburg die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes im Landesteil Rheinland (Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln) des Landes Nordrhein-Westfalen nach § 207 Abs. 4 SGB V und auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg nach § 207 Abs. 4 a SGB V wahr.
- (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 begleitet sie die AOK Rheinland/Hamburg durch Information, Beratung und Leistungen. Sie wirkt auch auf gesunde Lebensverhältnisse hin.
- (3) Die AOK Rheinland/Hamburg informiert und berät die Arbeitgeber ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.
- (4) Die AOK Rheinland/Hamburg wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik im Land Nordrhein-Westfalen und in der Freien und Hansestadt Hamburg 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.
- (5) Die AOK Rheinland/Hamburg engagiert sich intensiv bei der Qualitätssicherung in der Medizin, dies sowohl in Gemeinsamkeit mit den Vertragspartnern als auch durch individuelle Wahrnehmung der Interessen ihrer Versicherten.
- (6) Im Einzelnen erfüllt die AOK Rheinland/Hamburg die ihr als Krankenkasse und als Landesverband durch Gesetz und Satzung übertragenen sowie die zugelassenen Aufgaben.

Zweiter Abschnitt:
Versicherter Personenkreis

§ 3
Mitglieder

Mitglieder der AOK Rheinland/Hamburg können werden

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. Studenten und Berufspraktikanten,
3. Selbstständige,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endet,
5. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten,

wenn die weiteren gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen können der Kasse nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 4
Familienangehörige

Ehegatten, der Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind familienversichert, wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

§ 5
Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- (1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder beginnt mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, soweit nicht gesetzliche Vorschriften entgegenstehen. Wurde die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer anderen Krankenkasse gekündigt und die AOK Rheinland/Hamburg gewählt, beginnt die AOK-Mitgliedschaft mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.
- (2) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder beginnt mit dem Tag ihres Beitritts, sofern sich aus § 188 Abs. 2 oder Abs. 4 SGB V nichts anderes ergibt.
- (3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt, sofern sich aus § 175 Abs. 4, § 189 Abs. 2, § 190 oder § 192 SGB V nichts anderes ergibt.

Abweichend hiervon endet die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger und freiwilliger Mitglieder zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt.

Dies setzt voraus, dass

- die Mitgliedschaft mindestens 18 Monate bestanden hat, sofern nicht nach § 175 Abs. 4 SGB V ein vorzeitiges Kündigungsrecht besteht,

und

- für Mitglieder, die einen Wahltarif nach dem fünften Abschnitt dieser Satzung gewählt haben, die sich daraus ergebende besondere ein- bzw. dreijährige Mindestbindungsfrist (§ 53 Abs. 8 SGB V) abgelaufen ist.

- (4) Erklärt das freiwillige Mitglied wegen der bestehenden Voraussetzung einer Familienversicherung seinen Austritt, so endet die Mitgliedschaft mit dem Tag vor Beginn des Vorliegens der Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 SGB V, ggf. auch rückwirkend.
- (5) Die Mindestbindungsfrist von 18 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder sowie die besonderen Bindungsfristen aus Wahlтарifen gemäß dem fünften Abschnitt dieser Satzung gelten nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet wird.

Dritter Abschnitt:
Leistungen

§ 6

Art und Umfang der Leistungen

- (1) Die AOK Rheinland/Hamburg gewährleistet, dass
- ihre Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise umfassend und schnell erhalten,
 - die zur Leistungserbringung erforderlichen Personen, Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen und
 - der Zugang zu den Leistungen einfach gestaltet wird.
- (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 Verschlimmerungen, insbesondere Prävention, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten; pflegebedürftige, Personen, die in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind (§ 45 a SGB XI), oder Bezieher von Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten besondere Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen,
 2. bei Krankheit
 - a) Krankenbehandlung, insbesondere
 - ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 - zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
 - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
 - spezialisierte ambulante Palliativversorgung
 - Krankenhausbehandlung,
 - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
 - stationäre und ambulante Hospizleistungen,
 - b) strukturierte Behandlungsprogramme,
 - c) Krankengeld
 - d) Versorgungsmanagement (vgl. §§ 9 a bis 9 c dieser Satzung)
 3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft
 - ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe
 - Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln
 - stationäre Entbindung
 - häusliche Pflege und Haushaltshilfe
 - Mutterschaftsgeld

4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei krankheitsbedingter Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch.
 5. Beratung und Information zu ihren Rechten als Patienten sowie zum gesundheitlichen Verbraucherschutz im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen.
- (3) Die AOK Rheinland/Hamburg positioniert sich in besonderer Weise für ihre Versicherten in der Prävention, der Krankheitsverhütung und der Selbsthilfeförderung (§ 7 dieser Satzung) sowie im Rahmen von Modellprojekten nach Maßgabe des § 9 dieser Satzung.
- (4) Die AOK Rheinland/Hamburg bietet ergänzende Wahltarife nach § 53 SGB V an:
- Selbstbehaltregelungen mit Prämienausschüttung (§ 36 dieser Satzung)
 - Prämienausschüttung bei Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (§ 25 dieser Satzung)
 - Tarife zur zusätzlichen Absicherung im Krankheitsfall im In- und Ausland (§§ 26 bis 29 und 33 bis 35 dieser Satzung)
 - Tarif zur Kostenübernahme von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (§ 30 dieser Satzung)
 - einen Wahltarif für Krankengeld (§ 31 dieser Satzung)
 - einen Wahltarif für Teilkostenversicherte (§ 32 dieser Satzung)
- (5) Die AOK Rheinland/Hamburg unterstützt ihre Versicherten bei der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind.
- (6) Die AOK Rheinland/Hamburg bietet ihren Versicherten über das Online-Portal aok24-Privatkunden den internetbasierten Zugang zu Informationen über die von ihnen in den letzten 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten nach Maßgabe des § 17 a dieser Satzung (Elektronische Patientenquittung).

§ 7

Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben sowie zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Förderung der Selbsthilfe

- (1) Die AOK Rheinland/Hamburg bietet ihren Versicherten im Rahmen des § 20 SGB V individuelle Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung (Individueller Ansatz) an und führt Maßnahmen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Versicherten (Setting-Ansatz) durch. Maßnahmen zur primären Prävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern, die Entstehung von Krankheiten verhindern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.

Basis für die Leistungen sind die vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von Leistungen zur Primärprävention. Die Ausgestaltung der Leistungen orientiert sich in diesem Rahmen an den Bedürfnissen der Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg.

Ein Anspruch auf Leistungen der Primärprävention besteht nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der im Haushaltsplan hierfür vorgesehenen Mittel. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Gesundheitssicherung von Kindern und Jugendlichen und der Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens bei dieser Zielgruppe.

Leistungen zur Primärprävention können in folgenden Handlungsfeldern erbracht werden:

- Bewegungsgewohnheiten
Leistungen zur Förderung der Herz-, Kreislauffunktion und/oder des Muskel-Skelett-Systems sowie zur Reduzierung von Bewegungsmangel.
- Ernährung
Leistungen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung und zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht.
- Stressbewältigung/ Entspannung
Leistungen zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken und stressabhängiger Krankheiten.
- Suchtmittelkonsum
Leistungen zur Reduktion des Suchtmittelmissbrauchs und zur Förderung des Nichtrauchens.

Grundsätzlich werden die Leistungen als Sachleistung erbracht, besonders bei Maßnahmen im individuellen Ansatz ist eine Bezuschussung der Kosten möglich.

Bei Maßnahmen der Primärprävention im Rahmen des individuellen Ansatzes können Eigenbeteiligungen des Versicherten vorgesehen werden. Regelungen zur Bezuschussung legt der Vorstand in einer Richtlinie fest.

Alle Maßnahmen der Primärprävention, die von der AOK Rheinland/Hamburg angeboten oder finanziert werden, müssen den vom GKV-Spitzenverband definierten Qualitätsanforderungen entsprechen.

- (2) Die AOK Rheinland/Hamburg erbringt Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) im Rahmen der Vorgabe des § 20 b SGB V. Basis für die Leistungen sind die vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung.
- (3) Die AOK Rheinland/Hamburg arbeitet bei der Wahrnehmung der in Abs. 2 Satz 1 genannten Aufgaben mit den zuständigen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterstützt diese im Rahmen der Vorgaben des § 20 c SGB V bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.
- (4 a) Die AOK Rheinland/Hamburg übernimmt die Kosten für durch die Ständige Impfkommission (StiKo) empfohlene Schutzimpfungen im Sinne des § 20 i Abs. 1 SGB V, soweit sie nach den vertraglichen Regelungen von Vertragsärzten durchgeführt werden.
- (4 b) Bei durch die Ständige Impfkommission (StiKo) empfohlenen Schutzimpfungen, die nicht nach Absatz 4 a durchgeführt werden, kann die AOK Rheinland/Hamburg die Kosten bis zu dem Betrag übernehmen, der bei Impfungen nach vertraglichen Regelungen entstanden wäre, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind.

- (4 c) Die AOK Rheinland/Hamburg übernimmt darüber hinaus die Kosten für Reiseschutzimpfungen durch Vertragsärzte in Höhe von bis zu 100,00 EUR im Kalenderjahr.
- (5) Die AOK Rheinland/Hamburg fördert im Rahmen der Vorgaben des § 20 h SGB V Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, wenn diese die Prävention oder Rehabilitation von solchen Krankheitsbildern zum Ziel haben, die im vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind. Die Förderung erfolgt im Rahmen der vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen zur Selbsthilfeförderung und der Vorstandsrichtlinie der AOK Rheinland/Hamburg zur Selbsthilfeförderung.

§ 7 a

Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Die AOK Rheinland/Hamburg fördert auf der Grundlage des § 65 a Abs. 2 SGB V Arbeitgeber und Versicherte, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen umsetzen oder an diesen teilnehmen, mit einem Bonus. Basis für die Umsetzung der Maßnahmen nach Satz 1 ist bei Betrieben mit mehr als 50 Beschäftigten die Einrichtung eines Gesundheitszirkels unter Leitung der AOK Rheinland/Hamburg, eine Mitarbeiterbefragung und eine AU-Datenanalyse unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten zur Identifikation von Schwerpunktthemen.
- (2) Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden durch die AOK Rheinland/Hamburg und ihr Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung vorgehalten. Die dem Firmenkunden zustehenden Anteile aus dem BGF-Bonus können mit Aufwendungen für die betriebliche Gesundheitsförderung verrechnet werden.
- (3) Der Bonus kann gewährt werden, wenn
 - a) mindestens 25 v. H. der Arbeitnehmer Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg sind und
 - b) die Qualität der Maßnahmen nach Abs. 1 den in Richtlinien definierten Qualitätsstandards entsprechen. Die Richtlinien basieren auf § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V
- (4) Die AOK Rheinland/Hamburg und der Arbeitgeber vereinbaren, welche Maßnahmen nach Abs. 1 mit Erfolg durchgeführt werden müssen, um den Bonus zu erhalten. Die einzelnen Verfahrensschritte, die bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherten Teilnehmer sowie die Durchführung der Maßnahmen sind vom Arbeitgeber ausreichend zu dokumentieren. Die Maßnahmen und deren Umsetzung, die einzelnen Verfahrensschritte und die Dokumentation sind in einem Kooperationsvertrag zwischen Arbeitgeber und AOK Rheinland/Hamburg zu regeln.

Auf der Grundlage der Dokumentation prüft die AOK Rheinland/Hamburg, ob die durchgeführten Maßnahmen den Qualitätsstandards nach Abs. 3 Buchstabe b entsprechen und bewertet anhand von objektiven und wissenschaftlich anerkannten Kriterien deren Erfolg. Über das Ergebnis der Bewertung und die damit verbundene Entscheidung zur Bonusgewährung wird der Arbeitgeber unter Angabe von Gründen schriftlich informiert.

- (5) Der Bonus beträgt pauschal 200,00 EUR. Er steht jedem versicherungspflichtig gemeldetem Beschäftigten des Arbeitgebers zu, sofern er bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert ist. Dies gilt ebenso für Beschäftigte des Arbeitgebers, die freiwilliges Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg sind. Für geringfügige Beschäftigte kann kein Bonus gewährt werden. Der Bonus steht jeweils zur Hälfte dem Arbeitgeber und zur Hälfte den teilnehmenden und bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherten Mitgliedern zu. Die Auszahlung des Arbeitgeberanteils erfolgt an den Arbeitgeber, die Auszahlung des Versichertenanteils an die AOK-Mitglieder erfolgt an diese selbst.

- (6) Die vereinbarten BGF-Maßnahmen richten sich an alle Mitarbeiter des kooperierenden Arbeitgebers – unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit oder dem Beschäftigungsstatus. Zudem können durch die AOK Rheinland/Hamburg alle Mitarbeiter im Vorfeld und begleitend über die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung informiert werden. Die bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherten Mitarbeiter, die einen Bonusanspruch erwerben, werden zusätzlich gesondert über die Zahlung der Boni informiert.

§ 8

Leistungen für neue Behandlungsmethoden

Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine Leistung beanspruchen, die in ihrer Qualität und Wirksamkeit weder dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, noch den medizinischen Fortschritt berücksichtigt, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

§ 9

Ärztliche Zweitmeinung

Die AOK Rheinland/Hamburg gewährt ihren Versicherten im Rahmen des § 27 b Abs. 6 SGB V zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung bei Erkrankungen, die für den Versicherten weitreichende Folgen haben oder bei denen regelmäßig mehrere Behandlungsoptionen bestehen. Durch eine Absicherung der Diagnosestellung und Therapieempfehlung soll ein schneller und effizienter Heilungserfolg unterstützt werden. Voraussetzung ist, dass die AOK Rheinland/Hamburg mit geeigneten Leistungserbringern Verträge über die Leistungen nach Satz 1 geschlossen hat.

§ 9 a

Strukturierte Behandlungsprogramme

- (1) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V (DMP) der AOK Rheinland/Hamburg teilnehmen, für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung für die Regionen Nordrhein und/oder Hamburg beantragt wurde oder beantragt wird.
- (2) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb der Regionen Nordrhein und Hamburg 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) Die Teilnahme ist schriftlich gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg zu erklären (Einschreibung). Mit der Einschreibung erklärt sich der Versicherte zur aktiven Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm bereit. Voraussetzung für die Teilnahme ist die schriftliche Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch einen Arzt, der als koordinierender Vertragsarzt am jeweiligen Behandlungsprogramm teilnimmt oder als angestellter Arzt Leistungen im Rahmen des jeweiligen Programms erbringt.

- (4) Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm endet bei Widerruf der Einwilligungserklärung durch den Versicherten mit dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung bei der AOK Rheinland/Hamburg, es sei denn, der Versicherte bestimmt einen späteren Zeitpunkt; in diesem Fall endet die Teilnahme zu dem vom Versicherten bestimmten Zeitpunkt. Unabhängig hiervon endet die Teilnahme bei Wegfall der Voraussetzungen für die Einschreibung oder wenn der Versicherte innerhalb von 12 Monaten zwei der im Rahmen des Behandlungsprogramms veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder wenn aufeinanderfolgend zwei der im Rahmen des Behandlungsprogramms quartalsbezogen vom Arzt zu erstellenden Dokumentationen nicht fristgerecht an die AOK Rheinland/Hamburg übermittelt worden sind.

§ 9 b

Besondere Versorgung

- (1) Versicherte können an besonderen Versorgungsformen nach § 140 a SGB V teilnehmen.
- (2) Die Teilnahme ist schriftlich gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg zu erklären (Einschreibung). Sie beginnt mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung. Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK Rheinland/Hamburg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Rheinland/Hamburg. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK Rheinland/Hamburg dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- (3) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg kündigen. Die Kündigung wird mit Ablauf des Quartals wirksam in dem die Kündigung bei der AOK Rheinland/Hamburg eingegangen ist. Das Recht auf freie Arztwahl bleibt davon unberührt. Die Teilnahme endet außerdem mit Abschluss des Behandlungspfades.
- (4) Abweichend von Absatz 2 Sätze 1 und 5 ist die Teilnahme des Versicherten am Strukturvertrag zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf (Hausärzte-Strukturvertrag) zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vom 01.09.2014 schriftlich gegenüber dem teilnehmenden Hausarzt zu erklären.

§ 9 c

Hausarztzentrierte Versorgung

- (1) Versicherte können an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V teilnehmen.
- (2) Die teilnehmenden Hausärzte übernehmen die Steuerung des Behandlungsprozesses für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten und gewährleisten eine sektor übergreifende Versorgung.

Die teilnehmenden Versicherten profitieren insbesondere durch

- eine ganzheitliche Behandlung und Betreuung durch den Hausarzt im gesamten Versorgungsprozess,

- die bedarfsgerechte Einleitung, Koordination und Dokumentation von fachärztlicher, stationärer und rehabilitativer Behandlung, durch die Doppeluntersuchungen und unnötige Wartezeiten vermieden werden,
- die hohen Qualifikationsanforderungen und Fortbildungsverpflichtungen der beteiligten Hausärzte,
- den besonderen Service wie etwa Betreuung durch den Hausarzt auch außerhalb der üblichen Praxiszeiten und Terminvereinbarungen mit Fachärzten und Krankenhäusern,
- die Unterstützung pflegender Angehöriger durch den Hausarzt.

