

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

SATZUNG

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung, Zusammenwirken im AOK-System	5
§ 1 Name, Sitz und Bezirk.....	5
§ 2 Aufgabenstellung	5
Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis	5
§ 3 Mitglieder.....	5
§ 4 Familienangehörige.....	6
§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft	6
Dritter Abschnitt: Leistungen	7
§ 6 Art und Umfang der Leistungen	7
§ 7 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge	8
§ 8 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe.....	8
§ 9 Primäre Prävention durch Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe	8
§ 10 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen	8
§ 11 Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	8
§ 12 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe	8
§ 12a Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V.....	9
§ 12b Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	9
§ 12c Ohne Inhalt	10
§ 12d Ohne Inhalt.....	10
§ 12e Künstliche Befruchtung	11
§ 12f Gesundheitskonto	11
§ 12g Spezielle Ärztliche Zweitmeinung	13
§ 13 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V	14
§ 14 Kostenerstattung	14
§ 15 Versicherung der dienstordnungsmäßig Angestellten (DO-Angestellte)	15
§ 16 Ohne Inhalt.....	15
§ 17 Leistungsausschluss	15
§ 18 Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung und besonderer Versorgung	15
§ 19 Ohne Inhalt.....	16
Vierter Abschnitt: Wahltarife/Weiterentwicklung der Versorgung.....	16
§ 20 Wahltarif Selbstbehalt	16
§ 21 Wahltarif für Teilnahme an besonderen Versorgungsformen	17
§ 22 Krankengeld-Wahltarif.....	18
§ 23 Ohne Inhalt.....	21
§ 24 Wahltarif Teilkostenerstattung.....	21
§ 25 Wahltarif AGIDA	21
§ 26 Ohne Inhalt.....	23
§ 27 Ohne Inhalt.....	23
§ 28 Ohne Inhalt.....	23
§ 28a Ohne Inhalt.....	23

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

§§ 29-31 Ohne Inhalt	23
§ 32 Ohne Inhalt.....	23
§ 33 AOK-Programm BONUS fit.....	23
§ 33a AOK-Programm Kinderbonus	24
§ 34 Bonus für Arbeitgeber bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung – BUSINESS fit.....	25
§ 35 Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen.....	26
§§ 36-38 Ohne Inhalt	26
Fünfter Abschnitt: Beiträge	26
§ 39 Beitragssätze.....	26
§ 40 Zusatzbeitrag.....	26
§ 41 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder	26
§ 42 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	26
§ 43 Ohne Inhalt.....	27
§ 44 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge	27
§ 45 Vorschüsse.....	27
§ 46 Erstattung von Beiträgen.....	27
§ 47 und 48 Ohne Inhalt.....	27
Sechster Abschnitt: Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle.....	27
§ 49 Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle	27
Siebter Abschnitt: Organe	28
§ 50 Organe der AOK	28
§ 51 Verwaltungsrat und seine Mitglieder	28
§ 52 Aufgaben des Verwaltungsrates	28
§ 53 Vorstand	29
§ 54 Vertretung der AOK.....	30
§ 55 Beratende Gremien	30
§ 56 Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder.....	30
Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel	31
§ 57 Rücklage	31
§ 58 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Abnahme der Jahresrechnung.....	31
Neunter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	31
§ 59 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	31
Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und In-Kraft-Treten.....	31
§ 60 Bekanntmachungen/Veröffentlichungen	31
§ 61 In-Kraft-Treten	31
Anhang 1 zur Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen.....	32
Erster Abschnitt: Maßgebende Rechtsnormen	32
§ 1 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen	32
Zweiter Abschnitt: Beteiligte Arbeitgeber	32

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

§ 2 Beteiligte Arbeitgeber	32
Dritter Abschnitt: Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber	32
§ 3 Erstattungen	32
§ 4 Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen	33
§ 5 Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	33
Vierter Abschnitt: Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage	33
§ 6 Aufbringung der Mittel, Umlage.....	33
§ 7 Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern	33
Fünfter Abschnitt: Verwaltung der Mittel	33
§ 8 Verwaltung der Mittel	33
Sechster Abschnitt: Verwaltungsrat	34
§ 9 Verwaltungsrat	34
Siebter Abschnitt: Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle	34
§ 10 Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle	34
Achter Abschnitt: In-Kraft-Treten	34
§ 11 In-Kraft-Treten	34
Anhang 2	35
Entschädigungsregelung für die ehrenamtlich Tätigen in der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen	35
I.....	35
II.....	35
III.	37
IV.	37
Anhang 3	38
1. Versichertenälteste/Vertrauensleute	38
Anhang 4	38

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung, Zusammenwirken im AOK-System

§ 1 Name, Sitz und Bezirk

- (1) Die Krankenkasse führt den Namen

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

und hat ihren Sitz in Bad Homburg.

- (2) Der Bezirk der AOK umfaßt das Gebiet des Bundeslandes Hessen.
(3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

§ 2 Aufgabenstellung

- (1) ¹Die AOK versteht sich als Gesundheitskasse. ²Aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.
- (2) ¹Die AOK unterstützt die Versicherten für deren Gesundheit mitverantwortlich zu sein. ²Die Versicherten 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. ³Dabei hilft ihnen die AOK durch Aufklärung, Beratung und Leistungen.
- (3) Die AOK berät und unterstützt die Arbeitgeber ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.
- (4) ¹Die AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes wahr. ²Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes. ³Die vom GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92 und 282 SGB V sind für die AOK verbindlich.
- (5) ¹Die AOK wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik im Lande mit. ²Sie setzt sich für bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgungsstrukturen und für eine ausgewogene Mitglieder- und Risikostruktur sowie für eine qualifizierte Kostensteuerung im Gesundheitswesen ein.
- (6) Die AOK wirkt bei Leistungserbringern und Versicherten durch Verträge, Information und Beratung auf eine qualitätsgebundene preisgünstige Versorgung hin.
- (7) Die AOK kann anderen Verbänden, Vereinigungen, Arbeitsgemeinschaften und sonstigen Organisationen beitreten oder solche bilden, die Aufgaben oder Interessen der AOK oder der Sozialversicherung mit sozial- oder gesundheitspolitischer Zielsetzung wahrnehmen.
- (8) Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitet die AOK mit den anderen Landesverbänden der Krankenkassen und mit Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen.

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

§ 3 Mitglieder

- (1) Als versicherungspflichtige Mitglieder können bei der AOK versichert sein
- Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte sowie
 - die anderen in § 5 SGB V genannten Personen,

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

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

- (2) ¹Als freiwillige Mitglieder können bei der AOK versichert sein
- Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
 - Personen, deren Familienversicherung erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,
 - Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind,
 - Schwerbehinderte Menschen i. S. des § 2 Abs. 2 SGB IX, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beigetreten sind,
 - Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete,
 - Spätaussiedler und deren Ehegatten und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 Satz 1 BVFG, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,
 - Personen, die ab dem 31. Dezember 2018 als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind,

wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind. ²Freiwillige Mitglieder sind auch solche Personen, die vor dem 1. Januar 1989 ihre Mitgliedschaft begründet haben.

³Der AOK können auch freiwillige Mitglieder anderer Krankenkassen beitreten.

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

§ 4 Familienangehörige

Als Familienangehörige sind bei der AOK versichert

Ehegatten, Lebenspartner und Kinder der Mitglieder sowie Kinder von familienversicherten Kindern,

wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- (1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Personen beginnt, soweit sich aus § 186 Abs. 10 und 11 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht (versicherungspflichtige Mitglieder).
- (2) Die Mitgliedschaft versicherungsberechtigter Personen beginnt, sofern sich aus § 188 Abs. 2 und Abs. 4 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag ihres Beitritts (freiwillige Mitglieder).
- (3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt, mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt.
- (4) ¹Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet im Falle des Austritts zwei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt. ²Die Mitgliedschaft kann mit Ablauf des Tages beendet werden, der dem Tag vorausgeht, an dem die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind oder das Mitglied seinen Wohnsitz im Ausland nimmt.
- (5) ¹Bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen nach § 53 SGB V kann die Mitgliedschaft abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 SGB V gekündigt werden. ²Die Bindungsfrist von 12 Monaten nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V sowie die sich aus der Teilnahme an Wahlтарifen ergebenden besonderen

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

Mindestbindungsfristen (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V) für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gelten nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.

Dritter Abschnitt: Leistungen

§ 6 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Die AOK wirkt darauf hin, dass
 - ihre Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise und umfassend und schnell erhalten,
 - die zur Leistungserbringung erforderlichen Personen, Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen und
 - der Zugang zu den Leistungen einfach gestaltet wird.
- (2) Die Versicherten können nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieser Satzung in Anspruch nehmen:
 1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung, insbesondere Prävention, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten,
 2. bei Krankheit
 - a) Krankenbehandlung, insbesondere
 - ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 - zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
 - Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
 - Soziotherapie
 - spezialisierte ambulante Palliativmedizin
 - Krankenhausbehandlung und stationäre und ambulante Hospizleistungen,
 - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, sowie Belastungsproben und Arbeitstherapie,
 - digitale Gesundheitsanwendungen
 - b) strukturierte Behandlungsprogramme,
 - c) Krankengeld,
 3. bei Schwangerschaft und bei Mutterschaft
 - ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
 - Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln,
 - Entbindung,
 - häusliche Pflege und Haushaltshilfe,
 - Mutterschaftsgeld,
 4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch nach § 24b SGB V,
 5. Beratung und Information zu ihren Rechten als Patienten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen,
 6. Unterstützung bei Behandlungsfehlern.