- (3) Voraussetzung für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist, dass sich die Versicherten gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg schriftlich in Form einer Einverständniserklärung verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten teilnehmenden Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Augenärzte, Gynäkologen, hausärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte und genehmigte psychotherapeutische Behandlung können ohne Überweisung in Anspruch genommen werden. Krankenhausbehandlungen sollen – von Notfällen abgesehen – ebenfalls nur auf Einweisung des betreuenden Hausarztes oder des auf Überweisung in den Behandlungsprozess einbezogenen Facharztes in Anspruch genommen werden. Der gewählte Hausarzt soll nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden.

Bei Notfällen oder urlaubsbedingter Abwesenheit der betreuenden Hausärztin/des betreuenden Hausarztes nehmen die Versicherten – soweit zumutbar – eine Hausärztin/einen Hausarzt in Anspruch, die/der ebenfalls an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt.

- (4) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der wirksamen Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V. Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK Rheinland/Hamburg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Rheinland/Hamburg. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK Rheinland/Hamburg dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Der Tag der wirksamen Einschreibung und damit der Beginn der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung wird durch die AOK Rheinland/Hamburg festgestellt. Die Versicherten sind an ihre Pflichten nach Abs. 3 und an die Wahl des Hausarztes/der Hausärztin mindestens ein Jahr gebunden. Eine gleichzeitige Teilnahme eines Versicherten an mehreren Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung ist ausgeschlossen.

Die Versicherte/der Versicherte kann seine Teilnahme frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt fünf Wochen zum Quartalsende. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Quartal.

Die Teilnahme kann beendet werden, wenn die Versicherte/der Versicherte ohne Überweisung einen anderen als den gewählten Hausarzt aufsucht. Dies gilt nicht in den in Abs. 3 Satz 2 beschriebenen Fällen.

Verstoßen Versicherte gegen ihre Pflichten nach Absatz 3, können diese insbesondere im Wiederholungsfall aus der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73 b SGB V ausgeschlossen werden. Ferner können bei der unzulässigen direkten Inanspruchnahme von Facharzt- oder Hausarztleistungen Leistungen zurück gefordert werden; bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten kann auch der Ersatz der Mehrkosten, die der AOK Rheinland/Hamburg durch dieses Verhalten entstehen, verlangt werden.

§ 9 d

Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung

- (1) Modellvorhaben sind ein wesentliches Element zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der AOK Rheinland/Hamburg. Sie bieten der AOK Rheinland/Hamburg die Möglichkeit, die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung und die Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen für ihre Versicherten zielgenauer auszurichten. Durch die Möglichkeit der Erprobung neuer Instrumente und Ansätze in der Gesundheitsversorgung der Versicherten bieten sie zudem ein hohes Innovationspotenzial. Modellvorhaben tragen dazu bei, den besonderen Bedarf der Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg besser zu erkennen und zu berücksichtigen; sie dienen damit in besonderem Maße dem Erkenntnisgewinn und der Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung.
- (2) Die AOK Rheinland/Hamburg leistet mit der Durchführung von Modellvorhaben einen aktiven Beitrag zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu diesem Zweck kann die AOK Rheinland/Hamburg Modellvorhaben nach § 63 SGB V durchführen oder mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbaren.

Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V dienen der Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung. Eventuelle Mehraufwendungen werden durch eine aus den Modellvorhaben resultierende Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und damit verbundenen Kostensenkung ausgeglichen. Einsparungen können den Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg, den Vertragspartnern der Modellvorhaben oder den Maßnahmen der Modellvorhaben zugute kommen. Dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird entsprochen.

- (3) Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V dienen der Verbesserung von Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie der Verbesserung der Therapieformen. Modellvorhaben können nur zu Leistungen durchgeführt werden, über deren Eignung als Leistung der Krankenkasse der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Fragen der biomedizinischen Forschung sowie Forschungen zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten an den Modellvorhaben ist freiwillig.
- (5) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg kündigen. Die Kündigung wird mit Ablauf des Quartals wirksam in dem die Kündigung bei der AOK Rheinland/Hamburg eingegangen ist. Das Recht auf freie Arztwahl bleibt davon unberührt.
- (6) Die Dauer der Modellvorhaben ist befristet und beträgt längstens acht Jahre; die Neuauflage eines inhaltlich gleichen Modellvorhabens nach Ablauf des Modellvorhabens ist nicht möglich. Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V, in denen von den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V abgewichen werden kann, sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Das Modellvorhaben kann vorzeitig beendet werden, wenn die zugrunde liegenden Ziele bereits erreicht worden sind oder wenn deutlich wird, dass die Ziele nicht erreicht werden können. Es erfolgt eine wissenschaftliche Begleitung gemäß § 65 SGB V.
- (7) Die AOK Rheinland/Hamburg führt ein Verzeichnis über die Modellvorhaben nach § 63 SGB V. Der Versicherte ist berechtigt, das Verzeichnis einzusehen. Die AOK Rheinland/Hamburg stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses zur Verfügung.

§ 10

Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

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

§ 11

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter

- (1) Die AOK Rheinland/Hamburg übernimmt bei aus medizinischen Gründen erforderlichen Vorsorgeleistungen (§ 24 SGB V) oder Leistungen der Rehabilitation (§ 41 SGB V) für Mütter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung die Kosten in Höhe des vereinbarten Pflegesatzes. Die Leistung kann auch als Mutter-Kind-Maßnahme oder in geeigneten Einrichtungen als Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt werden.
- (2) Wird die Leistung als Mutter-Kind-Maßnahme oder als Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt, gilt Absatz 1 für das Kind entsprechend.

§ 12

Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

Außer in den in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen stellt die AOK Rheinland/Hamburg Haushaltshilfe auch dann zur Verfügung, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, wenn

- a) nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, längstens jedoch für die Dauer von 52 Wochen, oder
- b) wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 SGB V die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, längstens jedoch für die Dauer von 52 Wochen.

Liegen zugleich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 38 Abs.1 SGB V vor, gehen diese Leistungen den Leistungen nach Buchstaben a und b vor und sind bei der Anspruchshöchstdauer nach Buchstaben a und b zu berücksichtigen.

Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung nach §§ 36, 45 b SGB XI gehen den Leistungen nach Satz 1 vor.

§ 12 a

- nicht besetzt -

§ 12 b

Mehrleistungen zu Arznei- und Heilmitteln

- (1) Versicherte haben Anspruch auf Erstattung der Kosten für Arznei- und Heilmittel nach Abs. 2, wenn sie in dem der Leistungsanspruchnahme vorangegangenen Kalenderjahr überwiegend am Kostenerstattungsverfahren nach § 15 für die ambulante ärztliche Versorgung oder am Wahltarif nach § 37 teilgenommen und maximal in einem Quartal ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch genommen haben (§ 11 Abs. 6 SGB V).

Bei der Anwendung von Satz 1 bleiben ärztliche Vorsorge, Früherkennungsleistungen und ärztliche Behandlungen, die zum Zwecke einer Leistung nach Abs. 2 notwendig sind, sowie unfallbedingte Leistungen unberücksichtigt.

- (2) Erstattungsfähig sind die Kosten für die nachstehenden Leistungen, sofern diese von einem Vertragsarzt verordnet wurden:
- a) nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die aus der Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden. Ausgenommen sind 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, und die vom Gemeinsamen Bundeszuschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind,
 - b) osteopathische Leistungen, die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten erbracht werden, die eine ordentliche Mitgliedschaft im Verband der Osteopathen e. V. oder der Deutschen Gesellschaft für osteopathische Medizin e. V. oder der Deutschen Gesellschaft für Chirotherapie und Osteopathie e. V. oder der Deutschen Ärztegesellschaft für Osteopathie e. V. nachweisen können oder eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz oder ein Zertifikat der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e. V. besitzen.
 - c) chiropraktische Leistungen, auch durch nicht zugelassene Leistungserbringer, die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten erbracht werden, die eine ordentliche Mitgliedschaft im Bund Deutscher Chiropraktiker (BDC) e.V. oder der Deutschen Chiropraktoren-Gesellschaft (DCG) e.V. oder der Deutschen Gesellschaft für Chirotherapie und Osteopathie e.V. nachweisen können oder eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.
 - d) Shiatsu-Massagen, auch durch nicht zugelassene Leistungserbringer, die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten erbracht werden, die von der Gesellschaft für Shiatsu in Deutschland anerkannt sind oder eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.

- e) weitere vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Massagen, auch durch nicht zugelassene Leistungserbringer (Fußreflexzonenmassagen, Akupunkturmassagen, Massagen des ganzen Körpers, Ganz- bzw. Vollmassagen, Massagen mittels Gerät, Unterwassermassagen mittels automatischer Düsen), die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten erbracht werden, die eine ordentliche Mitgliedschaft beim Deutschen Verband für Physiotherapie oder im Verband Physikalische Therapie nachweisen können oder eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.

Der Leistungsanspruch ist auf 200,00 EUR für das laufende Kalenderjahr begrenzt.

Ansprüche auf gesetzliche Leistungen nach den Vorschriften des SGB V sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie Leistungen aus privaten Krankenversicherungsverträgen sind als vorrangige Leistungen auf die Leistung nach Satz 1 anzurechnen.

- (3) Der Kostenerstattung werden die für den Versicherten ausgestellten Originalrechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 12 c

Mehrleistungen zur Hebammenhilfe

- (1) Weibliche Versicherte haben gemäß § 11 Abs. 6 SGB V Anspruch auf Erstattung der Kosten nach Abs. 2 für Leistungen von Hebammen, die über die in den Verträgen nach § 134 a SGB V des GKV-Spitzenverbandes mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von den Hebammen geleiteten Einrichtungen festgelegten Leistungsinhalte hinausgehen.
- (2) Erstattungsfähig sind die Kosten für die nachstehenden Leistungen von Hebammen:
 - a) Kosten für die Rufbereitschaft und weitere Vorsorgeleistungen der Hebamme, sofern die Rufbereitschaft die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur Geburtshilfe umfasst, bis zu einem Höchstbetrag von 250,00 EUR je Schwangerschaft,
 - b) Leistungen zur Geburtsvorbereitung für den Vater des erwarteten Kindes, sofern dieser bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert ist, bis maximal in der Höhe, die sich aus den Hebammenvergütungsvereinbarungen zu den Verträgen nach § 134 a SGB V bezogen auf die dort geregelte Leistung ergibt,

Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134 a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist.

Ansprüche auf gesetzliche Leistungen nach den Vorschriften des SGB V sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie Leistungen aus privaten Krankenversicherungsverträgen sind als vorrangige Leistungen auf die Leistung nach Satz 1 anzurechnen.

- (3) Der Kostenerstattung werden die für die Versicherte bzw. den Versicherten ausgestellten Originalrechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 12 d

Mehrleistungen zur künstlichen Befruchtung

- (1) Versicherte haben über den Leistungsanspruch gemäß § 27 a SGB V hinaus Anspruch auf einen Zuschuss zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung durch Vertragsärzte.

Die AOK Rheinland/Hamburg übernimmt in diesem Rahmen insgesamt 75 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan gemäß § 27 a Abs. 3 SGB V genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.

§ 27 a gilt mit Ausnahme der in § 27 a Absatz 3 Satz 3 SGB V genannten betragsmäßigen Begrenzung auf 50% der Behandlungskosten.

Die Leistungen nach Satz 1 setzen voraus, dass beide Ehegatten während des Behandlungszeitraumes bei einer AOK versichert sind.

- (2) Ansprüche auf gesetzliche Leistungen nach den Vorschriften des SGB V sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie Leistungen aus privaten Krankenversicherungsverträgen sind als vorrangige Leistungen auf die Leistung nach Absatz 1 anzurechnen.
- (3) Der Kostenerstattung werden die für den Versicherten ausgestellten Originalrechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 12 e

Mehrleistungen für einfachste Maßnahmen der Behandlungspflege

- (1) Die AOK Rheinland/Hamburg kann über die in § 37 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Fälle hinaus die von einem Vertragsarzt verordnete Behandlungspflege im Haushalt des Versicherten als erweiterte Satzungsleistung (§ 11 Abs. 6 SGB V) erbringen, wenn hierdurch die Behandlungspflege über eine selbstbeschaffte Ersatzkraft, insbesondere durch Angehörige, Nachbarn oder im Rahmen der Quartiershilfe, sichergestellt wird und es sich um einfachste, zeitlich nicht aufwendige, Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege handelt, die keiner besonderen medizinischen Sachkunde oder medizinischer Fertigkeiten bedarf und daher ohne medizinische Vorkenntnisse von Laien erbracht werden können. Eine Inanspruchnahme eines Pflegedienstes (§ 132 a SGB V) ist möglich, allerdings nicht einsatzgleich mit der einfachen Behandlungspflege.
- (2) Der Leistungsanspruch setzt voraus, dass die Ersatzkraft eine Anleitung durch eine Pflegefachkraft der AOK Rheinland/Hamburg erfahren hat oder sich die Pflegefachkraft der AOK Rheinland/Hamburg davon überzeugt hat, dass die Ersatzkraft in der Lage ist, die Behandlungspflege im Sinne des Absatzes 1 in dem erforderlichen Umfang und in der gebotenen Qualität (§ 11 Abs. 6 Satz 2 SGB V) zu erbringen.
- (3) Als Haushalt des Versicherten gilt auch der Haushalt von Angehörigen, wenn sich der Versicherte überwiegend dort aufhält oder der Versicherte langfristig oder auf Dauer in den Haushalt des Angehörigen aufgenommen wurde.
- (4) Der Leistungsanspruch besteht in Höhe von 2,00 EUR je Behandlungspflegeeinsatz für maximal drei Behandlungspflegeeinsätze am Tag.

Der Leistungsanspruch erhöht sich auf 4,00 EUR je Behandlungspflegeeinsatz für maximal drei Behandlungspflegeeinsätze am Tag, wenn die Ersatzkraft nicht im gleichen Haus lebt, wie der Versicherte.

§ 37 Abs. 5 SGB V gilt für Leistungen nach Absatz 1 nicht.

- (5) Die Leistung wird im Wege der Kostenerstattung erbracht.

Der Kostenerstattung werden die für den Versicherten ausgestellten Quittungen der selbstbeschafften Ersatzkraft über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt; der Quittung ist ein Leistungsnachweis beizufügen, mit dem der Versicherte die Zahl der an den jeweiligen Tagen in Anspruch genommenen Behandlungspflegeinsätze bestätigt.

§ 12 f

Mehrleistungen zur Zahnvorsorge

- (1) Versicherte, die ihre Zähne regelmäßig pflegen, haben Anspruch auf Erstattung der Kosten für Vorsorgeleistungen zur Zahngesundheit durch einen Vertragszahnarzt, die ergänzend zu den Zahnvorsorgeleistungen gemäß § 28 Abs. 2 SGB V in Anspruch genommen werden.

Der Leistungsanspruch beinhaltet

- a) die intensive Beratung und Anleitung zur täglichen Zahnpflege,
- b) die Zahnsteinentfernung,
- c) die professionelle Zahnreinigung.

- (2) Der Leistungsanspruch besteht für höchstens 35,00 EUR und maximal eine Vorsorgeleistung je Kalenderjahr.

Abweichend von Satz 1 werden die Kosten für höchstens eine Behandlung je Kalenderjahr in voller Höhe erstattet, wenn die Leistung von der Zahnklinik Düsseldorf der AOK Rheinland/Hamburg erbracht wird; die AOK Rheinland/Hamburg erstattet die Kosten in diesem Fall direkt und mit befreiender Wirkung an die Zahnklinik Düsseldorf.

Der Leistungsanspruch besteht grundsätzlich nur für Versicherte, die das 26. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und frühestens mit der Vollendung des 16. Lebensjahres; abweichend hiervon behalten Versicherte nach Vollendung des 26. Lebensjahres den Leistungsanspruch, wenn sie Leistungen nach Absatz 1 bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres von der AOK Rheinland/Hamburg erhielten.

Ansprüche auf gesetzliche Leistungen nach den Vorschriften des SGB V sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie Leistungen aus privaten Krankenversicherungsverträgen sind als vorrangige Leistungen auf die Leistung nach Satz 1 anzurechnen.

- (3) Der Kostenerstattung werden die für den Versicherten ausgestellten Originalrechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 12 g

Mehrleistungen zur zahnärztlichen Behandlung

- (1) Versicherte haben im Rahmen der konservierenden zahnärztlichen Behandlung (§ 28 Abs. 2 SGB V) durch die Zahnklinik der AOK Rheinland/Hamburg Anspruch auf Erstattung der Kosten für mehrschichtige Kunststofffüllungen.

Ansprüche auf gesetzliche Leistungen nach den Vorschriften des SGB V sind als vorrangige Leistungen auf die Leistung nach Satz 1 anzurechnen.

- (2) Die AOK Rheinland/Hamburg erstattet die Kosten direkt und mit befreiender Wirkung an die Zahnklinik Düsseldorf.

§ 13

Hospize

Die AOK Rheinland/Hamburg fördert ambulante Hospizdienste, die qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung erbringen. Die Förderung richtet sich nach der vom GKV-Spitzenverband der Krankenkassen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospize e.V. und den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege abgeschlossenen Rahmenvereinbarung (§ 39 a Abs. 2 SGB V).

§ 14

Sonderregelungen über Krankengeld

Kann bei einem versicherungspflichtigen oder freiwilligen Mitglied Krankengeld nicht nach § 47 Abs. 2 SGB V berechnet werden, weil eine kontinuierliche Arbeitsverrichtung oder –vergütung nicht vorliegt, wird das Krankengeld

- a) bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Entgeltausfall gezahlt,
- b) bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung aus dem abgerechneten Entgelt des Zeitraumes berechnet, der die durchschnittlichen Verhältnisse widerspiegelt, längstens aus den letzten zwölf Monaten.

§ 15

Kostenerstattung

- (1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden.
- (2) Versicherte können die Wahl der Kostenerstattung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg schriftlich, mündlich, telefonisch oder per Fax oder E-Mail erklären; im Falle der mündlichen oder telefonischen Wahlerklärung fertigt die AOK Rheinland/Hamburg eine entsprechende Niederschrift über die Wahlerklärung des Versicherten an. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die Wahlerklärung der AOK Rheinland/Hamburg zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Versicherung und frühestens mit dem vom Versicherten gewählten Datum. Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen.

Die Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren wird durch Unterbrechungen in der Versicherung bei der AOK Rheinland/Hamburg grundsätzlich nicht berührt, es sei denn, der Versicherte erklärt die Beendigung der Teilnahme zum jeweiligen Ende der Versicherung.

Der Versicherte kann die Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg nach Maßgabe von Satz 1 beenden; im Falle der mündlichen oder telefonischen Erklärung fertigt die AOK Rheinland/Hamburg eine entsprechende Niederschrift über die Erklärung des Versicherten an. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Zugang der Erklärung bei der AOK Rheinland/Hamburg, frühestens jedoch zum Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr.

Die AOK Rheinland/Hamburg kann die Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren beenden, wenn der Versicherte anstelle der gewählten Kostenerstattung wiederholt Sach- oder Dienstleistungen in Anspruch genommen hat und die AOK Rheinland/Hamburg ihn nach der Inanspruchnahme von Sach- oder Dienstleistungen hierauf sowie auf die möglichen Folgen seines Handelns schriftlich hingewiesen hat und der Versicherte dennoch erneut Sach- oder Dienstleistungen in Anspruch genommen hat; die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Beendigung der Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren dem Versicherten bekannt gegeben wird.

- (3) Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz in Anspruch genommen werden, nach Maßgabe des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind.
- (4) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend
- a) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H.,
- b) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H. und für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 2,5 v. H.,

wobei der Abschlag höchstens 40,00 EUR je Antrag beträgt, zu mindern.

- (5) Versicherten werden über die Regelung von Absatz 4 hinaus die Kosten für Arzneimittel nach Maßgabe des § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V erstattet; Absatz 2 findet in diesem Fall keine Anwendung.

Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend

- a) um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H., mindestens 5,00 EUR und höchstens 40,00 EUR, sowie
- b) um einen Abschlag für die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V und für die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Höhe von mindestens 5,00 EUR

zu mindern. Der Abschlag nach Buchstabe b wird bei Änderung der Berechnungsgrundlagen regelmäßig durch die AOK Rheinland/Hamburg über eine Vorstandsrichtlinie angepasst.

- (6) Der Kostenerstattung werden die für den Versicherten ausgestellten Originalrechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 16

Teilkostenerstattung

- (1) Freiwillig versicherte Angestellte, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind (DO-Angestellte), erhalten, soweit sie vom Wahlrecht des § 14 Abs. 2 SGB V Gebrauch gemacht haben, Teilkostenerstattung. Sie wird für die Aufwendungen gewährt, denen Leistungen zugrunde liegen, die im Sozialgesetzbuch dem Grunde nach vorgesehen sind.

- (2) Die Entscheidung der Angestellten ist schriftlich zu erklären; sie wirkt bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das dem der Erklärung nachfolgt. Die Wirkungsdauer der Erklärung verlängert sich um jeweils zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des jeweiligen Zeitraums keine gegenteilige Erklärung vorliegt.
- (3) Teilkostenerstattung wird in Höhe des Vomhundertsatzes gewährt, der den nicht durch die Beihilfe gedeckten Aufwendungen des Erstattungsberechtigten im Verhältnis zu den vollen Kassenleistungen entspricht. Maßgebend für die Feststellung des Erstattungsbetrages, ist die Kassenleistung. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind in voller Höhe zu leisten.
- (4) Die Kostenerstattung und die ohne Berücksichtigung des Teilkostenerstattungsanspruchs zustehende Beihilfe dürfen die beihilfefähigen Gesamtaufwendungen nicht überschreiten. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind vom tatsächlichen Erstattungsbetrag abzuziehen.
- (5) Der Beihilfeanspruch bleibt jeweils unberührt. Bei unmittelbarer Inanspruchnahme von Kassenleistungen sind die auf die Beihilfe entfallenden Anteilsbeträge der Aufwendungen festzustellen und auf den Sachbuchkonten zu vereinnahmen. Für die Durchführung des Erstattungsverfahrens gelten die Regelungen der einschlägigen Beihilfebestimmungen entsprechend. Das Nähere bestimmt der Vorstand.
- (6) Die Absätze 1 bis 5 gelten auch für im Ruhestand befindliche ehemalige DO-Angestellte sowie für Hinterbliebene von DO-Angestellten.

§ 16 a

Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 wird verzichtet, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht oder Familienversicherung und dem Tag der Leistungsinanspruchnahme ein Zeitraum von mehr als 12 Monaten liegt.
- (2) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zur Prüfung eingebunden werden, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsdürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.
- (3) Bei Verdacht auf das Vorliegen der Voraussetzungen eines Leistungsausschlusses werden Kostenübernahmeentscheidungen unter dem Vorbehalt des Widerrufs (§ 32 Abs. 2 Nr. 3 SGB X) getroffen.
- (4) Der Versicherte ist über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen zu informieren.

§ 17

Empfangsberechtigung

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

- bei Krankengeld des Auszahlungsscheins,
- bei Mutterschaftsgeld der Geburtsurkunde. Wird die Mutterschaftsgeldzahlung vor der Entbindung beantragt, ist eine Bescheinigung über den voraussichtlichen Tag der Entbindung vorzulegen.

Der Inhaber der Unterlagen hat sich auf Verlangen auszuweisen.

§ 17 a

Auskünfte an Versicherte

- (1) Die AOK Rheinland/Hamburg unterrichtet ihre Versicherten auf deren Antrag über die AOK Online-Geschäftsstelle über die von ihnen in den letzten 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten (Elektronische Patientenquittung).
- (2) Die näheren Einzelheiten, insbesondere über das Verfahren der Registrierung und der Nutzungsbedingungen der AOK Online-Geschäftsstelle sowie die im Rahmen der elektronischen Patientenquittung für den registrierten Versicherten abrufbaren Daten, ergeben sich aus der Verfahrensbeschreibung. Diese kann der registrierte Versicherte in der AOK Online-Geschäftsstelle jederzeit einsehen, ausdrucken und/oder abspeichern.

Vierter Abschnitt:
Beiträge

§ 18

Beiträge und Beitragssätze

- (1) Die Beiträge sind von den beitragspflichtigen Einnahmen nach Maßgabe gesetzlicher Vorschriften aufzubringen.
- (2) Für die Beitragsbemessung der freiwilligen Mitglieder, Rentenantragsteller sowie Mitglieder nach den §§ 5 Abs. 1 Nr. 13 und 192 Abs. 2 SGB V sowie in den Fällen des § 239 Satz 2 SGB V gelten die durch den GKV-Spitzenverband aufgestellten einheitlichen Grundsätze.
- (3) Der allgemeine Beitragssatz beträgt gemäß § 241 SGB V 14,6 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.
- (4) Der ermäßigte Beitragssatz beträgt gemäß § 243 SGB V 14,0 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Der ermäßigte Beitragssatz gilt für Mitglieder, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht. Satz 2 gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4 a SGB V.
- (5) Der Zusatzbeitragssatz der AOK Rheinland/Hamburg gemäß § 242 SGB V beträgt 1,4 v. H.

§ 19

- nicht besetzt -

§ 20

Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

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

§ 20 a

- nicht besetzt -

§ 21

- nicht besetzt -

§ 22

Vorschüsse

Die AOK Rheinland/Hamburg kann von Arbeitgebern, die

- (1) innerhalb des Kassenbezirks keine feste Betriebsstätte haben oder sich nur vorübergehend im Kassenbezirk aufhalten oder
- (2)
 - a) sich in einem Vergleichsverfahren befinden oder
 - b) sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
 - c) Zahlungsausfälle befürchten lassen oder
- (3) die Beitragsnachweise nicht rechtzeitig einreichen oder
- (4) einen längeren Entgeltabrechnungszeitraum als einen Monat haben und nicht mindestens monatliche Abschläge auf die Arbeitsentgelte leisten,

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

§ 23

Erstattungen

Beitragserstattungen nach § 231 SGB V werden zu Beginn eines Jahres für das jeweilige Vorjahr vorgenommen. Die Erstattung erfolgt auf Antrag des Mitglieds.

Fünfter Abschnitt:
Wahltarife/Bonustarife/Zusatzversicherungen

§ 24

- nicht besetzt -

§ 25

Tarif für besondere Versorgungsformen

- (1) Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 9 a oder einer besonderen Versorgung nach § 9 b oder einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 9 c dieser Satzung teilnehmen, haben die Möglichkeit, den Tarif für besondere Versorgungsformen zu wählen.
- (2) Die Erklärung zur Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm bzw. an der integrierten Versorgung bzw. an der hausarztzentrierten Versorgung bzw. an der besonderen ambulanten Versorgung gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich.

§ 26

Tarif für die Kostenerstattung für Leistungen im Ausland (*vigo select Ausland*)

- (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 Tarifes bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK Rheinland/Hamburg 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 Tarifes 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 Rheinland/Hamburg nicht berührt; dies gilt insbesondere auch bei einem Wechsel in eine Familienversicherung oder in eine Mitgliedschaft, in der die Beiträge komplett von Dritten getragen werden.

- (4) Erstattet werden die dem Versicherten im Ausland entstandenen nachgewiesenen Kosten einschließlich der Zuzahlungen/Eigenanteile für medizinisch sofort notwendige
1. ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes,
 2. ärztlich verordnete stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich der ärztlich angeordneten Fahrten mit einem Kranken- oder Rettungswagen sowie des ärztlich angeordneten Flugtransportes zum nächsterreichbaren Krankenhaus und der zusätzlich entstehenden Kosten für eine Rettung von der Skipiste (Pistenrettung); dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist; sowie
 3. ärztlich verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel ohne Hilfsmittel, die in Deutschland nicht übernahmefähig sind (z. B. Brillen)

die der Versicherte während eines vorübergehenden, bis zu sechs Wochen, geplanten 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 der Teilnahme am Tarif fallen; ggf. nach § 13, § 14 oder §§ 17 bis 18 SGB V oder im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts erstattete Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind hierauf anzurechnen. Die Kosten für einen medizinisch zwingend notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport ins Inland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinaus gehen, werden daneben übernommen; dies umfasst auch die Mehrkosten zur Rückreise, die dem Versicherten entstehen, wenn er infolge einer stationären Behandlung im Ausland die Rückreise nicht planmäßig antreten konnte, sowie die Mehrkosten für einen Rücktransport im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V).

Die AOK Rheinland/Hamburg kann außerdem die Kosten für die Rückholung eines mitreisenden Kindes, Stiefkindes oder Enkelkindes des Versicherten aus dem Ausland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinaus gehen, erstatten, wenn

- a) sowohl der Versicherte als auch das Kind am Wahltarif teilnehmen und
- b) das Kind zum Zeitpunkt der Rückholung aus dem Ausland das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist und
- c) die Rückholung des Kindes aus dem Ausland infolge einer krankheitsbedingten stationären Krankenhausbehandlung im Ausland oder eines krankheitsbedingten Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland nach Feststellung der AOK Rheinland/Hamburg zwingend erforderlich ist und
- d) die Betreuung des Kindes im Ausland nicht durch einen anderen Angehörigen oder eine andere Bezugsperson im Ausland sichergestellt werden kann.

Die AOK Rheinland/Hamburg kann außerdem bei Kindern die Kosten für die stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson ins Krankenhaus sowie bei einem medizinisch zwingend notwendigen Rücktransport des Kindes aus dem Ausland die Rückholung einer mitreisenden Begleitperson des Kindes aus dem Ausland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinaus gehen, erstatten, wenn

- a) das Kind zum Beginn der stationären Krankenhausbehandlung im Ausland bzw. der Rückholung aus dem Ausland das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist und
- b) die stationäre Mitaufnahme der Begleitperson ins Krankenhaus bzw. die Mitnahme der Begleitperson bei Rücktransport des Kindes aus dem Ausland infolge einer krankheitsbedingten stationären Krankenhausbehandlung des Kindes im Ausland nach Feststellung der AOK Rheinland/Hamburg zwingend erforderlich ist.

Die Unterbringung der mitaufgenommenen Begleitperson soll in unmittelbarer Nähe zum Kind erfolgen.

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

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 Leistungsanspruch verlängert sich darüber hinaus, solange ein Rücktransport des Versicherten aus dem Ausland durch einen stationären Krankenhausaufenthalt aus ärztlicher Sicht und nach Feststellung der AOK Rheinland/Hamburg nicht möglich ist, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit des Versicherten bzw. bis zum Abschluss des medizinisch zwingend notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes.

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tag ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachentrichtet werden oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft.

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

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

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

- (5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Jahresprämie zu zahlen, die im Voraus für das Kalenderjahr zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am 01.12. für das Folgekalenderjahr fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Jahr am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig.

Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Jahr wird die Prämie anteilig berechnet. Für die Berechnung der anteiligen Prämie werden für volle Kalendermonate jeweils 1/12 der Jahresprämie zugrunde gelegt; im Übrigen erfolgt die Berechnung nach Kalendertagen.

Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 4 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend. Entstehen der AOK Rheinland/Hamburg durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten.

- (6) Die jahresbezogene Prämie ergibt sich aus dem Anhang 3, der Bestandteil dieser Satzung ist; sie 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.
- (7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg nicht möglich.

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

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

- (8) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg zugeht; Absatz 7 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

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

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

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

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

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

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

§ 27

Tarif für die Kostenerstattung „Krankenhauszuzahlung“ (*vigo select Zuzahlung*)

- (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 der Krankenhauszuzahlungen gemäß § 39 Abs. 4 SGB V wählen. Der Tarif kann außerdem von im angrenzenden Ausland lebenden Mitgliedern gewählt werden, die eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und für die ohne den Rentenbezug bzw. die Rentenantragstellung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V aus der Mitgliedschaft eines Grenzgängers im Sinne von Satz 1 bestehen würde.

- (2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK Rheinland/Hamburg zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Versicherung und frühestens mit dem vom Mitglied gewählten Datum und frühestens mit der Vollendung des 18. Lebensjahres.

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 dieses Tarifes 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 Rheinland/Hamburg 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 durch die in Deutschland für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlungen in einem Vertragskrankenhaus entstandenen Krankenhauszuzahlungen gemäß § 39 Abs. 4 SGB V, sofern sowohl das Datum der ärztlichen Verordnung der Krankenhausbehandlung als auch das Datum der stationären Krankenhausaufnahme in die Zeit der Teilnahme am Tarif fallen; ggf. nach § 62 SGB V erstattete 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.

Darüber hinaus werden die Zuzahlungen nach § 61 Satz 1 SGB V für Fahrten mit dem Kranken- oder Rettungswagen (einschließlich der Zuzahlungen zu Rettungsflügen) erstattet, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit der vollstationären Krankenhausaufnahme oder Krankenhausentlassung im Inland aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind (§ 60 SGB V).

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tag ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Tarifes 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 Folgekalendermonat fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Monat am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig.

Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Monat wird die Prämie anteilig nach Kalendertagen berechnet.

Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 3 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend.

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

- (6) Die Monatsprämie ergibt sich aus dem Anhang 3, der Bestandteil dieser Satzung ist; sie 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.
- (7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg nicht möglich.

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

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

Die Teilnahme des Versicherten am Tarif endet außerdem mit Beginn der Teilnahme am Tarif für die Kostenerstattung bei Wahlleistung „Ein- oder Zweibettzimmer“ im Krankenhaus gemäß § 28 der Satzung.