§ 7 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

¹Die AOK kann nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften den Versicherten Zusatzversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln. ²Sie regelt in Verträgen mit einem oder mehreren privaten Krankenversicherungsunternehmen die Einzelheiten der Vermittlung, insbesondere Gegenstand und Durchführung.

§ 8 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

(1) ¹Die AOK stellt Leistungen zur Primärprävention zur Verfügung, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem von dem GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfadens entsprechen. ²Diese Leistungen umfassen den individuellen Ansatz und den Lebensweltenansatz (Settingansatz). Sie beinhalten insbesondere Handlungsfelder des individuellen Ansatzes:

- Bewegungsgewohnheiten,
- Ernährung,
- Stressreduktion/Entspannung,
- Suchtmittelkonsum.

³Im Lebensweltenansatz liegt der Schwerpunkt auf gesundheitsfördernden Schulen und Kindertagesstätten.

(2) ¹Die AOK erbringt Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V. ²Die AOK unterstützt die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach Maßgabe des § 20c SGB V.

(3) Die AOK fördert die Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V.

§ 9 Primäre Prävention durch Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

Die AOK kann auch außer in den in § 20i Abs. 1 SGB V genannten Fällen die Kosten von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zur primären Prävention von Krankheiten nach Maßgabe des Anhangs 4 übernehmen oder Zuschüsse leisten, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind.

§ 10 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

¹Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V) zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss von 16,00 Euro täglich. ²Für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 Euro täglich.

§ 11 Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

¹Die AOK trägt mit Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten, gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren nach Maßgabe des § 20k SGB V sowie auf Grundlage der Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz bei. ²Sie beinhalten insbesondere Das Handbuch der Familiengesundheit – Das Nachschlagewerk für mehr digitale Gesundheitskompetenz und den AOK-Gesundheitsnavigator zur Vermittlung der für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen.

§ 12 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

¹Außer in den in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen stellt die AOK Haushaltshilfe auch dann zur Verfügung, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts

1. wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder
2. wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen

nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, längstens jedoch für die Dauer von 52 Wochen, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. ²Liegen zugleich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 38 Abs.1 SGB V vor, gehen diese Leistungen den Leistungen nach Satz 1 vor und sind bei der Anspruchshöchstdauer nach Satz 1 zu berücksichtigen. ³Darüber hinaus kann die AOK in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung stellen.

§ 12a Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

¹Die AOK gewährt Ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. ²Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen (§12b bis §12f). ³Sollten einzelne der genannten Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Zukunft ausgeschlossen werden, entfallen die entsprechenden Regelungen mit sofortiger Wirkung.

§ 12b Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

- (1) Die AOK beteiligt sich über die in § 24c und in § 24d SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus an den Kosten für nachfolgende in Anspruch genommene Leistungen, sofern diese nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sind, mit dem Ziel, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes und der Schwangeren/Mutter entgegenzuwirken und Risikofaktoren rechtzeitig zu erkennen:
- Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen im Rahmen von Vorsorgeterminen, die von dem behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenarzt / der behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenärztin mit DEGUM II-Qualifikation erbracht werden.
 - 3D-Ultraschall in der 20. bis 22. Schwangerschaftswoche, der von einem vertragsärztlich tätigen Frauenarzt / einer vertragsärztlich tätigen Frauenärztin mit DEGUM II-Qualifikation erbracht wird.
 - Farbdoppler-Ultraschall, der von einem vertragsärztlich tätigen Frauenarzt / einer vertragsärztlich tätigen Frauenärztin mit DEGUM II-Qualifikation erbracht wird.
 - B-Streptokokken-Test in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche, der von dem behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenarzt / der behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenärztin erbracht wird.
 - Feststellung der Antikörper gegen Ringelröteln und Windpocken bei erhöhter Infektionsgefahr, bedingt durch häufigen Kontakt zu Kindern und immunsupprimierten Patienten/Patientinnen, die von dem behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenarzt / der behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenärztin erbracht wird.
 - PH-Wert-Selbsttests, die von der Schwangeren selbstständig durchgeführt werden, um das Risiko einer Frühgeburt durch eine bakterielle Vaginose zu senken.
 - Zytomegalie-Test bei erhöhter Infektionsgefahr, bedingt durch häufigen Kontakt zu Kindern, der von dem behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenarzt / der behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenärztin erbracht wird.
 - Toxoplasmose-Test bei erhöhter Infektionsgefahr, bedingt durch Kontakt mit Tieren oder sonstigen Gefahrenquellen, der von dem behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenarzt / der behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenärztin erbracht wird.
 - Tele-Hebammenberatung (z. B. Chat, Telefon, Videotelefon), wenn die Leistung von Hebammen/Entbindungspflegern erbracht wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

Leistungserbringer zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V zur Abgabe entsprechender Leistungen berechtigt sind und keine persönliche Versorgung möglich ist.

- Stillberatung, wenn die Leistung von einem/einer Stillberater(in) mit einer gültigen „International Board Certified Lactation Consultant“-Zertifizierung erbracht wird und das Kind das erste Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jod, Eisen, Folsäure, als Mono- oder Kombinationspräparate, sofern der behandelnde vertragsärztlich tätige Frauenarzt / die behandelnde vertragsärztlich tätige Frauenärztin die Präparate im Rahmen der Erstverordnung rezeptiert.
- Hebammenrufbereitschaft:
Die AOK erstattet ihren Versicherten die Kosten der Rufbereitschaft einer freiberuflich tätigen Hebamme in den letzten 3 Wochen vor und 2 Wochen nach dem mutmaßlichen Entbindungstermin bis zu einem Betrag in Höhe von maximal 300 Euro. Es erfolgt keine Kostenübernahme für freiberufliche Beleghebammen im Schichtdienst. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.
- Baby-Erste-Hilfe-Kurs, wenn dieser von Fachpersonal mit medizinischer Grundausbildung und nachgewiesener kinderspezifischer Zertifizierung angeboten wird und das Kind das erste Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- Digitale Angebote zur Geburtsvorbereitung, wenn das Angebot von Hebammen/Entbindungspflegern erstellt und betreut wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringer zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt sind.

(2) Die AOK erstattet der Versicherten im Rahmen einer Schwangerschaft bzw. im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft die Kosten für Leistungen nach Absatz 1 bis zu einem Betrag in Höhe von insgesamt maximal 400 Euro.

(3) Die AOK beteiligt sich an folgenden Kosten für die bei der AOK versicherte Begleitperson:

- Baby-Erste-Hilfe-Kurs, wenn dieser von Fachpersonal mit medizinischer Grundausbildung und nachgewiesener kinderspezifischer Zertifizierung angeboten wird und das Kind das erste Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- Digitale Angebote zur Geburtsvorbereitung, wenn das Angebot von Hebammen/Entbindungspflegern erstellt und betreut wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringer zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt sind.
- Teilnahme an einem von einer Hebamme / einem Entbindungspfleger geleiteten Geburtsvorbereitungskurs für die bei der Geburt anwesende, bei der AOK versicherte Begleitperson.
- Unterbringung einer bei der AOK versicherten Begleitperson im Familienzimmer der stationären Einrichtung.

(4) ¹Die AOK erstattet der bei der AOK versicherten Begleitperson im Rahmen einer Schwangerschaft bzw. im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft die Kosten für Leistungen nach Absatz 3 bis zu einem Betrag in Höhe von insgesamt maximal 100 Euro. ²Die bei der AOK versicherte Begleitperson erhält die Erstattung auch dann, wenn die Schwangere nicht AOK-versichert ist.

(5) Das Nähere zu den zusätzlichen Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft regeln die Ausführungsbestimmungen.

§ 12c Ohne Inhalt

§ 12d Ohne Inhalt

§ 12e Künstliche Befruchtung

¹Die AOK Hessen übernimmt zusätzlich zu den gemäß § 27a Abs. 3 S.3 SGB V genehmigten Kosten weitere 250 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. ²Im Fall eines Wechsels zur AOK Hessen während einer begonnenen Behandlung ist ein neuer Behandlungsplan zur Genehmigung einzureichen, der als Grundlage für eine Kostenerstattung ab dem Mitgliedschaftsbeginn dient. ³Zur Erstattung der Leistungen reichen die Versicherten einen Nachweis über die ihnen entstandenen Kosten in Form einer Rechnung ein. ⁴Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27a SGB V unberührt.

§ 12f Gesundheitskonto

- (1) ¹Die AOK stellt ihren Versicherten im Rahmen eines Gesundheitskontos Mehrleistungen zur Verfügung. ²Die Summe der Leistungen nach den Absätzen 2-10 darf hierbei einen Gesamtwert von 400 € nicht übersteigen. ³Zur Erstattung sind entsprechende Nachweise vorzulegen. ⁴Das Guthaben bzw. Restguthaben ist nicht auf andere Versicherte, auch nicht auf Familienangehörige sowie auf das folgende Kalenderjahr übertragbar. ⁵Näheres zu Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergibt sich aus den nachfolgenden Absätzen.
- (2) ¹Versicherte ab Vollendung des 18. bis zum Ende des 35. Lebensjahres können den Check-up nach § 25 Abs. 1 SGB V in Anspruch nehmen. ²Der Inhalt richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten in der jeweils gültigen Fassung. ³Voraussetzung ist, dass die Leistung durch zugelassene Leistungserbringer erbracht wird. ⁴Die AOK übernimmt die Kosten bis zu 50,00 EUR. ⁵Eine Kostenerstattung ist alle drei Kalenderjahre möglich, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf den Check-up besteht.
- (3) ¹Versicherte im Alter von 18 bis einschließlich 34 Jahren können das Hautkrebs-Screening in Anspruch nehmen. ²Der Inhalt richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. ³Voraussetzung ist, dass die Leistung durch zugelassene Leistungserbringer erbracht wird. ⁴Die AOK übernimmt die Kosten bis zu 40,00 EUR. Eine Kostenerstattung ist alle zwei Kalenderjahre möglich.
- (4) ¹Versicherte haben Anspruch auf homöopathische Erstanamnese und homöopathische Folgeanamnese, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. ²Voraussetzung ist, dass die Leistung von Vertragsärzten mit der Zusatzqualifikation Homöopathie erbracht wird und nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen ist und nicht bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.
- (5) ¹Versicherte haben Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie.
²Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel
 - von einem Vertragsarzt mit der Zusatzqualifikation Homöopathie auf einem Privat Rezept verordnet wurde und
 - medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen ist.³Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bleibt unberührt. ⁴Die AOK übernimmt die Kosten nach den Absätzen 4 und 5 insgesamt bis zu 240,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten.
- (6) ¹Versicherte können die Leistungen für eine Lachgas-Sedierung bei Extraktion der Weisheitszähne zur Erstattung einreichen. ²Voraussetzung ist, dass
 - der Versicherte am Tag der Behandlung das 26. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- die Behandlung in direktem Zusammenhang mit der Extraktion von mindestens einem Weisheitszahn steht und
- die Behandlung durch einen zugelassenen Leistungserbringer erfolgt.

³Die AOK übernimmt die Kosten insgesamt bis zu 100,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten.

- (7) ¹Versicherte können die Kosten für den Kurs Mamma Care zur Erstattung einreichen. Mamma Care ist eine Methode zum Erlernen und Verbessern von Tastvermögen, um die klinische Brustuntersuchung und Brustselbstuntersuchung zu optimieren. ²Voraussetzung ist, dass der Kurs durch eine zertifizierte Mamma Care Trainerin geleitet wurde. ³Die AOK übernimmt die Kosten bis zu 30,00 EUR je Kurs.
- (8) ¹Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. ²Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen (mit abgeschlossener Weiterbildung zum Osteopathen) ist oder eine osteopathische Ausbildung abgeschlossen hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt. ³Die AOK übernimmt die Kosten für maximal 3 Sitzungen pro Kalenderjahr und Versicherten. ⁴Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 50 Euro pro Sitzung (max. 150 Euro je Kalenderjahr). ⁵Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie eine formlose ärztliche Bescheinigung vorzulegen. ⁶Eventuell anfallende Kosten für das Ausstellen einer formlosen ärztlichen Bescheinigung werden nicht übernommen und sind vom Versicherten selbst zu tragen. ⁷Der Arzt ist gesetzlich nicht verpflichtet, die Bescheinigung auszustellen.
- (9) ¹Versicherte können die Kosten von Schutzimpfungen aus Anlass von privaten Reisen nach § 20i Abs. 2 SGB V sowie die Kosten der Malaria-Prophylaxe zur Erstattung einreichen.
²Folgende Reiseschutzimpfungen können erstattet werden:
- Choleraimpfung
 - FSME-Impfung
 - Gelbfieberimpfung
 - Hepatitisimpfung (Hepatitis A oder Hepatitis B oder Kombinationsimpfung)
 - Impfung gegen Japanische Enzephalitis
 - Meningokokken-Meningitis-Impfung
 - Tollwutimpfung
 - Typhusimpfung
- ³Die AOK übernimmt die Kosten bis zu 200,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten.
- (10) ¹Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V auch darüber hinaus, haben nach Maßgabe der folgenden Sätze Anspruch auf Erstattung von Kosten für eine Zahnversiegelung, die von zugelassenen Leistungserbringern durchgeführt wird. ²Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die kieferorthopädische Behandlung zur zahnärztlichen Behandlung gemäß § 28 SGB V gehört, ein bewilligter kieferorthopädischer Behandlungsplan eines zugelassenen Leistungserbringers vorliegt, die Behandlung mit feststehenden kieferorthopädischen Behandlungsgeräten erfolgt und die Leistung im Zusammenhang mit dieser kieferorthopädischen Behandlung erbracht wird. ³Erstattet werden einmalig die tatsächlich entstandenen Kosten je kieferorthopädischem Behandlungsfall bis maximal 100,00 EUR.
- (11) Die näheren Einzelheiten zum Gesundheitskonto sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.

§ 12g Spezielle Ärztliche Zweitmeinung

- (1) ¹Die AOK ermöglicht es ihren Versicherten, vor der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung oder Therapie auf der Basis der bereits von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten eingeholten Befunddaten bei einem entsprechenden Facharzt oder einer entsprechenden Fachärztin (Beratungsarzt/Beratungsärztin) eine kostenfreie fachmedizinische Zweitmeinung einzuholen. ²Damit sollen die Versicherten in die Lage versetzt werden, die vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin vorgeschlagene Behandlung besser bewerten und eine Entscheidung darüber auf einer breiteren Erkenntnisbasis treffen zu können. ³Die Einholung der Zweitmeinung erfolgt durch die Inanspruchnahme von nicht zugelassenen Leistungserbringern im Sinne von § 11 Abs. 6 SGB V, mit denen die AOK gemäß Absatz 3 entsprechende Verträge abgeschlossen hat.
- (2) ¹Berechtigt, im Einzelfall im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens eine fachärztliche Zweitmeinung einzuholen, sind die Versicherten der AOK, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff insbesondere im onkologischen, kardiologischen oder orthopädischen Bereich durch ausreichende fachärztliche Diagnostik festgestellt ist oder eine entsprechende Verdachtsdiagnose besteht sowie eine Therapieempfehlung vorliegt. ²Die Versicherten erklären gegenüber der AOK, dass bei ihnen die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen, eine Vorlage von den Anspruch begründenden Unterlagen erfolgt nicht. ³Die AOK erteilt den Versicherten eine schriftliche Kostenzusage, die auch eine Empfehlung für einen Beratungsarzt oder eine Beratungsärztin beinhaltet. ⁴Ergibt sich im Rahmen der Einholung der ärztlichen Zweitmeinung, dass die Voraussetzungen – insbesondere die maßgeblichen Indikationen - nicht vorliegen, bricht der Beratungsarzt oder die Beratungsärztin die Erteilung der Zweitmeinung ab und rechnet mit der AOK eine Abbruchpauschale ab. ⁵Der Anspruch auf die ärztliche Zweitmeinung umfasst
- a) die Begutachtung der geplanten Therapie aufgrund der von den Versicherten dem Beratungsarzt oder der Beratungsärztin vorgelegten ärztlichen Unterlagen, Befunde und Diagnoseergebnisse und/oder einer körperlichen Untersuchung von Versicherten in den Räumen des Krankenhauses,
 - b) eine eingehende Beratung der Versicherten in einem persönlichen Gespräch mit dem Beratungsarzt oder der Beratungsärztin. Bei Verzicht des Versicherten auf ein persönliches Beratungsgespräch kann dieses im Ausnahmefall telefonisch durchgeführt werden.
 - c) das Erstellen eines schriftlichen Kurzberichtes, der eine konkrete Therapieempfehlung beinhaltet (Abweichung oder Bestätigung des Therapievorschlages) für die Versicherten.
- ⁶Die Vergütung für die Erteilung der ärztlichen Zweitmeinung wird zwischen der AOK und den Vertragspartnern abgerechnet.
- (3) ¹Die weiteren Einzelheiten zu den Indikationen, den Voraussetzungen und dem Ablauf zur Sicherstellung des Beratungsangebots „Zweitmeinungsverfahren“ regelt die AOK in Verträgen mit Ärzten/Ärztinnen und Krankenhäusern. ²Die beauftragten Ärzte/Ärztinnen sind Fachärzte/Fachärztinnen und haben eine Schwerpunktbezeichnung auf dem jeweiligen Gebiet nach der für den Arzt/der Ärztin maßgeblichen ärztlichen Weiterbildungsordnung. ³Die AOK informiert ihre Versicherten über ihre Internetpräsenz unter www.aok.de/hessen/zweitmeinung unter anderem über die Qualifikation der Vertragspartner und weist die Versicherten in ihren Mitgliederzeitschriften auf das Zweitmeinungsverfahren hin.
- (4) Im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 3 verpflichtet die AOK ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus den datenschutz- und sozialrechtlichen Anforderungen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

- (5) ¹Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt. ²Unabhängig vom Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.