- (8) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg zugeht; Absatz 7 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

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

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

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

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

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

§ 28

Tarif für die Kostenerstattung bei Wahlleistung „Ein- oder Zweibettzimmer“ im Krankenhaus (*vigo select Ein-/Zweibettzimmer*)

- (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 Wahlleistungen im Krankenhaus 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. Die Wahl besteht zwischen einem Ein- oder Zweibettzimmertarif (Tarifausprägungen).
- (2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK Rheinland/Hamburg 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 dieses Tarifes 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 Rheinland/Hamburg 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 entstandenen nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich der stationären Entbindung in einem Vertragskrankenhaus, soweit diese zusätzlich durch Wahl eines Ein- oder Zweibettzimmers entstanden sind, sofern sowohl das Datum der ärztlichen Verordnung der Krankenhausbehandlung als auch das Datum der stationären Krankenhausaufnahme in die Zeit der Teilnahme am Tarif fallen. Daneben werden die damit im Zusammenhang stehenden, vom Versicherten zu zahlenden Zuzahlungen gemäß § 39 Abs. 4 SGB V erstattet. Leistungen nach § 11 Abs. 3 SGB V, Erstattungen nach § 14 SGB V sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind auf die Erstattung anzurechnen. § 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend.

Die Tarifausprägungen umfassen nach Satz 1 und 2 folgende Leistungen:

Tarifausprägung Einbettzimmer:

- tatsächlich entstandene Kosten des Ein- oder Zweibettzimmers
- Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V
- bei Kindern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, die tatsächlich entstandenen zusätzlichen Kosten für die aus medizinischen Gründen erforderliche Mitaufnahme einer Begleitperson im Einbettzimmer

Tarifausprägung Zweibettzimmer:

- tatsächlich entstandene Kosten eines Zweibettzimmers
- bei Inanspruchnahme eines Einbettzimmers maximal die Kosten des Zweibettzimmers in diesem Krankenhaus
- Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V
- bei Kindern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, die tatsächlich entstandenen zusätzlichen Kosten für die aus medizinischen Gründen erforderliche Mitaufnahme einer Begleitperson im Zweibettzimmer

Können Versicherte das Ein-/Zweibettzimmer im Krankenhaus nicht in Anspruch nehmen, weil das Krankenhaus die Bereitstellung nachweislich verweigert hat, wird auf Antrag des Versicherten für jeden Kalendertag der stationären Behandlung ohne Inanspruchnahme des Ein-/Zweibettzimmers eine Ausgleichszahlung gewährt; diese beträgt:

- 17,50 EUR, wenn anstelle des zustehenden Einbettzimmers nur ein Zweibettzimmer zur Verfügung stand
- 45,00 EUR, wenn anstelle des zustehenden Einbettzimmers weder ein Einbettzimmer noch ein Zweibettzimmer zur Verfügung stand
- 27,50 EUR, wenn das zustehende Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen werden konnte

Darüber hinaus werden die Zuzahlungen nach § 61 Satz 1 SGB V für Fahrten mit dem Kranken- oder Rettungswagen (einschließlich der Zuzahlungen zu Rettungsflügen) erstattet, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit der vollstationären Krankenhausaufnahme oder Krankenhausentlassung im Inland aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind (§ 60 SGB V).

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Tarifes 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 Folgekalendermonat fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Monat am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig.

Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Monat wird die Prämie anteilig nach Kalendertagen berechnet.

Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 3 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend.

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

- (6) Die Monatsprämie ergibt sich aus dem Anhang 3, der Bestandteil dieser Satzung ist; sie 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.
- (7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg nicht möglich.

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

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

Ein Wechsel innerhalb des Tarifes kann jeweils zu Beginn eines Monats erfolgen. Der Wechsel ist schriftlich mit einer Frist von drei Kalendermonaten zu beantragen.

- (8) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg zugeht; Absatz 7 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

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

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

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

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

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

§ 29

Tarif für die Kostenerstattung bei Zahnersatz (*vigo select Zahn*)

- (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 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 Rentenanspruchstellung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V aus der Mitgliedschaft eines Grenzgängers im Sinne von Satz 1 bestehen würde.
- (2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK Rheinland/Hamburg 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 Tarifes 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 Rheinland/Hamburg 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 des § 13 Abs. 4 SGB V oder 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 der Teilnahme am Tarif fallen. Der Anspruch besteht bis zur Höhe des zweifachen Leistungsbetrages nach § 55 Absatz 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 Beginn der Teilnahme am Wahltarif abweichend von Satz 2 wie folgt begrenzt:

1. Jahr maximal 250,00 EUR
2. Jahr maximal 500,00 EUR
3. Jahr maximal 750,00 EUR

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

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

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

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

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

Die AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg vergleichbar ist.

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

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Tarifes 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 Folgekalendermonat fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Monat am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig.

Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Monat wird die Prämie anteilig nach Kalendertagen berechnet; dies gilt sinngemäß in den Fällen des Abs. 7 Satz 3.

Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 3 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend.

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

- (6) Die Monatsprämie ergibt sich aus dem Anhang 3, der Bestandteil dieser Satzung ist; sie 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 das Alter des Versicherten.
- (7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg nicht möglich.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der AOK Rheinland/Hamburg 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 zwei Monaten sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich.

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

- (8) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Leistungen nach dem SGB III (Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegsopferfürsorge bezieht.

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

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

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

§ 30

Tarif für die Kostenerstattung für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung

- (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. 5 SGB V für die Erstattung von Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtung wählen. Der Tarif kann außerdem von im angrenzenden Ausland lebenden Mitgliedern gewählt werden, die eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und für die ohne den Rentenbezug bzw. die Rentenantragstellung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V aus der Mitgliedschaft eines Grenzgängers im Sinne von Satz 1 bestehen würde.
- (2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK Rheinland/Hamburg 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 Tarifes 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 Rheinland/Hamburg 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 90 v.H. der dem Versicherten in Deutschland entstandenen nachgewiesenen Kosten für von einem Vertragsarzt verordnete und von einer zugelassenen deutschen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegebene nicht verschreibungspflichtige 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 der Teilnahme am Tarif fällt; ggf. nach § 12 b der Satzung bzw. § 13 bzw. § 14 SGB V erstattete 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 Kostenerstattung ist auf einen kalenderjährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt, der sich aus dem Anhang 3, der Bestandteil dieser Satzung ist, ergibt. Maßgeblich für die Bestimmung des Rechnungshöchstbetrages ist das Alter des Versicherten. Bei Beginn 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; im Übrigen erfolgt die Berechnung nach Kalendertagen.

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Tarifes 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 Folgekalendermonat fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Monat am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig.

Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Monat wird die Prämie anteilig nach Kalendertagen berechnet.

Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 3 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend.

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

- (6) Die Monatsprämie ergibt sich aus dem Anhang 3, der Bestandteil dieser Satzung ist; sie 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 das Alter des Versicherten.
- (7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg nicht möglich.

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

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

- (8) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg zugeht; Absatz 7 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

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

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

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

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

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

§ 31

Wahltarif Krankengeld (*vigo select Krankengeld*)

- (1) Einen Krankengeld-Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V können wählen:
1. Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben,
 2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts aufgrund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter),
 3. nach dem KSVG versicherte Künstler und Publizisten.

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

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

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

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

- (3) Folgende Tarifaufprägungen des Wahltarifes Krankengeld können gewählt werden:
1. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Mitglieder können eine Tarifaufprägung wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifaufprägung KG 22).
 2. Die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitglieder können eine Tarifaufprägung wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 15. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifaufprägung KG 15).

(4) Das Wahltarif-Krankengeld

1. beträgt in der Tarifaufprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 1 genannten Mitgliedern 70 v. H. des Arbeitseinkommens, welches zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Prämienbemessung nach Absatz 5 aus Arbeitseinkommen maßgebend war,
2. wird in der Tarifaufprägung bei den nach Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V und § 14 dieser Satzung berechnet,
3. beträgt in der Tarifaufprägung 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 zugrunde gelegt wurde; § 47 Abs. 4 Satz 2 bis 4 SGB V gilt,

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

(5) Die Prämie beträgt:

1. für die Tarifaufprägung KG 22 0,70 v. H. des beitragspflichtigen Arbeitsentgeltes und Arbeitseinkommens, das für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§§ 226 und 240 SGB V) maßgebend sind; für die hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen gelten die „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ des GKV-Spitzenverbandes,
2. für die Tarifaufprägung KG 15 0,8 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§ 234 SGB V) maßgebend sind.

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

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 wird zum gleichen Zeitpunkt fällig, wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.
2. Die Prämienzahlung endet in den Fällen des Absatzes 11 Satz 1 und 3 sowie des Absatzes 12.

- (7) Der Anspruch auf Wahltarif-Krankengeld ruht bzw. ist ausgeschlossen:
1. sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, von diesem Zeitpunkt an bis zum Tage der vollständigen Entrichtung der rückständigen Prämien und der der AOK wegen der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten; eine Zahlung von Krankengeld innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird,
 2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; wird die Mitwirkung nachgeholt wird das Ruhen des Leistungsanspruchs rückwirkend aufgehoben.

Die §§ 11 Absatz 5, 16, 49, 50, 51, 52 und 52 a SGB V gelten entsprechend.

- (8) Für die in Absatz 1 Nr. 1 und 3 genannten Mitglieder besteht kein Krankengeldanspruch, wenn Arbeitsunfähigkeit in den ersten drei Monaten der Teilnahme am Krankengeld-Wahltarif eintritt.

Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand.

Satz 1 gilt nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden und nach Antragstellung eintreten.

- (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 drei Monaten zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich. Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:
1. bei Erhalt von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II,
 2. bei Erhalt von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
 3. bei Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung nach § 807 ZPO,
 4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 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, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird,
 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 Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V vom Versicherten mit Wirkung für die Zukunft widerrufen wurde, es sein denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,
 7. durch Tod.
- (13) Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personen ruht der Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 10 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung.
- Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 1 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf.
- Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifes.
- Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend bei Widerruf der Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V.
- (14) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Rheinland/Hamburg den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.

§ 32

Tarif für Teilkostenversicherte

- (1) Freiwillig versicherte Angestellte, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind (DO-Angestellte) und die die Teilkostenerstattung nach § 16 der Satzung gewählt haben (Teilkostenversicherung), können den Tarif für Teilkostenversicherte wählen.

Satz 1 gilt auch für freiwillig versicherte im Ruhestand befindliche ehemalige DO-Angestellte sowie für freiwillig versicherte Hinterbliebene von DO-Angestellten, die die Teilkostenerstattung nach § 16 der Satzung gewählt haben.

- (2) Die Erklärung zur Wahl der Teilkostenerstattung nach § 16 der Satzung gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform.

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

Die Erklärung zur Wahl des Tarifes in den Fällen, in denen das Mitglied der Teilnahme am Tarif zunächst widersprochen oder gemäß Absätze 8 bis 9 die Teilnahme am Tarif gekündigt 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 Rheinland/Hamburg zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Teilkostenversicherung und frühestens zu dem vom Mitglied gewählten Datum.

- (3) Mitglieder, die den Tarif für Teilkostenversicherte gewählt haben, erhalten nach Maßgabe der Absätze 5 bis 7 für die Dauer der Teilnahme eine monatliche Prämie.

Der Zeitpunkt der Fälligkeit der monatlichen Prämie entspricht dem Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrages zur Krankenversicherung gemäß § 20 Abs. 4 der Satzung.

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

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

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

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).

- (5) Die Berechnung der Prämie erfolgt durch Multiplikation des Ausgangswertes mit dem für die jeweilige Einnahmenart maßgeblichen Prämienatz; dieser entspricht

- a) bezogen auf Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 228 SGB V) 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V,
- b) bezogen auf Versorgungsbezüge (§ 229 SGB V) 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V,

- c) bezogen auf Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit, soweit es neben der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird, 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V,
 - d) bezogen auf alle weiteren dem Ausgangswert hinzuzurechnenden Einnahmen, aus denen die Beiträge zur Krankenversicherung über den ermäßigten Beitragssatz nach § 243 SGB V zu erheben sind, 50 v. H. des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 SGB V,
 - e) bezogen auf alle weiteren dem Ausgangswert hinzuzurechnenden Einnahmen, aus denen die Beiträge zur Krankenversicherung über den allgemeinen Beitragssatz nach § 241 SGB V zu erheben sind, 50 v. H. des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 SGB V, zuzüglich der Beitragssatzdifferenz zwischen dem allgemeinen und dem ermäßigten Beitragssatz.
 - f) bezogen auf die in den Buchstaben a bis e genannten Einnahmen zusätzlich 50 v. H. des Zusatzbeitragssatzes der AOK Rheinland/Hamburg gemäß § 18 Abs. 5.
- (6) Sofern Beiträge zur Krankenversicherung nach zu berechnen sind, ist die Prämie für den Zeitraum der Nachberechnung rückwirkend entsprechend zu erhöhen; Absatz 4 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

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

- (7) Die Teilnahme am Tarif kann durch das Mitglied schriftlich gekündigt werden; sie endet mit Ablauf des Tages, an dem die Kündigung der AOK Rheinland/Hamburg zugeht.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Teilkostenversicherung bei der AOK Rheinland/Hamburg.

§ 33

Tarif für die Kostenerstattung bei Vorsorgeleistungen zur Zahngesundheit (*vigo select Zahnprophylaxe*)

- (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 für Vorsorgeleistungen zur Zahngesundheit 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. Der Tarif kann nur für Versicherte gewählt werden, die das 26. Lebensjahr noch nicht vollendet haben; danach kann der Tarif nur gewählt werden, wenn die Teilnahme am Tarif zuvor endete, weil der Versicherte kraft Gesetzes für einen Zeitraum von längstens drei Jahren zu einer anderen Krankenkasse wechseln musste.
- (2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK Rheinland/Hamburg zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Versicherung und frühestens mit dem vom Mitglied gewählten Datum und frühestens mit der Vollendung des 16. Lebensjahres.

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 Tarifes 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 Rheinland/Hamburg 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 entstandenen nachgewiesenen Kosten für Vorsorgeleistungen zur Zahngesundheit, sofern diese während der Teilnahme am Tarif von einem Vertragszahnarzt erbracht werden; ggf. nach den §§ 13, 14, 22 SGB V oder § 28 SGB V erbrachte bzw. erstattete Leistungen sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind hierauf anzurechnen; der bestehende Leistungsanspruch aus dem Tarif ruht, soweit und solange Leistungen nach § 12 f der Satzung gewährt werden.

Der Leistungsanspruch besteht für maximal eine Vorsorgeleistung je Kalenderjahr und beinhaltet die intensive Beratung und Anleitung zur täglichen Zahnpflege sowie eine professionelle Zahnreinigung. Der Anspruch auf Erstattung ist auf 35,00 EUR je Kalenderjahr begrenzt.

Der Anspruch auf Erstattung ist auf 35,00 EUR je Kalenderjahr begrenzt.

Abweichend von Satz 3 werden die Kosten in voller Höhe erstattet, wenn die Leistung von der Zahnklinik Düsseldorf der AOK Rheinland/Hamburg erbracht wird; die AOK Rheinland/Hamburg erstattet die Kosten in diesem Fall direkt und mit befreiender Wirkung an die Zahnklinik Düsseldorf.

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tag ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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, subjektiv nicht möglich war.

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

- (5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Monatsprämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am Monatsersten für den Folgekalendermonat fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Monat am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig.

Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Monat wird die Prämie anteilig nach Kalendertagen berechnet.

Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 3 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend.

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

- (6) Die Monatsprämie ergibt sich aus dem Anhang 3, der Bestandteil dieser Satzung ist; sie ist jeweils für das Mitglied und jeden nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, zu entrichten.
- (7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg nicht möglich.

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

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

- (8) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Leistungen nach dem SGB III (Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegsofopferfürsorge bezieht.

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

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

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

§ 34

Tarif für die Kostenerstattung bei häuslicher Krankenpflege

(vigo select Häusliche Krankenpflege)

- (1) Mitglieder mit Wohnsitz in Deutschland, 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 einen Tarif nach § 53 Abs 4 SGB V für die Erstattung von Kosten bei medizinisch notwendiger häuslicher Krankenpflege wählen. Der Tarif kann nur für Versicherte gewählt werden, die das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK Rheinland/Hamburg zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Versicherung und frühestens mit dem vom Mitglied gewählten Datum und frühestens mit der Vollendung des 12. Lebensjahres.

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 Tarifes 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 Rheinland/Hamburg 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 entstandenen nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wenn diese gemäß § 37 Abs. 2 SGB V zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Pflegebedarf) und als solche von einem Vertragsarzt verordnet und von einem Leistungserbringer nach § 132a SGB V oder einer vom Versicherten selbst beschafften Ersatzkraft neben der Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V erbracht wurde, sofern sowohl das Datum der Verordnung, als auch das Datum der Leistungserbringung in die Zeit der Teilnahme am Tarif fallen.

Das Datum des Eintritts des Pflegebedarfes gemäß Satz 1 ist vom Versicherten über eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen; ein Leistungsanspruch besteht nicht, wenn der Versicherte nach den Bestimmungen des SGB XI pflegebedürftig ist oder der Pflegebedarf gemäß Satz 1 bereits vor dem Beginn der Teilnahme am Tarif entstanden ist; dies gilt entsprechend, wenn der Pflegebedarf gemäß Satz 1 an Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V oder stationäre Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V oder stationäre Hospizleistungen gemäß § 39 a SGB V oder stationäre Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V oder Leistungen nach dem SGB XI oder vergleichbare Leistungen anderer Sozialleistungsträger oder an mehrere aufeinanderfolgende der genannten Leistungen anschließt und diese Leistungen vor Beginn der Teilnahme am Tarif oder innerhalb eines Jahres ab Beginn der Teilnahme am Tarif begonnen haben.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach den Sätzen 1 und 2 setzt voraus, dass die Pflege im Haushalt des Versicherten oder dessen Angehörigen erbracht wird, und besteht außerdem nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

Der Leistungsanspruch besteht bis zu einem monatlichen Höchstbetrag, der am 01.01.2017 230,00 EUR beträgt, begrenzt auf den Rechnungsbetrag. Der Höchstbetrag nach Satz 4 erhöht sich jedes Kalenderjahr um den Vomhundertsatz der Anpassung der Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV, jedoch maximal auf den Betrag, der einem Drittel des Leistungsbetrages des Pflegegrades 2 gemäß § 36 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI entspricht; er wird jeweils auf volle EUR gerundet.

Ggf. nach § 13, § 14 oder §§ 24 g bis 24 h oder §§ 37 bis 38 SGB V oder nach § 12 der Satzung geleistete 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.

Die Kostenerstattung bis zu dem sich aus den Sätzen 4 und 5 ergebenden Höchstbetrag setzt voraus, dass der Versicherte bei Eintritt des Pflegebedarfs gemäß Satz 1 bzw. bei späterem Leistungsbeginn bei Beginn der Leistung mindestens 20 Jahre am Tarif teilgenommen hat, wobei die Teilnahme nicht ununterbrochen verlaufen sein muss; Zeiten des Ruhens der Teilnahme gemäß Abs. 7 Satz 3 werden hierbei nicht als Teilnahmezeitraum gewertet. Bei einer kürzeren Teilnahmedauer reduziert sich der Höchstbetrag in der Weise, dass je volles Teilnahmejahr der Betrag von 1/20 des Höchstbetrages gemäß den Sätzen 4 und 5 zur Verfügung gestellt wird; Zeiten des Ruhens der Teilnahme gemäß Abs. 7 Satz 3 werden hierbei nicht als Teilnahmezeitraum gewertet. Bei einer Teilnahmedauer von mehr als 20 Jahren erhöht sich der Höchstbetrag in der Weise, dass je weiteres volles Teilnahmejahr der Betrag von 1/20 des Höchstbetrages gemäß den Sätzen 4 und 5 zur Verfügung gestellt wird; Zeiten des Ruhens der Teilnahme gemäß Abs. 7 Satz 3 werden hierbei nicht als Teilnahmezeitraum gewertet. Abweichend von Satz 9 beträgt der monatliche Leistungshöchstbetrag mindestens die Hälfte des sich aus den Sätzen 4 und 5 ergebenden Höchstbetrages. Bei einem Leistungsbezug für Teilmonate wird der Leistungshöchstbetrag anteilig nach Kalendertagen berechnet.

Der einmal festgestellte Leistungshöchstbetrag bleibt für die Dauer des Leistungsfalles unverändert maßgeblich; von einem neuen Leistungsfall ist erst dann auszugehen, wenn in der Zwischenzeit für wenigstens drei zusammenhängende Monate ein Pflegebedarf gemäß Satz 1 nach ärztlichem Zeugnis nicht gegeben war und der Versicherte in diesem Zeitraum weder häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V oder stationäre Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V oder stationäre Hospizleistungen gemäß § 39 a SGB V oder stationäre Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V noch Leistungen nach dem SGB XI noch vergleichbare Leistungen anderer Sozialleistungsträger in Anspruch genommen hat.

Voraussetzung für eine Kostenerstattung ist außerdem, dass der Versicherte bei Eintritt des Pflegebedarfs gemäß Satz 1 unmittelbar zuvor ununterbrochen mindestens ein Jahr am Tarif teilgenommen hat; Zeiten des Ruhens der Teilnahme gemäß Abs. 7 Satz 3 werden hierbei nicht als Teilnahmezeitraum gewertet.

Der Leistungsanspruch besteht ab Eintritt des Pflegebedarfs gemäß Satz 1 bzw. bei späterem Leistungsbeginn ab Beginn der Leistung für längstens fünf Jahre (Höchstanspruchsdauer) und endet spätestens bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit nach den Bestimmungen des SGB XI. Sofern der Versicherte keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, kann die AOK Rheinland/Hamburg eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer der Antrag vom Versicherten zu stellen ist; wird der Antrag nicht gestellt, endet der Leistungsanspruch aus dem Tarif nach Ablauf der gesetzten Frist. Im Falle der rückwirkenden Zubilligung von Leistungen nach dem SGB XI bzw. von Grundpflege oder hauswirtschaftlicher Versorgung nach § 37 Abs. 1 SGB V geht der Anspruch hierauf insoweit auf die AOK Rheinland/Hamburg über, als diese Leistungen aus dem Wahltarif gewährt hat (§ 103 SGB X). Endet der Leistungsbezug vor Ablauf der Höchstanspruchsdauer gemäß Satz 15, besteht bei erneutem Eintritt eines Pflegebedarfes gemäß Satz 1 ein erneuter Leistungsanspruch, sofern die übrigen Voraussetzungen hierfür gegeben sind; die zuvor in Anspruch genommenen Leistungszeiträume werden hierbei auf die Höchstanspruchsdauer angerechnet.

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 Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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, subjektiv nicht möglich war.

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

Zeiten der Teilnahme am Tarif, für die die nach Absatz 5 fälligen Prämien sowie die der AOK Rheinland/Hamburg aufgrund der Nichtzahlung der Prämien entstandenen Kosten bei Eintritt des Pflegebedarfs gemäß Satz 1 nicht gezahlt worden sind, werden bei der Ermittlung der Teilnahmedauer im Sinne der Sätze 8 bis 14 nicht als Teilnahmezeit gewertet; die Sätze 20 bis 22 gelten entsprechend.

Der Leistungsanspruch endet mit Ende der Teilnahme am Tarif.

- (5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Monatsprämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am Monatsersten für den Folgekalendermonat fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Monat am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig.

Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Monat wird die Prämie anteilig nach Kalendertagen berechnet; dies gilt sinngemäß in den Fällen des Absatzes 6 Satz 3 sowie Absatz 7 Satz 3.

Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 3 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend.

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

- (6) Die Monatsprämie ergibt sich aus dem Anhang 3, der Bestandteil dieser Satzung ist; sie ist jeweils für das Mitglied und jeden nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, zu entrichten.

Der sich aus dem Anhang 3 zum 01.01.2010 ergebende monatliche Betrag erhöht sich ab dem 01.01.2014 jedes Kalenderjahr um den Vomhundertsatz der Anpassung der Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV; die monatliche Prämie wird jeweils auf volle 0,10 EUR aufgerundet.

Für die Zeit des Bezuges von Leistungen aus dem Tarif sind keine Prämien zu entrichten; dies gilt auch bei einer vorübergehenden Unterbrechung des Leistungsbezuges durch stationäre Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V oder stationäre Hospizleistungen gemäß § 39 a SGB V oder stationäre Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V oder vergleichbare Leistungen anderer Sozialleistungsträger.

- (7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg nicht möglich.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der AOK Rheinland/Hamburg oder wenn der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt. 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 zwei Monaten sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich.

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

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit nach den Bestimmungen des SGB XI sowie in den Fällen, in denen der Versicherte nicht nur vorübergehend in ein Alten-, Altenpflege- oder Pflegeheim aufgenommen wird.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon bei Erreichen der sich aus Absatz 4 Satz 15 ergebenden Höchstanspruchsdauer; wird der Tarif danach neu gewählt, finden die bis zum Erreichen der Höchstanspruchsdauer zurückgelegten Teilnahmezeiten bei der Ermittlung der Teilnahmedauer gemäß den Sätzen 8 bis 14 keine Berücksichtigung; ein erneuter Leistungsanspruch entsteht frühestens, wenn in der Zwischenzeit für wenigstens fünf zusammenhängende Jahre ein Pflegebedarf gemäß Absatz 4 Satz 1 nach ärztlichem Zeugnis nicht gegeben war und der Versicherte in diesem Zeitraum weder häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, noch Leistungen nach dem SGB XI, noch vergleichbare Leistungen anderer Sozialleistungsträger in Anspruch genommen hat.

- (8) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Leistungen nach dem SGB III (Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegsopferfürsorge bezieht.

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

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

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

- (10) Sofern sich eine über die jährliche Anpassung gemäß Absatz 6 Satz 2 hinausgehende Prämienhöhung ergibt, die mehr als 10 % beträgt, besteht ein Sonderkündigungsrecht; das Mitglied kann den Tarif in diesem Fall bis zum Ablauf des Kalendermonats, in dem die Prämienhöhung in Kraft tritt, durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg kündigen.

Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK Rheinland/Hamburg 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.

§ 34 a

Tarif für die Kostenerstattung bei Brillen (*vigo select Brille*)

- (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 medizinisch notwendiger Versorgung mit Brillen wählen.

Der Tarif kann außerdem von im angrenzenden Ausland lebenden Mitgliedern gewählt werden, die eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und für die ohne den Rentenbezug bzw. die Rentenantragstellung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V aus der Mitgliedschaft eines Grenzgängers im Sinne von Satz 1 bestehen würde.

- (2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform.

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK Rheinland/Hamburg 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 Tarifes 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 Rheinland/Hamburg 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) Erstattungsfähig sind die dem Versicherten in Deutschland bzw. im Rahmen des § 13 Abs. 4 SGB V oder einer Kooperation nach § 140 e SGB V entstandenen nachgewiesenen Kosten für eine Brille, wenn diese nach Feststellung durch einen Vertragsarzt (Augenarzt) oder einen zugelassenen Augenoptiker (§ 126 SGB V) im Einzelfall erforderlich ist, um eine Sehbehinderung oder Sehschwäche auszugleichen, und sowohl das Datum der ärztlichen Verordnung bzw. der Refraktionsbestimmung durch den Augenoptiker, als auch das Datum der Ausstattung in die Zeit der Teilnahme am Tarif fallen.

Der Anspruch auf eine Folgeversorgung besteht bei ununterbrochener Teilnahme am Tarif maximal alle drei Jahre; bei einer Unterbrechung der Teilnahme am Tarif verschiebt sich das Datum der nächstmöglichen Leistungsanspruchnahme um den Zeitraum der Unterbrechung der Teilnahme am Tarif.

Der Leistungsinhalt umfasst auch Zusatzleistungen wie die Entspiegelung oder Tönung der Brille; nicht zum Leistungsinhalt gehören Reparaturen, die Mehrfachausstattung (z. B. Zweitbrille) sowie die Ausstattung mit Sonnenbrillen oder Sehhilfen für den Arbeitsplatz.

Die Versorgung mit einer Brille wird jeweils mit 125,00 EUR bezuschusst; der Anspruch auf Erstattung erhöht sich mit der Dauer der Teilnahme am Wahltarif wie folgt:

ab dem 2. Jahr der ununterbrochenen Teilnahme auf 175,00 EUR
ab dem 3. Jahr der ununterbrochenen Teilnahme auf 250,00 EUR

Die Erstattung ist auf den Rechnungsbetrag begrenzt; ggf. nach § 13, § 14 oder § 33 SGB V erstattete Beträge bzw. erbrachte Leistungen 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.

Die AOK Rheinland/Hamburg kann bei der Festsetzung der Leistungshöhe gemäß Satz 4 auf Antrag des Versicherten Zeiten der Teilnahme an einem Wahltarif zur Kostenerstattung bei Brillen (§ 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 Rheinland/Hamburg vergleichbar ist.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztliche Verordnung bzw. die Refraktionsbestimmung durch den Augenoptiker vorzulegen.

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tag ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK Rheinland/Hamburg 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 Tag, an dem die Prämie sowie die der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Tarifes 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 Folgekalendermonat fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Monat am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig.

Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Monat wird die Prämie anteilig nach Kalendertagen berechnet; dies gilt sinngemäß in den Fällen des Abs. 7 Satz 3.

Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 3 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend.

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

- (6) Die Monatsprämie ergibt sich aus dem Anhang 3, der Bestandteil dieser Satzung ist; sie ist jeweils für das Mitglied und jeden nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, zu entrichten.

- (7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg nicht möglich.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der AOK Rheinland/Hamburg 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 zwei Monaten sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich.

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

- (8) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg 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 Rheinland/Hamburg 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 Leistungen nach dem SGB III (Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegsopferfürsorge bezieht.

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

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

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

§ 35

Tarif für die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung

(vigo select Kieferorthopädie)

- (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 der Eigenanteile bei medizinisch notwendiger kieferorthopädischer Behandlung nach § 29 SGB V wählen.

Der Tarif kann außerdem von im angrenzenden Ausland lebenden Mitgliedern gewählt werden, die eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und für die ohne den Rentenbezug bzw. die Rentenantragstellung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V aus der Mitgliedschaft eines Grenzgängers im Sinne von Satz 1 bestehen würde.

- (2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform.

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Versicherung und frühestens mit dem vom Mitglied gewählten Datum.

Die Teilnahme am Tarif beginnt abweichend hiervon auf Wunsch des Versicherten rückwirkend mit Beginn der Versicherung, wenn die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen wegen Beginns einer eigenen Mitgliedschaft endet und der Tarif aus diesem Grund innerhalb von zwei Monaten nach dem Tag neu gewählt wurde, an dem der Versicherte vom Ende der 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 Tarifes 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 Eigenanteile gemäß § 29 Abs. 2 SGB V, die dem Versicherten im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung durch einen Vertragszahnarzt/-kieferorthopäden in Deutschland bzw. im Rahmen des § 13 Abs. 4 SGB V oder einer Kooperation nach § 140 e SGB V für die Zeit der Teilnahme am Tarif entstanden sind.

Der Leistungsanspruch besteht ab Beginn der Teilnahme auch dann, wenn die Teilnahme am Tarif während einer bereits laufenden kieferorthopädischen Behandlung beginnt.

Die Erstattung ist auf den Rechnungsbetrag begrenzt; ggf. nach § 13, § 14, § 28 oder § 29 SGB V erstattete Beträge bzw. erbrachte Leistungen 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.

Zur Erstattung sind die spezifizierten und quittierten Originalrechnungen vorzulegen.

Der Anspruch des Versicherten auf Rückerstattung des Eigenanteils gemäß § 29 Abs. 3 SGB V geht insoweit auf die AOK Rheinland/Hamburg über, als diese für den jeweiligen Behandlungszeitraum Leistungen aus dem Tarif gewährt hat (§ 103 SGB X); dies gilt auch dann, wenn eine andere Krankenkasse für die Rückerstattung zuständig ist. Der Versicherte ist verpflichtet, der AOK Rheinland/Hamburg unverzüglich das Ende der kieferorthopädischen Behandlung sowie jeden Krankenkassenwechsel mitzuteilen, der bis zum Tag des Abschlusses der kieferorthopädischen Behandlung wirksam wird.

Ein Leistungsanspruch besteht auch für zurückliegende Behandlungszeiträume nicht, wenn die Behandlung abgebrochen bzw. nicht in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist.

Die ggf. bereits erstatteten Leistungen sind in diesem Fall vom Versicherten zurückzuzahlen, es sei denn, der Versicherte hat den Behandlungsabbruch nachweislich nicht zu vertreten oder die Rückforderung stellt für den Versicherten eine erhebliche unbillige Härte dar.

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 Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Jahresprämie zu zahlen, die im Voraus für das Kalenderjahr zu entrichten ist.

Die Prämie wird jeweils am 01.12. für das Folgekalenderjahr fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Jahr am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig.

Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Jahr wird die Prämie anteilig berechnet. Für die Berechnung der anteiligen Prämie werden für volle Kalendermonate jeweils 1/12 der Jahresprämie zugrunde gelegt; im Übrigen erfolgt die Berechnung nach Kalendertagen.

Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 3 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend.

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

- (6) Die Monatsprämie ergibt sich aus dem Anhang 3, der Bestandteil dieser Satzung ist; sie ist jeweils für das Mitglied und jeden nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, zu entrichten.
- (7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK die schriftliche Kündigung zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der einjährigen Bindungsfrist; für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

Abweichend von Satz 1 kann das Mitglied die Teilnahme ausnahmsweise vorzeitig durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg kündigen, wenn die kieferorthopädische Behandlung laut Bestätigung des Vertragszahnarztes/-kieferorthopäden in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, sofern das Mitglied für den Tarifteilnehmer einen anderen Tarif gemäß §§ 26 bis 29 oder 33 bis 34 a wählt; die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Tages, der dem Tag des Beginns der Teilnahme an dem neu gewählten Tarif vorhergeht.

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

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

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

Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK zugeht.

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

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

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

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

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

§ 36

Wahltarif Bonus mit Zusatzbonus (*vigo bonus PLUS*)

- (1) Die AOK Rheinland/Hamburg bietet im Rahmen dieses Wahltarifs nach § 53 SGB V Bonuszahlungen für einen Selbstbehalt in Verbindung mit der Nichtinanspruchnahme von Leistungen und gesundheitsbewusstem Verhalten (§ 65 a SGB V) an. Auf den Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ist § 65 a Abs. 3 SGB V anwendbar, im Übrigen gilt § 53 Abs. 9 SGB V.
- (2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Wahltarifs Bonus mit Zusatzbonus. 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 Monats, in dem die Erklärung bei der AOK Rheinland/ Hamburg eingeht, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft und frühestens zu dem vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt.