§ 13 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V

- (1) Freiwillig versicherte Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, haben Anspruch auf Krankengeld nach den für versicherungspflichtige Arbeitnehmer maßgebenden Regelungen des SGB V.
- (2) Einen Krankengeldanspruch können wählen:
1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind,
 2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter).
- (3) Kann bei einem versicherungspflichtigen oder freiwilligen Mitglied Krankengeld nicht nach § 47 Abs. 2 SGB V berechnet werden, weil eine kontinuierliche Arbeitsverrichtung oder -vergütung nicht vorliegt, wird das Krankengeld
- a) bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Lohnausfall gezahlt,
 - b) bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung aus dem abgerechneten Entgelt des Zeitraumes berechnet, der die durchschnittlichen Verhältnisse widerspiegelt (längstens der letzten 12 Monate).

§ 14 Kostenerstattung

- (1) ¹Versicherte können gemäß § 13 SGB V anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. ²Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden.
- (2) ¹Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK unter Verwendung des dafür bereit gestellten Vordruckes. ²Die gewählte Kostenerstattung beginnt mit dem auf den Zugang des Vordrucks folgenden Kalendervierteljahr, bei der isolierten Wahl des Bereichs der zahnärztlichen Versorgung mit dem nächsten Monatsersten und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung zum Ende des Kalendervierteljahres. ³Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen
- (3) Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in 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) ¹Versicherten 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. ²Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend
- a) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von fünf Prozent,
 - b) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von fünf Prozent
- zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag höchstens 40 Euro beträgt.

- (5) ¹Abweichend von Absatz 4 wird bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung der Erstattungsbetrag auf 30 Prozent, der ambulanten zahnärztlichen Behandlung auf 30 Prozent und im Bereich der Versorgung mit Arzneimitteln auf 60 Prozent der ausgewiesenen Kosten festgesetzt. ²Ein Verwaltungskostenabschlag erfolgt nicht. ³Auf Antrag des Versicherten wird der Erstattungsbetrag individuell nach Absatz 4 ermittelt.
- (6) ¹Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. ²Absatz 2 findet keine Anwendung. ³Bei der Berechnung des Erstattungsbetrages werden die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und ein Abschlag für Verwaltungskosten nach Absatz 4 berücksichtigt sowie anfallende Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V und die der AOK aufgrund eines Vertrages nach § 130a Abs. 8 SGB V entgangenen Rabatte in Höhe einer kalender- vierteljährlich einheitlich festgesetzten Pauschale. ⁴Die Summe der Minderungsbeträge nach Satz 3 beträgt je Antrag mindestens fünf Euro.
- (7) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 15 Versicherung der dienstordnungsmäßig Angestellten (DO-Angestellte)

¹Versicherte DO-Angestellte haben nach § 14 SGB V eine Wahlmöglichkeit. ²Die Wahl ist schriftlich zu erklären; sie wirkt vom Zeitpunkt der Erklärung bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das dem Jahr der Erklärung folgt, und verlängert sich um je zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des genannten Zeitraumes kein Widerruf erfolgt ist. ³Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.

§ 16 Ohne Inhalt

§ 17 Leistungsausschluss

- (1) ¹Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. ²Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 kann die AOK insbesondere dann verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten liegt.
- (2) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann die AOK den Medizinischen Dienst hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.
- (3) ¹Die AOK kann vom Versicherten Ersatz für Leistungen fordern, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden. ²Zudem ist sie berechtigt, bei hinreichendem Verdacht auf das Vorliegen eines Leistungsausschlusses Kostenübernahmeentscheidungen unter dem Vorbehalt des Widerrufs (§ 32 Abs. 2 Nr. 3 SGB X) zu treffen.
- (4) Der Versicherte ist über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen zu informieren.

§ 18 Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung und besonderer Versorgung

- (1) ¹Versicherte können an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen.

- (2) ¹Die Teilnahme ist schriftlich gegenüber der AOK zu erklären (Einschreibung). ²Sie beginnt mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung. ³Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. ⁴Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. ⁵Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

§ 19 Ohne Inhalt

Vierter Abschnitt: Wahltarife/Weiterentwicklung der Versorgung

§ 20 Wahltarif Selbstbehalt

- (1) ¹Die AOK bietet Mitgliedern einen Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V an. ²Der Wahltarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils einen Grundbonus, einen Staffelpbonus (Prämien) sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben. ³Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). ⁴Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Tarif und am Wahltarif AGIDA nach § 25 dieser Satzung sowie am AOK-Programm Kinderbonus nach § 33a dieser Satzung ist nicht möglich.
- (2) ¹Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Selbstbehalttarifes. ²Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. ³Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Selbstbehalttarif abweichend von Satz 2 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
- (3) ¹Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen Grundbonus erhalten. ²Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen. ³Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. ⁴Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an.

⁵Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen.

Tarifklasse	Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr	Grundbonus je Kalenderjahr in €	Max. Bonus incl. Staffelpbonus in €	Pauschaler Selbstbehalt je ambulanter Behandlung des Mitglieds, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, in €	Pauschaler Selbstbehalt je Krankenhausaufenthalt des Mitglieds in €	Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte je Kalenderjahr in €
1	Bis 12.000 €	40,00	100,00	10,00	20,00	120,00
2	12.001 bis 18.000 €	50,00	110,00	12,50	25,00	130,00
3	18.001 bis 24.000 €	60,00	120,00	15,00	30,00	140,00
4	24.001 bis 30.000 €	90,00	150,00	22,50	45,00	170,00
5	30.001 bis 36.000 €	120,00	180,00	30,00	60,00	210,00
6	36.001 bis 42.000 €	180,00	240,00	45,00	90,00	280,00
7	Ab 42.001 €	300,00	360,00	75,00	150,00	420,00

⁶Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds möglich, wenn das beitragspflichtige Einkommen des Jahres, für das die Höherstufung erfolgen soll, einen Wechsel in eine höhere Tarifklasse zulässt und der Antrag bis zum 30.04. des Folgejahres gestellt wird. ⁷Entsprechende Einkommensnachweise für das betreffende Jahr sind vorzulegen. ⁸Der Grundbonus erhöht sich in den ersten drei Jahren um 20 € pro Jahr (Staffelpbonus), wenn in jedem der drei Jahre das Mitglied ambulante

Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht oder Krankenhausbehandlung nicht in Anspruch nimmt. ⁹Nicht berücksichtigt werden die in § 53 Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Leistungen.

- (4) ¹Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Selbstbehalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. ²Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. ³Die AOK kann dem Mitglied auf Antrag eine Vorauszahlung auf künftige Unterschiedsbeträge von Bonus und Selbstbehalt in Höhe von bis zu 50% des Grundbonus im Kalenderjahr zahlen. ⁴Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt. ⁵Ist die Summe der Selbstbehalte höher als die der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig. ⁶Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. ⁷Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der nicht erhöhte Grundbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.
- (5) Die näheren Einzelheiten zur Durchführung dieses Tarifes sind in den Teilnahmebedingungen geregelt.

§ 21 Wahltarif für Teilnahme an besonderen Versorgungsformen

- (1) Der Wahltarif gilt für Versicherte, die an den folgenden besonderen Versorgungsformen teilnehmen: Modellvorhaben nach §§ 63, 64, hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b, strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f und besondere Versorgung nach § 140a SGB V.
- (2) ¹Die Teilnahme an einer besonderen Versorgungsform gilt als Wahl des Tarifs nach § 53 Abs. 3 SGB V, sofern der Versicherte dem nicht schriftlich widerspricht. ²Mit der Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgungsform endet auch die Teilnahme am Wahltarif.
- (3) ¹Die Teilnehmer an den besonderen Versorgungsformen erhalten Qualitätsvorteile und, soweit im einzelnen Versorgungsprogramm vorgesehen, für die Durchführung von Maßnahmen bzw. die Erreichung oder das Halten der im jeweiligen Versorgungsprodukt definierten Ziele eine Prämie. ²Die Teilnehmer an der besonderen Versorgungsform nach § 73b SGB V erhalten abweichend von Satz 1 Prämienzahlungen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen.
- (4) ¹Die Berechnung der Höhe der Prämie nach Absatz 3 Satz 1 erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. ²Maximal können 100 Punkte jährlich eingelöst werden. ³Die tatsächlich erreichbare Punktzahl ist abhängig von der regionalen Verfügbarkeit des jeweiligen Versorgungsproduktes. ⁴Eine Auszahlung der Punkte erfolgt auf schriftlichen Antrag des Teilnehmers. ⁵Angesammelte Bonuspunkte, die nicht zur Auszahlung gekommen sind, verfallen nach 12 Monaten. ⁶Maßnahmen, Zielerreichung und Bepunktung sind auf die Bedürfnisse der Versicherten in den unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsstadien („Gesunde“, „Risikopatienten“ und „Chroniker“) sowie auf die Ausgestaltung des entsprechenden Versorgungsproduktes abgestimmt. ⁷Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Erkrankungen nach § 137f SGB V teilnehmen, erhalten nach mindestens dreijähriger ununterbrochener Teilnahme eine einmalige Prämie in Höhe von 40 Euro. ⁸Im Falle der Teilnahme an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen erfolgt die Auszahlung der Prämie nur einmalig. ⁹Ist die Voraussetzung in Absatz 3 Satz 2 erfüllt, so betragen die Aufwendungen für Prämienzahlungen mindestens die Hälfte des Differenzbetrags, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. ¹⁰Die Einzelheiten zur Berechnung der Prämienzahlungen sowie zu den Auszahlungsbedingungen ergeben sich aus den Ausführungsbestimmungen zum Wahltarif.

- (5) ¹Die Einzelheiten über die Maßnahmen, deren Zielerreichung und die Höhe der jeweils erreichbaren Punkte sowie über den Nachweis der Voraussetzung der Prämienzahlung und die Information über die Qualitätsvorteile ergeben sich aus den Ausführungsbestimmungen.