Bei Versicherten, die am 31.12.2012 am Selbstbehalttarif oder am Wahltarif Bonus nach § 24 oder 37 der Satzung in der Fassung zum 31.12.2012 teilgenommen haben, wird die Wahl rückwirkend zum 01.01.2013 wirksam, sofern die Erklärung bis spätestens 01.04.2013 bei der AOK Rheinland/Hamburg eingeht, frühestens jedoch zu dem vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt.

Eine gleichzeitige Teilnahme am Wahltarif Bonus mit Zusatzbonus und am AOK-Familienbonus oder am AOK-Prämienprogramm nach § 38 ist ausgeschlossen. Nimmt das Mitglied bei der Wahl des Tarifes bereits am AOK-Prämienprogramm oder am AOK-Familienbonus teil, endet die Teilnahme am AOK-Prämienprogramm bzw. AOK-Familienbonus mit Beginn der Teilnahme am Wahltarif Bonus mit Zusatzbonus.

Die Teilnahme am Wahltarif ruht für Zeiten, in denen eine Familienversicherung besteht oder in denen aus anderen Gründen (z. B. Unterbrechung der Versicherung ohne Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse) keine Beiträge zu zahlen sind oder die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden. Dies gilt nicht für Zeiten des Bezuges von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld.

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

Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, in dem der AOK Rheinland/ Hamburg die schriftliche Erklärung zugeht, frühestens jedoch mit Ablauf der Bindungsfrist; für die sich hieraus ergebene Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK Rheinland/Hamburg nicht möglich. Die Teilnahme endet unabhängig davon mit dem Beginn einer rechtmäßigen Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse.

- (4) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Teilnahme für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt; das Nähere ergibt sich aus Absatz 5. Eine vorzeitige Kündigung des Tarifes ist auch bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI möglich. Die Teilnahme endet in diesen Fällen zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats; Abs. 3 Satz 3 gilt entsprechend.

- (5) Eine unbillige Härte ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn das Mitglied Leistungen nach dem SGB III (Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegssopferfürsorge bezieht.

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass regelmäßig nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

In welchen weiteren Fällen eine unbillige Härte anzuerkennen ist, regelt der Vorstand in einer Richtlinie. Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. gleichgeschlechtlicher Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

- (6) Mitgliedern mit einem jährlichen Einkommen bis 18.000,00 EUR brutto steht ein Grundbonus von 80,00 EUR kalenderjährlich zu (Tarifstufe I). Mitglieder mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von 18.000,01 EUR bis zu der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V erhalten einen Grundbonus in Höhe von 110,00 EUR (Tarifstufe II). Für Mitglieder mit einem jährlichen Bruttoeinkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V beträgt der Grundbonus 230,00 EUR (Tarifstufe III). Maßgeblich ist das Jahresarbeitsentgelt des abzurechnenden Teilnahmejahres. Wird die Einkommensgrenze für die gewählte Tarifstufe unterschritten und dieses durch die AOK rückwirkend festgestellt, erfolgt rückwirkend ab 01.01. des Abrechnungsjahres, frühestens jedoch ab Teilnahmebeginn, eine Rückstufung in die Tarifklasse, welche dem festgestellten Einkommen entspricht.

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

- (7) Mitgliedern steht ein Gesundheitsbonus von 70,00 EUR kalenderjährlich zu, wenn sie Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V, Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und die in § 20 d Abs. 1 SGB V i. V. mit den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Schutzimpfungen für Tetanus, Grippe und Pneumokokken nachweisen. Stattdessen genügt Mitgliedern der Nachweis körperlicher Fitness durch einen sportwissenschaftlich entwickelten Walkingtest, Ergometertest oder durch die Vorlage eines Leistungsabzeichens des Deutschen Olympischen Sportbundes und seiner Mitgliedsorganisationen. Andere Nachweise der körperlichen Fitness können im Einzelfall anerkannt werden. Die Einzelheiten werden vom Vorstand in Ausführungsbestimmungen geregelt. Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen dürfen nicht älter als ein Jahr sein.

- (8) Mitgliedern steht ein Zusatzbonus pro Kalenderjahr zu, wenn sie in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren, in denen sie am Tarif teilgenommen haben, keine Eigenbeteiligungen nach Absatz 9 tragen mussten. Für das erste Kalenderjahr der Teilnahme am Tarif steht dem Mitglied der Zusatzbonus anteilig gemäß Abs. 10 Satz 5 auch dann zu, wenn die Teilnahme am Tarif spätestens am 01.10. des Jahres begonnen hat und sowohl für diesen Zeitraum als auch für die darauffolgenden beiden Kalenderjahre der Teilnahme am Tarif keine Eigenbeteiligungen nach Absatz 9 entstanden sind.

Bei Versicherten, die am 31.12.2012 am Selbstbehalttarif nach § 24 der Satzung in der Fassung zum 31.12.2012 teilgenommen haben, gelten die Zeiten der Teilnahme an diesen Tarifen, in denen keine Eigenbeteiligungen zu tragen waren, als anzurechnende Teilnahmezeiten ohne Eigenbeteiligung im Sinne von Satz 1.

Der Zusatzbonus beträgt pro vollständiges Kalenderjahr 50,00 EUR in Tarifstufe I, 60,00 EUR in Tarifstufe II und 100,00 EUR in Tarifstufe III. Die Zahlung des Zusatzbonus für die ersten drei Teilnahmejahre erfolgt zusammenhängend erstmalig mit der Abrechnung des dritten Teilnahmejahres, sofern die Voraussetzung für den Zusatzbonus erfüllt wurde. In Folgejahren erfolgt die Zahlung jährlich, bei Erfüllung der in Satz 1 genannten Voraussetzung mit der jährlichen Abrechnung des Tarifes. Muss das Mitglied in einem Kalenderjahr eine Eigenbeteiligung nach Abs. 9 tragen, wird kein Zusatzbonus gewährt und es muss vor der nächsten Zahlung des Zusatzbonus der Zeitraum von drei vollständigen Kalenderjahren ohne Zahlung einer Eigenbeteiligung erneut erfüllt werden.

- (9) Mitglieder tragen Eigenbeteiligungen bis zu einem kalenderjährlichen Höchstbetrag von 160,00 EUR in Tarifstufe I, 220,00 EUR in Tarifstufe II und 460,00 EUR in Tarifstufe III. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 20,00 EUR in Tarifstufe I, 27,50 EUR in Tarifstufe II und 57,50 EUR in Tarifstufe III. Die Eigenbeteiligung je stationärer Krankenhausbehandlung beträgt 40,00 EUR in Tarifstufe I, 55,00 EUR in Tarifstufe II und 115,00 EUR in Tarifstufe III. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Leistungen, die aufgrund einer Schwangerschaft einschließlich der Entbindung entstehen, werden nicht einbezogen. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24 a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen.
- (10) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Eigenbeteiligungen für das Kalenderjahr bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Der sich aus den Selbstbehalt-Tarifelementen (Grundbonus nach Abs. 6 und Zusatzbonus nach Abs. 8) für das Mitglied ergebende Auszahlungsbetrag darf 20 % der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V). 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 Versicherung bei der AOK Rheinland/Hamburg oder einer anderen AOK besteht oder der Versicherte kraft Gesetzes in eine Versicherung bei einer anderen Krankenkasse wechseln musste. Ist die Summe der Eigenbeteiligungen höher als die Summe der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 14 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK Rheinland/ Hamburg fällig, auch wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde.

Beginnt die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus, der Gesundheitsbonus, der Zusatzbonus, und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Gleiches gilt bei Ende der Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres; hiervon ausgenommen ist der Zusatzbonus.

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

§ 37

Tarif für die Kostenerstattung für die ambulante ärztliche Versorgung

(vigo select Kostenerstattung)

- (1) Mitglieder, die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen (Tarifteilnehmer) Kostenerstattung für die ambulante ärztliche Versorgung als Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V wählen.
- (2) Versicherte können die Wahl nach Abs. 1 gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg schriftlich, mündlich, telefonisch oder per Fax oder E-Mail erklären und hierbei den Beginn der Teilnahme bestimmen. Eine rückwirkende Teilnahme ist längstens für das Kalenderjahr möglich, das dem Tag des Zugangs der Wahlerklärung nach Satz 1 bei der AOK Rheinland/Hamburg vorausgeht, frühestens ab dem 01.01.2012; die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Abs. 1 muss in diesem Fall ab Beginn der Teilnahme bis zum Zugang der Wahlerklärung gegeben sein, wobei Unterbrechungen der Zugehörigkeit zum Personenkreis bis zu einem Monat unschädlich sind. Im Falle der mündlichen oder telefonischen Wahlerklärung fertigt die AOK Rheinland/Hamburg eine entsprechende Niederschrift über die Wahlerklärung des Versicherten an.
- (3) Der Versicherte ist an die Wahl des Tarifes 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 Rheinland/Hamburg 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) Anspruch auf Kostenerstattung besteht für die im SGB V vorgesehenen Leistungen der ambulanten ärztlichen Versorgung; § 13 Abs. 2 Sätze 2 und 3 sowie Satz 12 SGB V gelten nicht.

§ 13 Abs. 2 Sätze 5 bis 7 SGB V gelten entsprechend.

Anspruch auf Kostenerstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die AOK Rheinland/Hamburg bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte; § 15 Abs. 4 gilt entsprechend.

Der Kostenerstattung werden die für den Versicherten ausgestellten Originalrechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

- (5) Der Versicherte kann die Teilnahme am Tarif jederzeit gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg nach Maßgabe von Abs. 2 Satz 1 beenden und hierbei das Beendigungsdatum mit Wirkung für die Zukunft bestimmen. Die Teilnahme endet in diesem Fall frühestens mit dem Ablauf der einjährigen Bindungsfrist. Im Falle der mündlichen oder telefonischen Erklärung fertigt die AOK Rheinland/Hamburg eine entsprechende Niederschrift über die Erklärung des Versicherten an.

Die Teilnahme am Tarif wird durch Unterbrechungen in der Versicherung bei der AOK Rheinland/Hamburg grundsätzlich nicht berührt, es sei denn, der Versicherte erklärt die Beendigung der Teilnahme zum jeweiligen Ende der Versicherung. § 15 Abs. 2 Satz 7 gilt entsprechend.

- (6) Das Mitglied kann die Teilnahme am Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg beenden, wenn die weitere Teilnahme am Tarif für den Tarifteilnehmer eine unbillige Härte darstellt.

Die Teilnahme endet in diesem Fall zu dem vom Mitglied bestimmten Zeitpunkt.

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

Abs. 5 Sätze 1 und 3 gelten entsprechend.

§ 38

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Versicherte können am AOK-Prämienprogramm (vigo bonus AKTIV) oder im Familienverbund am AOK-Familienbonus (vigo bonus FAMILIE) teilnehmen. Beim AOK-Familienbonus ist die Höchstzahl der Teilnehmer im Familienverbund auf fünf Versicherte begrenzt. Die Teilnahme ist freiwillig und kommt durch Einschreibung zustande. Eine gleichzeitige Teilnahme an beiden Programmen ist ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen ist eine gleichzeitige Teilnahme am AOK-Prämienprogramm bzw. AOK-Familienbonus und am Wahltarif Bonus mit Zusatzbonus (§ 36). Die Teilnahme am AOK-Familienbonus oder am AOK-Prämienprogramm endet mit Beginn der Teilnahme am Wahltarif Bonus mit Zusatzbonus (§ 36). Versicherte, die nicht am AOK-Familienbonus oder AOK-Prämienprogramm teilnehmen, erhalten auf Antrag einen Erfolgsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.
- (2) Versicherte erhalten beim AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus bei regelmäßiger Inanspruchnahme von
- a) Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) nach § 7 Abs. 1 dieser Satzung
 - b) Maßnahmen, die nachweislich der Gesundheitsförderung dienen oder gesundheitsbewusste Verhaltensweisen fördern, die den Angeboten nach lit(a) vergleichbar und qualitätsgesichert sind, nach Maßgabe der Ausführungsbestimmungen,
 - c) Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und zur Früherkennung nach § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen),
 - d) Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und zur Früherkennung nach § 26 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche),
 - e) öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen nach § 20 i Abs. 1 SGB V

einen Bonus. Die möglichen Kombinationen zum Erhalt eines Bonus sind in den Ausführungsbestimmungen zum Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten beschrieben.

Der Anspruch auf einen Erfolgsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten besteht, wenn die Gesundheitswerte des Versicherten für Body Mass Index, Blutdruck, Blutzucker und Cholesterin in einer Messung von zugelassenen Leistungserbringern ermittelt worden sind und Normwerte erfüllen.

Die Anerkennung einer Leistung im Rahmen des AOK-Prämienprogramms, AOK-Familienbonus oder des Erfolgsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der AOK Rheinland/Hamburg. Diese richtet sich allein nach Maßgabe der Gesetze und dieser Satzung.

- (3) Die Voraussetzungen des Abs. 2 Satz 1 weisen die Versicherten durch entsprechende Bestätigungen und Leistungsabzeichen nach. Die Nachweise der durchgeführten Maßnahmen dürfen zum Zeitpunkt der Leistungsnachweisung nicht länger als 36 Monate zurückliegen.
- (4) Der Bonus wird den Versicherten beim Prämienprogramm als Sach- oder Geldprämie und beim Familienbonus als Geldprämie gegen Nachweis gemäß Abs. 3 zur Verfügung gestellt. Er wird beim AOK-Prämienprogramm und AOK-Familienbonus nach einem sich aus den Ausführungsbestimmungen ergebenden Punktzahlsystem ermittelt. Beim AOK-Familienbonus ist die jährliche Bonifizierung für nachgewiesene Maßnahmen je Teilnehmer auf maximal 30,00 EUR begrenzt.
- (5) Bei der Teilnahme am AOK-Familienbonus erhält jeder Teilnehmer nach drei, sechs und neun Jahren zusätzlich einen Treuebonus in Höhe von jeweils 60,00 EUR, wenn er jährlich die Teilnahme an mindestens einer Maßnahme gemäß Abs. 2 nachgewiesen hat. Endet die Versicherung, entfällt der jeweils nächste Treuebonus.
- (6) Im Falle einer missbräuchlichen Nutzung des AOK-Prämienprogramms oder AOK-Familienbonus, z. B. durch Manipulationen des Punktestandes aufgrund falscher Angaben oder Sammlung von Punkten unter Verstoß gegen die Teilnahmebedingungen, kann die AOK Teilnehmer mit sofortiger Wirkung vom Programm ausschließen, bereits erworbene Ansprüche können entfallen. Wurde ein Teilnehmer vom AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus ausgeschlossen, gilt er im Falle einer erneuten Anmeldung zum AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus als nicht teilnahmeberechtigt.
- (7) Der Normwertbereich für den jeweiligen Gesundheitswert beim Erfolgsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten wird durch wissenschaftlich anerkannte Grenzwerte bestimmt. Die Normwerte dürfen nicht durch Medikation generiert sein. Die zugrunde zu legenden Grenzwerte sind in den Ausführungsbestimmungen benannt. Der Erfolgsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten beträgt 25,00 EUR je erfülltem Normwert. Insgesamt können pro Jahr 100,00 EUR ausgezahlt werden.
- (8) Das Nähere regeln die Ausführungsbestimmungen zum Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten, die durch den Vorstand festgelegt werden. Der Versicherte erhält bei Einschreibung ins Programm die Teilnahmebedingungen ausgehändigt.

§ 39

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten im Bereich der Zahngesundheit

- (1) Versicherte, die am Wahltarif zur Kostenerstattung bei Vorsorgeleistungen zur Zahngesundheit gemäß § 33 der Satzung teilnehmen, erhalten als Bonus gemäß § 65 a Abs. 1 SGB V die vom Mitglied für den Tarif zu zahlenden Prämien gemäß § 33 Abs. 5 und 6 der Satzung.
- (2) Die Gewährung des Bonus erfolgt zweckgebunden; er wird unmittelbar bei Fälligkeit durch die AOK Rheinland/Hamburg als Prämie für den Wahltarif gemäß § 33 der Satzung vereinnahmt; ein Rückerstattungsanspruch gemäß § 33 Abs. 5 Satz 5 der Satzung entsteht hierdurch nicht.

§ 40

Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

Die AOK Rheinland/Hamburg kann den Versicherten Zusatzversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln. Gegenstand und Durchführung werden in Kooperationsverträgen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbart.

Sechster Abschnitt:
Widerspruchsstellen

§ 41

Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

- (1) Die Aufgaben der Widerspruchsstelle werden durch besondere Ausschüsse nach § 36 a SGB IV (Widerspruchsausschüsse) wahrgenommen. Widerspruchsausschüsse werden bei der Unternehmenssteuerung und bei den örtlichen Regionaldirektionen gebildet. Die Mitglieder der bei den örtlichen Regionaldirektionen zu bildenden Widerspruchsausschüsse und deren Stellvertreter werden von dem jeweiligen Regionalbeirat bestellt.

Bei der Unternehmenssteuerung werden die Mitglieder des Widerspruchsausschusses und deren Stellvertreter vom Verwaltungsrat bestellt.