§ 22 Krankengeld-Wahltarif

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

1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben,
2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG), 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.

²Nach Vollendung des 50. Lebensjahres ist die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes für hauptberuflich Selbständige nur möglich, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif eine Mitgliedschaft mit einem Krankengeldanspruch nach § 44 Abs. 1 SGB V oder einem Krankengeld-Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hat.

- (2) ¹Die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes nach § 53 Abs. 6 SGB V bedarf der Schriftform.

²Diese 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. ³Die 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.

⁴Unabhängig 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 5 Satz 6 und 7,
2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. einer Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen,
4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. einer Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

5. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sei denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 5 Satz 9,

6. durch Tod.

⁵Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). ⁶Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden. ⁷Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird. ⁸Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. ⁹Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich.

(3) ¹Folgende Ausprägungen des Krankengeld-Wahltarifs können gewählt werden:

1. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG 22).
2. Die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 15. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG 15).

²Das Wahltarif-Krankengeld

1. beträgt in der Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 1 genannten Mitgliedern 70 v. H. des Arbeitseinkommens, welches zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Prämienbemessung nach Absatz 4 aus Arbeitseinkommen maßgebend war,
2. wird in der Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V und § 13 Abs. 3 dieser Satzung berechnet,
3. beträgt in der Tarifausprägung KG 15 bei den nach Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitgliedern 70 v. H. des durchschnittlichen täglichen Bruttoarbeitseinkommens, das der Beitragsbemessung für die letzten 12 Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde gelegt wurde; § 47 Abs. 4 Satz 2 bis 4 SGB V gilt,

³Aus dem Wahltarif-Krankengeld werden Beiträge zur Pflege- und Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung entrichtet, soweit dies auf Grund gesetzlicher Bestimmungen vorgesehen ist. ⁴Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. ⁵Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahltarif-Krankengeldes angerechnet.

(4) ¹Die Prämie beträgt für die Tarifausprägung:

1. KG 22 0,60 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§§ 226 und 240 SGB V) maßgebend sind; für die hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen gelten die „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ des GKV-Spitzenverbandes,
2. KG 15 0,80 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§ 234 SGB V) maßgebend sind.

²Ist die Prämie für einen Teilmonat zu entrichten, wird die Anzahl der mit Prämienzahlung belegten Kalendertage mit 1/30 der monatlichen Prämie multipliziert.

³Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 4 wird zum gleichen Zeitpunkt fällig, wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

2. Die Prämien sind nicht während des Anspruchs auf Krankengeld (Wahltarif Krankengeld und Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V) zu entrichten.
 3. Die Prämienzahlung endet in den Fällen des Absatzes 2 Satz 4, Satz 8 und des Absatzes 6 Satz 1.
 4. Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der fällig werdenden Prämien zu erteilen.
- (5) ¹Der Anspruch auf Wahltarif-Krankengeld ruht bzw. ist ausgeschlossen
1. sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, von diesem Zeitpunkt an bis zum Tage der vollständigen Entrichtung der rückständigen Prämien und der AOK wegen der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten; eine Zahlung von Krankengeld innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird,
 2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; wird die Mitwirkung nachgeholt wird das Ruhen des Leistungsanspruchs rückwirkend aufgehoben.
 3. nach Absatz 2 Nr. 5 ab dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird,
 4. sofern Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.
- ²Die §§ 11 Absatz 5, 16, 49, 50, 51, 52 und 52a SGB V gelten entsprechend, soweit in dieser Vorschrift nichts Abweichendes geregelt ist; § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gilt nicht für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige in der Tarifausprägung KG 22. ³Für 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. ⁴Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten 3 Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. ⁵Sätze 1 und 3 gelten nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden und nach Antragstellung eintreten. ⁶Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personen ruht der Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 2 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung. ⁷Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 6 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf. ⁸Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifes. ⁹Die Sätze 6 und 7 gelten entsprechend bei rechtswirksamer Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V. ¹⁰Der Krankengeldwahltarif endet, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 4 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird.
- (6) ¹Das 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 § 802c ZPO,
 4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3 a SGB V.
- ²Die 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. ³Ein Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V besteht nicht.
- (7) Die näheren Einzelheiten zur Durchführung dieses Tarifes sind in den Teilnahmebedingungen geregelt.

- (8) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.

§ 23 Ohne Inhalt

§ 24 Wahltarif Teilkostenerstattung

- (1) ¹Für Mitglieder, die eine Wahlmöglichkeit nach § 14 SGB V haben, wird ein Wahltarif nach § 53 Abs. 7 SGB V eingeführt. ²Die Bestimmungen zum Wahltarif DO-Angestellte gelten inhaltsgleich für Versorgungsempfänger und Hinterbliebene.
- (2) ¹Für Mitglieder, die bereits vor dem 01.01.2009 von der Wahlmöglichkeit des § 14 SGB V Gebrauch gemacht haben, gilt der Wahltarif als gewählt, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform. ²Die Wahl wirkt ab dem 01.01.2009 bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das diesem Jahr folgt, und verlängert sich um je zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des genannten Zeitraumes kein Widerruf erfolgt ist. ³Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.
- (3) Die Prämienzahlung erfolgt für die Nichtinanspruchnahme der Sachleistungsbeihilfe nach der Hessischen Beihilfenverordnung.
- (4) ¹Den Versicherten, die den Tarif gewählt haben, wird entsprechend der Leistungsbeschränkung nach Absatz 3 50 v.H. des monatlichen Beitrages als Prämie zurückgezahlt (§ 53 Abs. 7 und 8 SGB V). ²Die Prämienzahlung wird mit dem vom DO-Angestellten zu entrichtenden monatlichen Beitrag verrechnet.

§ 25 Wahltarif AGIDA

- (1) ¹Die AOK bietet einen Tarif bestehend aus Wahlтарifen nach § 53 Abs. 1 SGB V in Form eines Bonus auf Grund des Verzichts auf den Service der persönlichen Betreuung und eines Selbstbehalttarifs sowie eines Gesundheitsbonus nach § 65a SGB V an. ²Die Wahl gilt auch für die mitversicherten Familienangehörigen. ³Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). ⁴Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Tarif und am AOK-Selbstbehalttarif nach § 20 dieser Satzung sowie an den Bonusprogrammen nach §§ 33 und 33a dieser Satzung ist nicht möglich.
- (2) ¹Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Tarifes. ²Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendertags, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. ³Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Tarif abweichend von Satz 2 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
- (3) **Direktbonus**
¹Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können für den Verzicht auf den Service der persönlichen Betreuung einen Bonus in Höhe von 50 Euro je Kalenderjahr erhalten. ²Sollte der Kunde und/oder seine familienversicherten Angehörigen die persönliche Beratung in Anspruch nehmen, verringert sich der Bonusbetrag um 12,50 Euro je Besuch in einem Beratungszentrum. ³Der Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte liegt je Kalenderjahr bei 50 Euro.

Kostenbonus

⁴Der Selbstbehalttarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils einen Grundbonus sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben. ⁵Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen Grundbonus erhalten. ⁶Im Rahmen der

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

Berechnung des Selbstbehalts werden nur Leistungen, die das Mitglied in Anspruch genommen hat, berücksichtigt. ⁷Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen. ⁸Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. ⁹Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an.

¹⁰Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen.

Tarif-klasse	Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr	Grundbonus je Kalenderjahr in €	Pauschaler Selbstbehalt je ambulanter Behandlung des Mitglieds, die mit einer Arzneimittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, in €	Pauschaler Selbstbehalt je Krankenhausaufenthalt des Mitglieds in €	Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte je Kalenderjahr in €
1	bis zu 10.000 €	50,00	12,50	25,00	50,00
2	10.000,01 bis 19.999,99 €	90,00	22,50	45,00	90,00
3	20.000,00 bis 29.999,99 €	120,00	30,00	60,00	120,00
4	30.000,00 bis 41.999,99 €	150,00	37,50	75,00	150,00
5	ab 42.000 €	210,00	52,50	105,00	210,00

¹¹Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds möglich, wenn das beitragspflichtige Einkommen des Jahres, für das die Höherstufung erfolgen soll, einen Wechsel in eine höhere Tarifklasse zulässt und der Antrag bis zum 30.04. des Folgejahres gestellt wird. ¹²Entsprechende Einkommensnachweise für das betreffende Jahr sind vorzulegen.

Gesundheitsbonus

¹³Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können, wenn sie und/oder ihre familienversicherten Angehörigen Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25, 26, 28 i. V. m. § 22 SGB V, Schutzimpfungen nach § 20i SGB V und/oder qualitätsgesicherte Leistungen der AOK und ihrer Kooperationspartner zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Bonus erhalten, sofern diese dokumentiert und nachgewiesen wurden.

- (4) ¹Der Unterschiedsbetrag von Boni und Selbstbehalten ist für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. ²Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. ³Der Versicherte kann im ersten Tarifjahr der Teilnahme beantragen, dass der Direktbonus in Höhe von 50 € abweichend vom Zeitpunkt nach Abs. 4 Satz 1 ausgezahlt wird. ⁴Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. ⁵Eine Bonifizierung von Maßnahmen, die vor Beginn der Teilnahme durchgeführt werden, erfolgt, sofern sie im selben Kalenderjahr durchgeführt werden; bzw. bei Schutzimpfungen und bei Maßnahmen nach § 25 Abs. 1 SGB V und § 12f Abs. 2 dieser Satzung regeln die Ausführungsrichtlinien die näheren Einzelheiten. ⁶Es können sowohl Maßnahmen, an denen das Mitglied teilgenommen hat, als auch Maßnahmen an denen seine familienversicherten Angehörigen teilgenommen haben, bonifiziert werden. ⁷Die Bonifizierung erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. ⁸Maximal können 100 Punkte jährlich eingelöst werden. ⁹Eine Auszahlung der Punkte erfolgt auf schriftlichen Antrag des Teilnehmers. ¹⁰Angesammelte Bonuspunkte, die nicht zur Auszahlung eingereicht wurden, verfallen mit Ablauf des 31.12. des jeweiligen Jahres, das auf das Jahr folgt, in dem die Maßnahmen durchgeführt wurden. ¹¹Die Boni der einzelnen Tarifkomponenten dürfen 20 % der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten.
- (5) Die näheren Einzelheiten zur Durchführung dieses Tarifes sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.

§ 26 Ohne Inhalt

§ 27 Ohne Inhalt

§ 28 Ohne Inhalt

§ 28a Ohne Inhalt

§§ 29-31 Ohne Inhalt

§ 32 Ohne Inhalt

§ 33 AOK-Programm BONUS fit

- (1) ¹Versicherte der AOK Hessen, die Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen, erhalten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten, wenn diese gegenüber der AOK Hessen nachgewiesen wurden. ²Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Hessen ab Vollendung des 15. Lebensjahres.
- (2) ¹Voraussetzung für die Teilnahme am Bonusprogramm ist die ausdrückliche Entscheidung des Versicherten. ²Die Teilnahme ist freiwillig. ³Die Teilnahmeerklärung erfolgt in elektronischer Form über die Bonus-App, das Onlineportal „Meine AOK“ oder schriftlich. ⁴Die Teilnahme beginnt nach erfolgreicher Einschreibung mit dem Tag der Anmeldung oder zu dem vom Versicherten gewählten, in der Zukunft liegenden Zeitpunkt. ⁵Die Beendigung der Teilnahme kann jederzeit ohne Angabe von Gründen in elektronischer Form oder schriftlich gegenüber der AOK Hessen erklärt werden. ⁶Wenn die Versicherung des am Bonusprogramm teilnehmenden Versicherten länger als 90 Tage unterbrochen wird oder endet, so endet die Teilnahme mit dem letzten Tag der Versicherung. ⁷Eine gleichzeitige Teilnahme an anderen Bonusprogrammen der AOK Hessen nach § 65a SGB V sowie am Tarif nach § 25 der Satzung der AOK Hessen ist nicht möglich.
- (3) ¹Die Bonifizierung erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. ²Der Bonus wird den Versicherten gegen Nachweis von Gesundheitsaktivitäten zur Verfügung gestellt. ³Er wird nach einem sich aus den Ausführungsbestimmungen ergebenden Punktzahlensystem ermittelt. ⁴Die Nachweiserbringung erfolgt in digitaler Form per Fotoupload über die App oder das Onlineportal „Meine AOK“. ⁵Alternativ kann die Nachweiserbringung auch in schriftlicher Form erfolgen. ⁶Eine Bonifizierung von Maßnahmen, die vor Beginn der Teilnahme durchgeführt wurden, erfolgt, sofern diese in dem Kalenderjahr des Teilnahmebeginns durchgeführt wurden.
- (4) ¹Eine Auszahlung der Punkte kann in der Bonus-App, im Onlineportal „Meine AOK“ oder schriftlich veranlasst werden. ²Die erforderlichen Nachweise sind in jedem Fall bis zum 31.03. des Folgejahres zu übermitteln, damit die Bonuspunkte für das vergangene Kalenderjahr gutgeschrieben werden können. ³Gesammelte Bonuspunkte können in die Folgejahre übertragen werden.
- (5) ¹Im Falle des begründeten Verdachts einer missbräuchlichen Nutzung des Bonusprogrammes, z. B. durch Manipulation des Punktestandes aufgrund falscher Angaben oder Sammlung von Punkten unter Verstoß gegen die Ausführungsbestimmungen, kann die AOK Hessen Teilnehmende mit sofortiger Wirkung vom Programm ausschließen, bereits erworbene Ansprüche können entfallen. ²Vor dem Ausschluss aus dem Bonusprogramm sind die Teilnehmenden anzuhören. ³Wurde ein Teilnehmer aus einem Bonusprogramm nach § 65a SGB V ausgeschlossen, gilt er für 3 Jahre nach Ausschluss als nicht teilnahmeberechtigt.

- (6) Die näheren Einzelheiten zur Durchführung des Programmes sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.

§ 33a AOK-Programm Kinderbonus

- (1) ¹Im Rahmen des AOK-Programms Kinderbonus erhalten bei der AOK Hessen versicherte Kinder und ihre bei der AOK Hessen versicherten Eltern, Lebensgefährten der Eltern, Paten oder Verwandten bis zum 3. Grad einen Bonus, wenn sie Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen und diese Leistungen dokumentiert wurden. ²Voraussetzung für die Teilnahme am AOK-Programm Kinderbonus ist, dass das teilnehmende Kind das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und zum Teilnahmebeginn mindestens ein Mitglied für das Kind mitsammelt. ³Eine gleichzeitige Teilnahme an einem weiteren Programm nach § 65a SGB V oder einem Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V ist ausgeschlossen.
- (2) ¹Voraussetzung für die Teilnahme an dem Programm ist die ausdrückliche Entscheidung eines Familienangehörigen des Kindes. ²Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig und bedarf der Schriftform. ³Die Beendigung der Teilnahme kann jederzeit schriftlich gegenüber der AOK Hessen erklärt werden. ⁴Wenn die Versicherung des teilnehmenden Kindes länger als 3 Monate unterbrochen wird oder endet (z.B. Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse), endet die Teilnahme am Programm mit dem letzten Tag der Versicherung. ⁵Bei Versicherten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, hat die Kündigung durch den gesetzlichen Vertreter zu erfolgen. ⁶Bei Kündigung des Programms vor Vollendung des 18. Lebensjahres verfallen die Treueboni. ⁷Die Teilnahme endet automatisch mit Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes. ⁸Ebenfalls kann ein Mitsammler nur für ein Kind registriert sein. ⁹Im Falle einer missbräuchlichen Nutzung des Bonusprogramms, z. B. durch Manipulation des Punktestandes aufgrund falscher Angaben oder Sammlung von Punkten unter Verstoß gegen die Teilnahmebedingungen, kann die AOK Hessen Teilnehmer mit sofortiger Wirkung vom Programm ausschließen, bereits erworbene Ansprüche können entfallen. ¹⁰Wurde ein Teilnehmer von einem Bonusprogramm ausgeschlossen, gilt dieser im Falle einer erneuten Anmeldung zu einem der Programme nach § 65a SGB V als nicht teilnahmeberechtigt.
- (3) ¹Die Bonifizierung erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. ²Maximal können 100 Punkte kalenderjährlich pro Kind und einem Mitsammler sowie 200 Punkte kalenderjährlich pro Kind und 2 Mitsammlern eingelöst werden. ³Eine Bonifizierung von Maßnahmen, die vor Beginn der Teilnahme durchgeführt werden, erfolgt, sofern sie im selben Kalenderjahr durchgeführt werden; bzw. bei Schutzimpfungen und bei Maßnahmen nach § 25 Abs. 1 SGB V und § 12f Abs. 2 dieser Satzung regeln die Ausführungsbestimmungen die näheren Einzelheiten. ⁴Bei der Teilnahme am Bonusprogramm erhält jedes Kind einen Treuebonus, wenn jährlich die Teilnahme des Kindes an mindestens einer Maßnahme gem. Absatz 1 nachgewiesen wird. ⁵Die Höhe des Treuebonus pro Kind ist wie folgt gestaffelt:
- nach 3 Teilnahmejahren: 60 Euro
 - nach 6 Teilnahmejahren: 90 Euro
 - nach 9 Teilnahmejahren: 120 Euro
 - nach 12 Teilnahmejahren: 180 Euro
 - nach 15 Teilnahmejahren: 250 Euro
 - nach 18 Teilnahmejahren: 500 Euro
- (4) ¹Eine Auszahlung der Punkte erfolgt auf schriftlichen Antrag. ²Der Bonus wird den Versicherten als Geldprämie gegen Nachweis zur Verfügung gestellt. ³Er wird nach einem sich aus den Ausführungsbestimmungen ergebenden Punktzahlsystem ermittelt. ⁴Es werden die Maßnahmen angerechnet, die bis Ablauf des 31.12. des jeweiligen Jahres eingereicht

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Maßnahmen durchgeführt wurden. ⁵Der Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten und der Treuebonus kommen mit Vollendung des 18. Lebensjahres zur Auszahlung. ⁶Zum Auszahlungszeitpunkt muss eine gültige Versicherung bei der AOK Hessen bestehen. ⁷Besteht eine Versicherungslücke im Auszahlungsmonat, kann eine Auszahlung auf Antrag erfolgen. ⁸Ist eine Mindestlaufzeit von drei Jahren erfüllt, kann der Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten auf Antrag auch jährlich ausgezahlt werden. ⁹Bei Einlösung des Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten vor Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes bleiben die angesparten Treueboni bestehen. ¹⁰Diese kommen frühestens mit Vollendung des 18. Lebensjahres zur Auszahlung.