- (2) Dem Widerspruchsausschuss bei der Unternehmenssteuerung gehören je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie der Vorsitzende des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg oder ein von ihm Beauftragter mit beratender Stimme an. Zu Mitgliedern des Widerspruchsausschusses können auch Stellvertreter von Mitgliedern des Verwaltungsrates bestellt werden. Für jedes Mitglied sind je zwei Stellvertreter zu bestimmen.
- (3) Bei jeder Regionaldirektion werden mindestens ein bis maximal drei Widerspruchsausschüsse gebildet. Den Widerspruchsausschüssen der örtlichen Regionaldirektionen gehören je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber des Regionalbeirates sowie der Regionaldirektor oder ein vom ihm Beauftragter mit beratender Stimme an. Zu Mitgliedern der Widerspruchsausschüsse können auch stellvertretende oder ehemalige Mitglieder des Regionalbeirates bestellt werden. Für die Mitglieder sind mindestens zwei Stellvertreter je Gruppe zu bestimmen. Näheres bestimmt der Vorstand in der Richtlinie über die Führung der Verwaltungsgeschäfte gemäß § 36 a i. V. m. § 35 Abs. 2 SGB IV.
- (4) Die Widerspruchsausschüsse entscheiden über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK Rheinland/Hamburg, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist. Näheres über die Führung der Verwaltungsgeschäfte bestimmt der Vorstand in Richtlinien (§ 36 a i.V.m. § 35 Abs. 2 SGB IV).
- (5) Der bei der Unternehmenssteuerung gebildete Widerspruchsausschuss ist zuständig für solche Widersprüche, die nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften einem AOK-Landesverband zur Entscheidung übertragen sind.
- (6) Die Widerspruchsausschüsse bei den örtlichen Regionaldirektionen entscheiden über Widersprüche vorbehaltlich der Regelung in Absatz 5. Örtlich zuständig ist die betreuende Regionaldirektion. Die Widerspruchsangelegenheiten für die bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherten Rentner, die im Ausland ihren Wohnsitz haben und für die über- oder zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht anzuwenden ist, fallen in die Zuständigkeit des Widerspruchsausschusses der Regionaldirektion Bonn. Widersprüche in Angelegenheiten der Gewährung von Fördermitteln gemäß § 39 a Abs. 2 SGB V fallen in die Zuständigkeit des Widerspruchsausschusses der Regionaldirektion, in deren Bezirk der Widerspruchsführer seinen Sitz hat; sofern der Widerspruchsführer seinen Sitz außerhalb des Kassenbezirkes der AOK Rheinland/Hamburg hat, sind zuständig:

- a) der Widerspruchsausschuss der Regionaldirektion Düsseldorf, sofern der Widerspruchsführer seinen Sitz in Nordrhein-Westfalen hat
- b) in den übrigen Fällen der Widerspruchsausschuss der Regionaldirektion Hamburg
Widersprüche gegen Verwaltungsakte von der bei der AOK Rheinland/Hamburg in der Regionaldirektion Düsseldorf eingerichteten überregionalen Servicestelle Wahltarife fallen in die Zuständigkeit des Widerspruchsausschusses der Regionaldirektion Düsseldorf.

Widersprüche gegen Verwaltungsakte von den bei der AOK Rheinland/Hamburg in den Regionaldirektionen eingerichteten überregionalen Servicestellen fallen in die Zuständigkeit des Widerspruchsausschusses der Regionaldirektion, bei der die jeweilige Servicestelle eingerichtet ist.

- (7) Für ehrenamtliche Mitglieder der Widerspruchsausschüsse gelten u.a. die gesetzlichen Vorschriften über Führung des Ehrenamtes, Verlust der Mitgliedschaft, Amtsdauer, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung sowie über die Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden (§ 62 SGB IV) entsprechend.
- (8) Die Widerspruchsausschüsse nehmen zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (§ 112 Abs. 2 SGB IV) wahr.

Siebter Abschnitt:
Mitgliedschaften und Zusammenwirken

§ 42
Mitgliedschaften

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

§ 43
Zusammenwirken

- (1) Zur Förderung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des AOK-Systems arbeitet die AOK Rheinland/Hamburg - insbesondere in ihrer Rechtsstellung als Landesverband - eng mit dem AOK-Bundesverband (GbR) zusammen. Sie hat bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben gemeinsame Interessen zu berücksichtigen.
- (2) Ferner arbeitet die AOK Rheinland/Hamburg im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Krankenkassen und Landesorganisationen der anderen Kassenarten sowie mit Einrichtungen des Gesundheitswesens im Land Nordrhein-Westfalen und in der Freien und Hansestadt Hamburg zusammen.

§ 44
Bindung an Grundsatzentscheidungen

Die vom AOK-Bundesverband (GbR) nach § 217 Abs. 3 SGB V getroffenen Grundsatzentscheidungen zur Regelung der

1. Vergütungen, soweit das SGB V nichts Abweichendes bestimmt,
2. Gesundheitsvorsorge,
3. Rehabilitation und
4. Erprobung

sind für die AOK Rheinland/Hamburg verbindlich.

§ 45
Bindung an Verträge und Richtlinien

Die vom AOK-Bundesverband (GbR) kraft Gesetzes abgeschlossenen Verträge sowie

- die Richtlinien nach den §§ 92 und 282 SGB V,
- die Beschlüsse zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 3 und Abs. 4 SGB V,
- die Vereinbarungen des GKV-Spitzenverbandes zur Qualitätssicherung, § 137 d SGB V,

sind für die AOK Rheinland/Hamburg verbindlich

Achter Abschnitt:
Organisationsstruktur und Selbstverwaltung

§ 46

Organisationsstruktur

- (1) Die Organisation der AOK Rheinland/Hamburg gliedert sich in
 - a) eine zentrale Ebene (Unternehmenssteuerung)und
 - b) eine regionale Ebene. Die Kundenbetreuung wird durch 14 Regionaldirektionen vor Ort sichergestellt. Dabei werden diese örtlichen Regionaldirektionen durch die Regionaldirektion Gemeinschaftsaufgaben unterstützt.
- (2) Zahl und Abgrenzungen der Regionaldirektionen kann der Vorstand mit Ausnahme der Regionaldirektion Hamburg unter unternehmenspolitischen und/oder betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten sowie nach den Erfordernissen des Marktes nach vorheriger Zustimmung durch den Verwaltungsrat festlegen.
- (3) In den örtlichen Regionaldirektionen werden Geschäftsstellen unterhalten, bei deren Zahl sich der Vorstand an den Erfordernissen einer kundennahen Betreuung der Versicherten und deren Arbeitgeber orientiert.

§ 47

Organe der AOK Rheinland/Hamburg

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

§ 48

Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK Rheinland/Hamburg sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 33 Abs. 1 und 3 SGB IV, § 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).
- (2) Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK Rheinland/Hamburg von grundsätzlicher Bedeutung sind. (§ 33 Abs. 1 und 3 SGB IV, § 197 Abs. 1 Nr. 1a und 1 b SGB V). Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
 - (2 a) Der Verwaltungsrat hat die Bestellung eines Prüfers für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV) vorzunehmen.
 - (2 b) Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V.

- (3) Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB IV, § 194 Abs. 1 Nr. 5 SGB V). Die Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich zum 1. Januar (§ 62 Abs. 3 SGB IV). Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende dürfen nicht derselben Gruppe angehören (§ 62 Abs. 1 SGB IV).
- (4) Für die Stellvertretung verhinderter Mitglieder des Verwaltungsrates gilt § 43 Abs. 2 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV.
- (5) Zur Feststellung des Haushaltsplans und zur Abnahme der Jahresrechnung finden jährlich zwei Sitzungen des Verwaltungsrates statt, im Übrigen nach Bedarf.

Darüber hinaus ist der Verwaltungsrat unverzüglich einzuberufen, wenn

- a) mindestens ein Drittel der stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates es verlangt,
- b) der Vorstand es beantragt oder
- c) die Aufsichtsbehörde es verlangt.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates beruft zu den Sitzungen ein. Er soll hierbei im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden handeln.

- (6) An den Sitzungen des Verwaltungsrates nehmen die Mitglieder des Vorstandes mit beratender Stimme teil. Der Verwaltungsrat kann Mitarbeiter der AOK Rheinland/Hamburg zu seinen Sitzungen hinzuziehen. Sofern aus der Mitte des Verwaltungsrates beantragt wird, die Mitglieder des Vorstandes für einzelne Punkte der Tagesordnung von der Teilnahme an der Sitzung auszuschließen, ist deren weitere Anwesenheit nur zulässig, wenn die Mehrheit der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates für ihre weitere Teilnahme stimmt.
- (7) Die Sitzungen des Verwaltungsrates sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten, Grundstücksangelegenheiten oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nicht-öffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben.
- (8) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen und zwei Drittel der stimmberechtigten Mitglieder, jedoch mehr als die Hälfte aus jeder Gruppe, anwesend sind. Bei Beschlussunfähigkeit ist binnen zwei Wochen zu einer erneuten Sitzung einzuladen; der Vorsitzende des Verwaltungsrates kann anordnen, dass auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 vorgesehene Mehrheit nicht anwesend ist; hierauf ist in der Einladung hinzuweisen.
- (9) Die Beschlüsse werden, soweit durch Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt ist, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Auf Antrag kann geheime Abstimmung beschlossen werden. Stimmenthaltungen und ungültige Stimmen gelten als nicht abgegeben. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

- (10) Anträge auf Änderung oder Ergänzung der vorläufigen Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung schriftlich bei der Geschäftsstelle der Unternehmenssteuerung eingereicht werden; die Mitglieder des Verwaltungsrates sind hiervon unverzüglich zu unterrichten. Sonstige Angelegenheiten werden zur Beratung nur zugelassen, wenn ein entsprechender Tagesordnungsantrag vor Feststellung der Tagesordnung von mindestens einem Drittel der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates gestellt wird. Die Beschlussfassung wird jedoch bis zur nächsten Sitzung ausgesetzt, wenn ein Drittel der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht. Anträge auf Änderung dieser Satzung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung schriftlich gestellt werden. Für die Feststellung der Tagesordnung gilt Absatz 9.
- (11) Über die Sitzungen des Verwaltungsrates werden Niederschriften gefertigt. Näheres bestimmt die Geschäftsordnung.
- (12) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen über
- a) Änderungen dieser Satzung und der Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
 - b) Änderungen dieser Satzung und der Dienstordnung sowie Änderung von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts zur Beseitigung von offenbaren Unrichtigkeiten handelt,
 - c) Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,
 - d) von ihm bestimmte Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen.

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

- (13) Der Verwaltungsrat bildet zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse; sie sind je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammengesetzt. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.
- (14) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere:
- a) Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK Rheinland/Hamburg maßgebendes Recht verstoßen (§ 38 SGB IV).
 - b) Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei der Ergänzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

§ 49

Vorstand

- (1) Der Verwaltungsrat wählt einen aus drei Personen bestehenden Vorstand und aus dessen Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; Wiederwahl ist möglich.
- (2) Der Vorstand verwaltet hauptamtlich die AOK Rheinland/Hamburg und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK Rheinland/Hamburg maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorsitzende ist zur Alleinvertretung der AOK Rheinland/Hamburg befugt.
Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig.
- (3) Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstands seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende.
- (4) Soweit Beschlüsse der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes nicht der Zustimmung des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes bedürfen, hat der Vorstand unverzüglich nach Einberufung der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes die Zustimmung des Verwaltungsrates über die Ausübung der Gesellschaftsrechte der AOK einzuholen.

§ 50

Regionalbeiräte

- (1) Bei jeder örtlichen Regionaldirektion wird zur Stärkung des Regionalbezuges der AOK Rheinland/Hamburg ein Regionalbeirat gebildet. Dieser besteht aus je sieben Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Bei Fusionen kann die Zahl der Beiratsmitglieder erhöht werden.
- (2) Die in den Regionalbeirat zu wählenden Vertreter der Versicherten werden von den im Verwaltungsrat amtierenden Vertretern der Versicherten, die Vertreter der Arbeitgeber von den im Verwaltungsrat amtierenden Vertretern der Arbeitgeber auf Vorschlag der Sozialpartnerorganisationen gewählt. Dasselbe gilt für die Stellvertreter.
- (3) Die Wahl des Vorsitzenden des Regionalbeirates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz von Jahr zu Jahr jeweils zum 1. Januar. Die Wahl des Vorsitzenden erfolgt aus den Gruppen.
- (4) Für die Regionalbeiräte bzw. ihre Mitglieder gelten die gesetzlichen Vorschriften über Führung des Ehrenamtes, Verlust der Mitgliedschaft, Amtsdauer, Ergänzung, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung entsprechend; für die Stellvertretung veränderter Mitglieder gilt § 43 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB IV in Verbindung mit § 40 SGB IV.
- (5) Den Regionalbeiräten obliegen insbesondere folgende Aufgaben:
 - a) Gesundheitspolitische Beratung der Regionaldirektion, insbesondere Vermittlung von Erfahrungen und Erwartungen aus dem kommunalpolitischen Leben sowie aus Arbeitswelt und Wirtschaft einschließlich Handwerk.
 - b) Mitwirkung bei der Vorbereitung des Regionalbudgets als Teil des Gesamthaushaltes der AOK Rheinland/Hamburg.

- c) Beratung der Ergebnisse der unternehmenspolitischen Jahresbilanz der Regionaldirektion entsprechend der Gesamtzielabsprache der AOK Rheinland/Hamburg.
 - d) Auswertung der regionalen Krankheitsdaten und Mitwirkung bei der regionalen Gesundheitsberichterstattung.
 - e) Mitwirkung bei grundsätzlichen Fragen der medizinischen Versorgung in der Region.
 - f) Mitwirkung bei der Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung in der Region (Notfalldienste etc.).
 - g) Begleitung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsverhütung in der Region.
 - h) Transparenz der Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden und Vorschläge zur Beseitigung.
 - i) Mitwirkung bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung gemäß § 20 SGB V.
 - j) Zusammenarbeit mit den Beteiligten vor Ort bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen.
 - k) Mitwirkung bei der gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit in der Region, auch zur Unterstützung der Unternehmenspolitik der AOK Rheinland/Hamburg.
 - l) Bestellung der Mitglieder und der stellvertretenden Mitglieder des Widerspruchsausschusses bei der Regionaldirektion (§ 36 a SGB IV in Verbindung mit § 41 dieser Satzung).
- (6) Die Sitzungen der Regionalbeiräte sollen im Kalenderjahr drei- bis viermal stattfinden. Der Regionalbeirat wird unverzüglich zu einer Sitzung einberufen, wenn mindestens ein Drittel seiner stimmberechtigten Mitglieder es verlangt. Der Vorsitzende des Regionalbeirates beruft im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden zu den Sitzungen ein.
- (7) Ein Regionalbeirat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen wurden und mehr als die Hälfte jeder Gruppe anwesend ist.

§ 51

Vertretung der AOK Rheinland/Hamburg

- (1) Der Vorstand vertritt die AOK Rheinland/Hamburg gerichtlich und außergerichtlich (§ 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).
- (2) Unbeschadet des § 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV wird die AOK Rheinland/Hamburg vertreten
 - a) durch den Vorsitzenden des Vorstandes, im Verhinderungsfall durch den stellvertretenden Vorsitzenden,
 - b) im Einzelfall auf Beschluss des Vorstandes durch ein anderes Vorstandsmitglied (§ 35 a Abs. 1 Satz 2 SGB IV).
- (3) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK Rheinland/Hamburg gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern (§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Das Vertretungsrecht wird durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

§ 52

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

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die Mitglieder der Regionalbeiräte üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.
- (2) Die Entschädigung nach § 41 SGB IV richtet sich nach der als Anhang 1 beigefügten Regelung, die Bestandteil dieser Satzung ist.
- (3) Die Haftung der Mitglieder des Selbstverwaltungsorgans sowie der Mitglieder der Regionalbeiräte richtet sich nach § 42 SGB IV.

Neunter Abschnitt:
Verwaltung der Mittel

§ 53
Rücklage

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

§ 54
Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung sowie der Jahresrechnung

- (1) Der Verwaltungsrat hat im Hinblick auf die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IV) jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung für das abgelaufene Geschäftsjahr prüfen zu lassen (§ 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V). Diese Prüfung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb. Sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Jahresrechnung ist von einem Wirtschaftsprüfer oder einem vereidigten Buchprüfer zu prüfen und zu testieren (§ 77 Abs. 1 Satz 5 SGB IV). Der Verwaltungsrat bestimmt den/die Prüfer.
- (2) Der Vorstand hat die Jahresrechnung in geeigneter Weise prüfen zu lassen. Die Bestellung der Prüfer erfolgt durch den Verwaltungsrat (§ 31 SVHV). Der Vorstand hat die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Feststellungen des Prüfberichts dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.
- (3) Der Vorstand ist verpflichtet, die Kasse und Buchführung der AOK Rheinland/Hamburg mindestens zweimal im Jahr zu prüfen. Die Prüfung erstreckt sich auch darauf, ob das Vermögen vorschriftsmäßig angelegt ist und wie die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden (§ 4 SVRV i.V.m. § 7 SRVwV). Ferner sind mindestens zweimal jährlich die Bestände an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln bei der Unternehmenssteuerung unvermutet zu prüfen. Der Vorstand kann zur Durchführung dieser Aufgaben im Einzelfall die interne Revision einsetzen.
- (4) Die interne Revision hat mindestens zweimal jährlich die Bestände an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln bei den Regionaldirektionen und den Geschäftsstellen unvermutet zu prüfen.