- (5) Die näheren Einzelheiten zur Durchführung des Programmes sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.

**§ 34 Bonus für Arbeitgeber bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung
– BUSINESS fit**

- (1) Die AOK fördert gemäß § 20b SGB V Arbeitgeber, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen, und gewährt diesen nach § 65a Abs. 2 Alt. 1 SGB V und nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen einen Bonus.
- (2) ¹Teilnahmeberechtigt sind alle Arbeitgeber, die bei der AOK Hessen krankenversicherte Mitarbeitende beschäftigen und in Zusammenarbeit mit der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. ²Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig und wird schriftlich erklärt. ³Sie beginnt mit dem jeweils Ersten des Folgemonats des Zugangs der Teilnahmeerklärung des Arbeitgebers. ⁴Die Beendigung der Teilnahme kann jederzeit gegenüber der AOK Hessen erklärt werden.
- (3) ¹Die AOK unterstützt die Umsetzung eines integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagements durch eigene Fachkräfte. ²Die betriebliche Gesundheitsförderung hat den Qualitätsanforderungen des Leitfadens Prävention nach § 20 SGB V für ein erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement zu entsprechen.
- (4) ¹Der Bonus wird jeweils nach Ablauf von 12 Monaten nach Teilnahmebeginn gewährt und bestimmt sich nach der Anzahl der in diesem Zeitraum durchgeführten und mit der AOK Hessen abgestimmten Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung. ²Der teilnehmende Arbeitgeber erhält für jede der nachfolgenden Aktivitätskategorien, in der mindestens eine Maßnahme dokumentiert wurde, einen Bonus in Höhe von 500 Euro, also maximal 1.500 Euro. ³Diese sind:
- Durchführung eines Analyseinstrumentes (Arbeitsunfähigkeits-Analyse oder Mitarbeitenden-Befragung oder Arbeitssituationsanalyse),
 - Durchführung einer Maßnahme zur Erreichung einer breiten Ansprache von Beschäftigten mit Inhalten der betrieblichen Gesundheitsförderung (Durchführung eines Gesundheitstags in Präsenz oder digitaler Form),
 - Durchführung einer Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung aus dem Portfolio der AOK Hessen mit Beteiligung der Beschäftigten.
- ⁴Die Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen erfolgt im Rahmen der Projektdokumentation durch die AOK. ⁵Die Bonuszahlung erfolgt jeweils innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des 12-monatigen Betrachtungszeitraums.
- (5) Bei der AOK Versicherte erhalten für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einen Bonus über das AOK-Programm BONUS fit gemäß § 33 der Satzung.

§ 35 Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen

- (1) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V (DMP) der AOK Hessen teilnehmen, für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung für die Region Hessen beantragt wurde oder beantragt wird.
- (2) ¹Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb der Region Hessen durchgeführt werden und für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Beauftragung beantragt wurde oder beantragt wird. ²Dies gilt auch für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V, die als Modellvorhaben durchgeführt werden.
- (3) ¹Die Teilnahme ist schriftlich zu erklären (Einschreibung). ²Mit der Einschreibung erklärt sich der Versicherte zur aktiven Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm bereit. ³Voraussetzung für die Teilnahme ist die schriftliche Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch einen Arzt, der als koordinierender Vertragsarzt in das jeweilige Behandlungsprogramm eingeschrieben ist.
- (4) Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm endet bei Widerruf der Einwilligungserklärung durch den Versicherten mit dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung bei der AOK Hessen, es sei denn, der Versicherte bestimmt einen späteren Zeitpunkt; in diesem Fall endet die Teilnahme zu dem vom Versicherten bestimmten Zeitpunkt.
- (5) Die Satzungsregelung gilt auch für Versicherte, die sich in der Vergangenheit in strukturierte Behandlungsprogramme einer anderen AOK außerhalb der Region Hessen eingeschrieben haben.

§§ 36-38 Ohne Inhalt

Fünfter Abschnitt: Beiträge

§ 39 Beitragssätze

- (1) Der allgemeine Beitragssatz wird in § 241 SGB V festgesetzt.
- (2) Der ermäßigte Beitragssatz wird in § 243 SGB V festgesetzt.

§ 40 Zusatzbeitrag

Der Zusatzbeitragssatz der AOK gemäß § 242 SGB V beträgt 1,6 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 41 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder

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

§ 42 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

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

§ 43 Ohne Inhalt

§ 44 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

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

§ 45 Vorschüsse

¹Die AOK kann von Arbeitgebern, die

1. innerhalb des Kassenbezirks keine feste Betriebsstätte haben oder sich nur vorübergehend aufhalten oder
2. a) länger als einen Monat mit der Beitragszahlung in Verzug sind oder
b) sich in einem Insolvenzverfahren befinden oder
c) sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Verwaltungsvollstreckungs-verfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
d) Zahlungsausfälle befürchten lassen oder
 1. keine Beitragsnachweise einreichen oder
 2. einen längeren Entgeltabrechnungszeitraum als einen Monat haben und nicht mindestens monatliche Abschläge auf die Arbeitsentgelte leisten,

Vorschüsse in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrages für je einen Monat fordern. ²Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

§ 46 Erstattung von Beiträgen

Beitragserstattungen nach § 231 SGB V werden jährlich vorgenommen.

§ 47 und 48 Ohne Inhalt

Sechster Abschnitt: Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle

§ 49 Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle

- (1) ¹Die Aufgaben der Widerspruchsstelle werden durch einen besonderen Ausschuss nach § 36a SGB IV (Widerspruchsausschuss) wahrgenommen. ²Der Widerspruchsausschuss besteht aus mehreren Kammern, deren Zahl der Verwaltungsrat in Richtlinien bestimmt.
- (2) ¹Den Kammern gehören je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber an, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen. ²Der Vorsitzende des Vorstandes oder ein von ihm Beauftragter gehört dem Ausschuss mit beratender Stimme an.
- (3) ¹Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat für die Dauer der Amtsperiode der Organe bestellt. ²Für die Stellvertretung gilt § 51 Abs. 1 S. 3 der Satzung entsprechend.
- (4) Für ehrenamtliche Mitglieder des Widerspruchsausschusses gelten die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes sowie über Haftung, Amtsdauer, Amtsverlust, Beratung, Beschlussfassung und Entschädigung entsprechend.
- (5) ¹Der Widerspruchsausschuss entscheidet über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist. ²Ausgenommen hiervon sind Widersprüche gemäß § 275c Abs. 3 und 5 SGB V; über diese Widersprüche entscheidet die Stabsstelle Widerspruchsbearbeitung des Stabsbereichs Recht. ³Ferner

ausgenommen sind Widersprüche gegen Entscheidungen des Verwaltungsrats gemäß § 59 SGB IV; über diese Widersprüche entscheidet der Verwaltungsrat.

Siebter Abschnitt: Organe

§ 50 Organe der AOK

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

§ 51 Verwaltungsrat und seine Mitglieder

- (1) ¹Der Verwaltungsrat der AOK hat 30 Mitglieder. ²Er setzt sich aus je 15 Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber zusammen. ³Für die Stellvertretung der Verwaltungsratsmitglieder gilt grundsätzlich Listenstellvertretung gemäß § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB IV. ⁴Alternativ hierzu kann persönliche Stellvertretung gemäß § 43 Absatz 2 Satz 5 SGB IV gewählt werden.
- (2) ¹Die Mitglieder des Verwaltungsrats sowie ihre Stellvertreter werden durch die Wahlberechtigten i. S. d. § 50 SGB IV gewählt. ²Sofern eine Wahlhandlung erforderlich ist, erfolgt die Stimmabgabe für die Vertreter der Arbeitgeber brieflich, für die Vertreter der Versicherten entweder brieflich oder per Online-Wahl.
- (3) ¹Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates. ²Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich zum 1. Oktober.

§ 52 Aufgaben des Verwaltungsrates

- (1) ¹Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. ²Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK von grundsätzlicher Bedeutung sind.
- (2) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:
 1. Grundsatzentscheidungen der sozial- und unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK in gesundheits- und sozialpolitischen und strategischen Fragen,
 2. Wahl des Vorstandes und aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden,
 3. Vertretung der AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern,
 4. Vereinbarung von strategischen Zielen der Sozial- und Unternehmenspolitik mit dem Vorstand innerhalb der Grenzen der Grundsatzentscheidungen,
 5. Überwachung des Vorstandes u. a. durch Entgegennahme der Berichte des Vorstandes über die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen, finanzielle Situation und Entwicklung sowie die Erreichung der Jahresziele (§ 197 Abs. 1 Nr. 1a SGB V, § 35a Abs. 2 SGB IV),
 6. Bestellung eines externen Prüfers für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV) und Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung,
 7. Feststellung des Haushaltsplans,
 8. Aufstellung und Änderung der Satzung,
 9. Zustimmung zur Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung und des Stellenplans,
 10. Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V,

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

11. Beschluss über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,
 12. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat,
 13. Beschlussfassung über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen,
 14. Wahrnehmung von Aufgaben in anderen, durch Gesetz oder maßgebendes Recht bestimmten Fällen.
- (3) ¹Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen und mehr als die Hälfte anwesend sind. ²Bei Beschlussunfähigkeit ist binnen zwei Wochen zu einer erneuten Sitzung einzuladen. ³Beschlüsse über Änderungen der Satzung bedürfen der Mehrheit von zwei Dritteln der Verwaltungsratsmitglieder. ³Im übrigen gilt § 64 SGB IV.
- (4) ¹Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen über
1. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
 2. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung sowie Änderungen von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts zur Beseitigung offenkundiger Unrichtigkeiten handelt,
 3. Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,
 4. Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen oder besonders eilbedürftig sind. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, stellen die Verwaltungsratsvorsitzenden gemeinsam fest.
- ²Wenn mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen. ³Ergibt sich bei der schriftlichen Abstimmung Stimmengleichheit, so wird über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates beraten und abgestimmt. ⁴Kommt auch bei der zweiten Abstimmung keine Mehrheit zustande, so gilt der Antrag als abgelehnt.
- (5) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere
1. die Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht verstoßen,
 2. die Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei der Ergänzung des Verwaltungsrates,
 3. Anzeige und Benachrichtigung über das Ergebnis der Wahl und über Änderungen in der Zusammensetzung des Verwaltungsrates.