Zehnter Abschnitt:
Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft
("Ausgleichsverfahren")

§ 55
Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

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

Elfter Abschnitt:
Bekanntmachungen, Aufsicht und Inkrafttreten

§ 56

Bekanntmachungen

- (1) Öffentliche Zustellungen, insbesondere von Verwaltungsakten, können durch Aushang in den Geschäftsräumen der jeweils zuständigen örtlichen Regionaldirektion der AOK Rheinland/Hamburg erfolgen.
- (2) Die Bekanntmachung dieser Satzung oder sonstigen autonomen Rechts der AOK Rheinland/Hamburg sowie Ort, Zeitpunkt und Tagesordnung des öffentlichen Sitzungsteils einer Sitzung des Verwaltungsrats erfolgt durch Aushang in den Geschäftsräumen der Unternehmenssteuerung und aller örtlichen Regionaldirektionen; § 196 SGB V findet Anwendung. Auf den wesentlichen Inhalt und den Zeitpunkt des Inkrafttretens wird jeweils in den nächsten Ausgaben der Kundenzeitschrift hingewiesen.
- (3) Die Aushangfrist für Bekanntmachungen dieser Satzung und sonstigen autonomen Rechts der AOK Rheinland/Hamburg sowie Ort, Zeitpunkt und Tagesordnung des öffentlichen Sitzungsteils einer Sitzung des Verwaltungsrats beträgt eine Woche. Für öffentliche Zustellungen gelten die Aushangfristen des § 10 Abs. 2 VwZG. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens und der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 56 a

Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die AOK Rheinland/Hamburg veröffentlicht zum 30.11. eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse im Sinne des § 305 b SGB V für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und auf ihrer eigenen Internetpräsenz (www.aok/rh.de).

Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 in den Kundenmagazinen der AOK Rheinland/Hamburg bekannt gegeben. Darin teilt die AOK Rheinland/Hamburg ergänzend mit, über welche weiteren Kommunikationswege die Versicherten ergänzende Informationen zu den Jahresrechnungsergebnissen erhalten können.

§ 57

Aufsicht

Die Aufsicht über die AOK Rheinland/Hamburg führt das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

§ 58

Inkrafttreten

Diese Satzung tritt am 01.01.2017 in Kraft.

Anhang 1

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

Entschädigungsregelung

**für die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die Mitglieder der
Regionalbeiräte der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
gemäß § 52 Abs. 2 der Satzung**

Stand: 01.01.2017

Anhang 1

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

§ 1

Ersatz barer Auslagen

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

(1) Tagegeld

- a) Tagegeld wird nach Maßgabe des § 6 des Bundesreisekostengesetzes unter Beachtung der Kürzungsvorschrift in § 6 Abs. 2 gezahlt. Das bedeutet bei Abwesenheit von

mehr als 8 Stunden	12,00 EUR
24 Stunden (voller Kalendertag)	24,00 EUR

Für An- und Abreisetag bei mehrtägigen Dienstreisen (unabhängig von der tatsächlichen Abwesenheit) jeweils 12,00 EUR.

- b) Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag werden die Abwesenheitszeiten an diesem Tag zusammengerechnet.
- c) Bei Sitzungen im Ausland richtet sich die Zahlung von Auslandstagegeld nach der Verordnung über die Reisekostenvergütung bei Auslandsdienstreisen.
- d) Übersteigen die unvermeidbaren Auslagen das Tagegeld, so sind diese in tatsächlicher Höhe zu erstatten.
- e) Sofern ein Organmitglied aufgrund körperlicher Behinderung nicht in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug selbst zu führen, wird für den Fahrer Tagegeld entsprechend den vorgenannten Regelungen gezahlt.

(2) Übernachtungsgeld

- a) Wenn eine Übernachtung erforderlich ist, wird ohne belegmäßigen Nachweis ein Übernachtungsgeld von 20,00 EUR gezahlt. Die Zahlung entfällt, wenn eine Übernachtung unentgeltlich zur Verfügung gestellt wird.
- b) Sind die nachgewiesenen Übernachtungskosten höher, werden sie erstattet, sofern sie unvermeidbar waren. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind um 20 Prozent des Tagegeldes für einen vollen Kalendertag zu kürzen.
- c) § 1 Abs. 1 Buchstaben c und e gelten für das Übernachtungsgeld entsprechend.

(3) Fahrkosten

Fahrkosten werden wie folgt erstattet:

- a) bei Benutzung der Eisenbahn bis zur Höhe des Fahrpreises der 1. Wagenklasse, einschließlich der Mehrkosten zuschlagspflichtiger Züge, und - wenn die Benutzung eines Schlafwagens erforderlich ist - die Kosten der Schlafwagenbenutzung; bei Erstattung der Schlafwagenkosten entfällt das Übernachtungsgeld;

Anhang 1

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

- b) bei Benutzung eines Flugzeuges werden die Kosten der niedrigsten buchbaren Klasse ersetzt;
 - c) bei Benutzung eines Kraftwagens eine Kilometerentschädigung in Höhe der Pauschbeträge nach § 5 Abs. 2 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes. Bei einem Kraftwagen sind das z. Zt. 0,30 EUR je Kilometer.
- (4) Parkgebühren sowie sonstige Nebenkosten für die An- und Abfahrt zur Bahn oder zum Flugplatz, für Gepäckbeförderung, Gepäckaufbewahrung usw. werden in nachgewiesener Höhe erstattet.

§ 2

Verdienstauffall

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

§ 3

Pauschbetrag für Zeitaufwand

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder der Regionalbeiräte erhalten 70,00 EUR als Pauschbetrag für Zeitaufwand für jeden Kalendertag einer Sitzung des Verwaltungsrates und seiner Fachausschüsse sowie der Regionalbeiräte. Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag wird der Pauschbetrag nur einmal gezahlt.
- (2) Als Sitzungstage gemäß Absatz 1 gelten auch solche Tage, an denen zur Vorbereitung der Tagesordnung für Sitzungen des Verwaltungsrates (oder seiner Fachausschüsse) bzw. der Regionalbeiräte im Interesse einer zügigen Abwicklung der Vollsitzungen eine Gruppenvorbesprechung stattfindet. Dies gilt auch für die Tätigkeit der Organmitglieder in den Ausschüssen des Verwaltungsrates sowie der ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse mit der Maßgabe, dass die Vorsitzenden der Ausschüsse für die Tätigkeit im Ausschuss den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 3 Abs. 1) beanspruchen können.
- (3) Den Pauschbetrag nach Absatz 1 erhalten die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder der Regionalbeiräte auch für die Teilnahme an Verhandlungen, Besprechungen, Tagungen und Veranstaltungen sowie für sonstige Anlässe, wenn die Teilnahme auf einem besonderen Auftrag des Gremiums beruht. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Anhang 1

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

§ 4

Ersatzbarer Auslagen der Vorsitzenden und der stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates sowie der Regionalbeiräte außerhalb der Sitzungen

- (1) Die baren Auslagen, die dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter und den Vorsitzenden der Regionalbeiräte und deren Stellvertretern für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen des Verwaltungsrates oder seiner Fachausschüsse und der Regionalbeiräte der AOK Rheinland/Hamburg (§ 3 Abs. 1) sowie außerhalb der Vertretung in besonderem Auftrage im Sinne des § 3 Abs. 3 entstehen, werden

dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter mit einem monatlichen Pauschbetrag von je 74,00 EUR

und den Vorsitzenden der Regionalbeiräte und deren Stellvertretern mit einem monatlichen Pauschbetrag von je 37,00 EUR

abgegolten, zahlbar zu Beginn des Monats. Insoweit entfällt die Erstattung barer Auslagen nach § 1 Abs. 1 und 2.

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

§ 5

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

Für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen des Verwaltungsrates und seiner Fachausschüsse und der Regionalbeiräte der AOK Rheinland/Hamburg (§ 3 Abs. 1) sowie außerhalb der Vertretung in besonderem Auftrage im Sinne des § 3 Abs. 3 werden

dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter ein monatlicher Pauschbetrag von je 560,00 EUR

und den Vorsitzenden der Regionalbeiräte und deren Stellvertretern ein monatlicher Pauschbetrag von je 140,00 EUR

zu Beginn des Monats gezahlt. Insoweit entfällt die Zahlung des Pauschbetrages nach § 3.

Anhang 2

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

**Ausgleich von Arbeitgebereaufwendungen
bei Krankheit und Mutterschaft ("Ausgleichsverfahren")**

Stand: 01.01.2017

Anhang 2

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

Abschnitt A

Maßgebende Rechtsnormen

§ 1

Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen

Die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der AOK Rheinland/Hamburg finden entsprechende Anwendung für den nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) durchzuführenden Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen, soweit im folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

Abschnitt B

Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

§ 2

Beteiligte Arbeitgeber

- (1) An dem Ausgleichsverfahren wegen der Entgeltfortzahlung (§ 1 Abs. 1 AAG) nehmen die Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer im Sinne des § 3 Abs. 1 AAG beschäftigen. Bei der Errechnung der Gesamtzahl der Arbeitnehmer bleiben schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX außer Ansatz.
- (2) An dem Ausgleichsverfahren der Aufwendungen bei Mutterschaft (§ 1 Abs. 2 AAG) nehmen alle Arbeitgeber teil.
- (3) Nicht an dem Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG beteiligt sind die in § 11 Abs. 1 AAG genannten Personen und Einrichtungen; eine Teilnahme am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 2 AAG findet statt. An dem Ausgleichsverfahren nach § 1 AAG sind die in § 11 Abs. 2 und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen nicht beteiligt.

Abschnitt C

Erstattungen

§ 3

Erstattungsanspruch

- (1) Die AOK Rheinland/Hamburg erstattet den an dem Ausgleichsverfahren beteiligten Arbeitgebern
 - a) 60 v. H. des für den in § 3 und den in § 9 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezahltten Arbeitsentgelts (Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit), wobei die Aufwendungen höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden.

Anhang 2

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

- b) 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 MuSchG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld und des vom Arbeitgeber nach § 11 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgeltes (Aufwendungen bei Mutterschaft) sowie der auf das Arbeitsentgelt entfallenden und vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung und nach § 172 a SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI; anstelle der tatsächlichen Beiträge wird eine Pauschale von 20 v. H. des in der allgemeinen Rentenversicherung beitragspflichtigen Arbeitsentgeltes erstattet.
- (2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der in Absatz 1 Buchstabe a aufgeführte Erstattungssatz auf 70 v. H. erhöht. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden.
- (3) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der in Absatz 1 Buchstabe a aufgeführte Erstattungssatz auf 50 v. H. ermäßigt. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden.

§ 4

Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen

Mit den in § 3 Abs. 1 Buchstabe a, Abs. 2 und Abs. 3 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die erstattungsfähigen Aufwendungen entfallenden und vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung und nach § 172 a SGB VI sowie Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI abgegolten.

§ 5

Vorschüsse

- (1) Dem Arbeitgeber können auf Antrag angemessene Vorschüsse für die Erfüllung seiner Verpflichtungen nach den in § 3 genannten Rechtsgrundlagen gewährt werden.
- (2) Über die Gewährung von Vorschüssen kann der Vorstand Richtlinien erlassen.

Abschnitt D

Umlagen

§ 6

Aufbringung der Mittel

- (1) Die Mittel zur Durchführung des Ausgleichsverfahrens werden durch Umlagen von den beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.
- (2) Bei der gesetzlichen Entgeltfortzahlung beträgt die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit

Anhang 2

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

- a) nach § 3 Abs. 1 Buchstabe a
= 2,0 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG
 - b) nach § 3 Abs. 2
= 2,5 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG
 - c) nach § 3 Abs. 3
= 1,5 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG
- (3) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Abs. 1 Buchstabe b) beträgt 0,54 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG.
- (4) Ist lediglich die Umlage nach Absatz 3 zu zahlen, kann die AOK Rheinland/Hamburg mit dem umlagepflichtigen Arbeitgeber abweichende Vereinbarungen über Nachweis und Fälligkeit (§ 1) dieser Umlage treffen, sofern der Verwaltungsaufwand des Arbeitgebers bei der monatlichen Zahlung der Umlage in keinem angemessenen Verhältnis zu dem Umlagebetrag stehen würde; dies ist bei einem Jahresbetrag, der 36 EUR nicht übersteigt, der Fall.

Abschnitt E

Widerspruchsstellen

§ 7

Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

- (1) § 41 der Satzung gilt auch für Widersprüche im Rahmen des Ausgleichsverfahrens.
- (2) Bei der Bestimmung der Regionalbeiräte nach § 50 Abs. 5 Buchstabe I der Satzung ist bezüglich des Ausgleichsverfahrens § 8 dieses Anhangs entsprechend zu berücksichtigen.
- (3) Die Widerspruchsausschüsse nehmen zugleich Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (§ 112 Abs. 2 SGB IV) wahr.

Abschnitt F

Organe der Selbstverwaltung

§ 8

Mitwirkung

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

Anhang 2

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

Abschnitt G **Verwaltung der Mittel**

§ 9 **Betriebsmittel**

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

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

§ 10 **Haushaltsplan**

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

§ 11 **Jahresrechnung**

- (1) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt. Der Vorstand hat die Jahresrechnung in geeigneter Weise prüfen zu lassen. Die Bestellung der Prüfer erfolgt durch den Verwaltungsrat (§ 31 SVHV).
- (2) Zur Prüfung der Jahresrechnung wählt der Verwaltungsrat einen Rechnungsprüfungsausschuss (Fachausschuss für Finanzen und Rechnungsprüfung). Der Fachausschuss für Finanzen und Rechnungsprüfung hat in Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens die Rechte, die sich aus § 55 Abs. 1 der Satzung ergeben.
- (3) Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung des Vorstandes.

Anhang 3

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

Wahltarife

Tarifübersichten

Stand: 01.01.2017

Anhang 3

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

1. Tarif für die Kostenerstattung für Leistungen im Ausland

(*vigo select Ausland*) (zu § 26 Abs. 6 der Satzung)

Maßgeblich für die Bestimmung der Jahresprämie ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Kalenderjahres, für das die Prämie zu entrichten ist.

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

2. Tarif für die Kostenerstattung „Krankenhauszuzahlung“

(*vigo select Zuzahlung*) (zu § 27 Abs. 6 der Satzung)

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

Altersklassen	Monatsprämie in EUR
bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres	0,90
bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres	1,70
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	3,10
nach Vollendung des 65. Lebensjahres	9,50

3. Tarif für die Kostenerstattung bei Wahlleistung „Ein- oder Zweibettzimmer“ im Krankenhaus

(*vigo select Ein-/Zweibettzimmer*) (zu § 28 Abs. 6 der Satzung)

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

Altersklassen	Monatsprämie in EUR	
	Zweibettzimmer	Einbettzimmer
bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres	4,70	7,80
bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres	9,40	15,30
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	16,80	27,50
nach Vollendung des 65. Lebensjahres	52,00	85,20

4. Tarif für die Kostenerstattung bei Zahnersatz

(*vigo select Zahn*) (zu § 29 Abs. 6 der Satzung)

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

Altersklassen	Monatsprämie in EUR
bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres	2,10
bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres	6,80
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	12,70
nach Vollendung des 65. Lebensjahres	19,10

Anhang 3

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

5. Tarif für die Kostenerstattung für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung (zu § 30 Abs. 4 und 6 der Satzung)

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

Altersklassen	Monatsprämie in EUR	Jahresrechnungshöchstbetrag in EUR
bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres	4,80	140,00
bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres	5,80	160,00
bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres	6,80	180,00
bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres	8,80	200,00
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	15,80	270,00
nach Vollendung des 65. Lebensjahres	21,60	340,00

6. Tarif für die Kostenerstattung bei Vorsorgeleistungen zur Zahngesundheit (*vigo select Zahnprophylaxe*) (zu § 33 Abs. 6 der Satzung)

Monatsprämie in EUR
0,00

7. Tarif für die Kostenerstattung bei häuslicher Krankenpflege (*vigo select Häusliche Krankenpflege*) (zu § 34 Abs. 6 der Satzung)

Ausgangsbasis ist die am 01.01.2010 maßgebliche Monatsprämie:

Monatsprämie in EUR am 01.01.2010
6,90

Die am 01.01.2010 maßgebliche Monatsprämie erhöht sich ab dem 01.01.2014 jedes Kalenderjahr um den Vomhundertsatz der Anpassung der Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV; die monatliche Prämie wird jeweils auf volle 0,10 EUR aufgerundet.

7 a. Tarif für die Kostenerstattung bei Brillen (*vigo select Brille*) (zu § 34 a Abs. 6 der Satzung)

Monatsprämie in EUR
6,70

8. Tarif für die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung (*vigo select Kieferorthopädie*) (zu § 35 Abs. 6 der Satzung)

Jahresprämie in EUR
12,00