§ 53 Vorstand

- (1) ¹Der Vorstand besteht aus drei Mitgliedern. ²Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahren; Wiederwahl ist möglich.
- (2) ¹Der Vorstand führt die Geschäfte der AOK, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen. ²Im Rahmen der dem Vorstand obliegenden Gesamtverantwortung und der aufgestellten Richtlinien führt jedes Mitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. ³Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand, bei Stimmengleichheit der Vorsitzende des Vorstandes (§ 35 a Abs. 1 und 3 SGB IV).
- (3) Der Vorstand handelt unter Berücksichtigung der vom Verwaltungsrat bestimmten Grundsatzentscheidungen und trifft alle zu ihrer Realisierung erforderlichen Entscheidungen.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- (4) Der Vorstand hat für Änderungen des Gesellschaftsvertrages des AOK-Bundesverbandes die Zustimmung des Verwaltungsrates einzuholen.
- (5) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:
 1. Die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Aufgaben in der Unternehmenspolitik und -strategie, der Sozial- und Gesundheitspolitik im Rahmen seiner gesetzlichen Zuständigkeit;
 2. die Zielplanung und Aufstellung von Jahreszielen im Rahmen der mit dem Verwaltungsrat getroffenen Zielvereinbarungen;
 3. Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über
 - a) Umsetzung von Grundsatzentscheidungen,
 - b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
 - c) die Einhaltung der Jahresziele;
 4. Bericht gegenüber den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen;
 5. Aufstellung von Richtlinien für den Vorstand;
 6. sonstige Aufgaben, die durch Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht dem Vorstand zugewiesen sind.

§ 54 Vertretung der AOK

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

§ 55 Beratende Gremien

- (1) Zur Unterstützung der Unternehmenspolitik der AOK werden beratende Gremien eingeführt (z. B. Handwerksbeiräte).
- (2) Das Nähere, insbesondere die Aufgaben, Zusammensetzung und Anzahl der Gremien, bestimmt der Verwaltungsrat in Richtlinien.

§ 56 Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder

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

Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 57 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.

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

- (2) ¹Der vom Verwaltungsrat gebildete Rechnungsprüfungsausschuss ist befugt, die Bücher und Akten der AOK einzusehen sowie die Vermögensbestände zu prüfen. ²Er kann einzelne Mitglieder hiermit beauftragen.
- (3) ¹Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt. ²Der Vorstand veranlasst eine interne oder externe Rechnungsprüfung (§ 77 Abs. 1 Satz 1 SGB IV, § 31 SVHV).
- (4) ¹Der Verwaltungsrat bestellt den externen Prüfer für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV).
²Die Abnahme der Jahresrechnung erfolgt durch den Verwaltungsrat.

Neunter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§ 59 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

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

Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und In-Kraft-Treten

§ 60 Bekanntmachungen/Veröffentlichungen

- (1) ¹Bekanntmachungen sind in den Geschäftsräumen der AOK mindestens zwei Wochen öffentlich auszuhängen. ²Bei Satzungsänderungen wird außerdem auf den wesentlichen Inhalt sowie auf Ort und Zeit des Aushangs in der regionalen Tagespresse hingewiesen.
- (2) ¹Bekanntmachungen von Änderungen der Dienstordnung einschließlich des Stellenplanes sowie der Regelungen über die Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen erfolgen nach der Genehmigung durch Auslegung im Büro der Selbstverwaltung für zwei Wochen. ²Durch Aushang in den Geschäftsstellen wird außerdem auf diese Änderungen sowie auf Ort und Dauer der Auslegung hingewiesen.
- (3) ¹Die AOK veröffentlicht nach § 305b SGB V zum 30. November eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und auf der eigenen Internetpräsenz (www.aok.de/hessen).
²Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 in den Kundenzeitschriften der AOK sowie durch Aushang in den Geschäftsräumen der AOK veröffentlicht.

§ 61 In-Kraft-Treten

- (1) Die Satzung tritt am 1. August 2016 in Kraft.
- (2) Mit dem Tag des Inkrafttretens dieser Satzung verliert die Satzung vom 1. Januar 2010 in der Fassung des 24. Nachtrages ihre Gültigkeit.
- (3) Der Verwaltungsrat hat die vorstehende Fassung der Satzung in seiner Sitzung am 12. Juli 2016 beschlossen.

Anhang 1 zur Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

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

Erster Abschnitt: Maßgebende Rechtsnormen

§ 1 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen

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

Zweiter Abschnitt: Beteiligte Arbeitgeber

§ 2 Beteiligte Arbeitgeber

- (1) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beschäftigen.
- (2) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen alle Arbeitgeber teil.
- (3) Ausnahmen von der Teilnahme am U1- bzw. U2-Verfahren sind in den §§ 11 und 12 AAG geregelt.

Dritter Abschnitt: Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber

§ 3 Erstattungen

- (1) Die AOK erstattet
 1. den nach § 1 Abs. 1 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für Aufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) 70 v. H. des für den in den § 3 Abs. 1 und 2 und § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraumes an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgeltes und der nach § 12 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz an Auszubildende fortgezahlten Arbeitsentgelte.
 - b) ¹Auf Antrag des Arbeitgebers kann der Erstattungssatz nach Absatz 1 Nr. 1 Buchst. a auf 80 v. H., 60 v. H. oder 50 v. H. geändert bzw. – nach vorausgegangener Wahl – ein Erstattungssatz von 50, 60, 70 oder 80 v. H. gewählt werden. ²Der Antrag gilt jeweils für ein Kalenderjahr. ³Er ist möglichst frühzeitig, spätestens jedoch bis 10. Februar (Eingang bei der AOK) einzureichen, damit die Wahl zum 1. Januar des Jahres wirksam wird. ⁴Sofern kein Antrag gestellt wird, bleibt es bei dem bisherigen Erstattungssatz. ⁵Bei Neueröffnung eines Arbeitgeberkontos ist der Antrag innerhalb von sechs Wochen (Eingang bei der AOK) zu stellen, ansonsten erfolgt bis zum Ende des Kalenderjahres eine Einstufung entsprechend der Regelung des Absatzes 1 Nr. 1 Buchst. a.
 2. den Arbeitgebern nach § 1 Abs. 2 AAG für Aufwendungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft
 - a) 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 20 Abs. 1 Mutterschutzgesetz gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld,
 - b) 100 v. H. des vom Arbeitgeber bei Beschäftigungsverboten nach § 18 Mutterschutzgesetz gezahlten Arbeitsentgeltes (Mutterschutzlohn) und

- c) 100 v. H. für die nach Nr. 2 b) anfallenden und vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit einschließlich der Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, zur sozialen Pflegeversicherung sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V, § 172a SGB VI und § 61 SGB XI
- (2) Die Erstattung nach Abs. 1 Nr. 1 hat höchstens aus einer Vergütung oder einem Arbeitsentgelt in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (West) zu erfolgen.

§ 4 Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen

Mit den in § 3 Abs. 1 Nr. 1 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die erstattungsfähigen Aufwendungen entfallenden Arbeitgeberanteile der Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung sowie die Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 257 SGB V, § 172a SGB VI und § 61 SGB XI abgegolten.

§ 5 Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

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

Vierter Abschnitt: Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage

§ 6 Aufbringung der Mittel, Umlage

- (1) Die Mittel zur Durchführung der Ausgleichsverfahren U1 und U2 werden jeweils durch gesonderte Umlagen, die die erforderlichen Verwaltungskosten angemessen berücksichtigen, von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.
- (2) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (§ 3 Abs. 1 Nr. 1a) beträgt 3,4 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.
- (3) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Abs. 1 Nr. 2) beträgt 0,60 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.
- (4) Die geänderte Umlage nach § 3 Abs. 1 Nr. 1b beträgt 4,7 v. H. (Erstattungssatz 80 v. H.), 3,3 v. H. (Erstattungssatz 60 v. H.) bzw. 2,3 v. H. (Erstattungssatz 50 v. H.) der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.
- (5) ¹Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig. ²Sind ausschließlich Umlagen nach Absatz 3 zu zahlen, kann die AOK mit diesen Arbeitgebern abweichende Vereinbarungen über den Nachweis und Zahlung dieser Umlagen treffen.

§ 7 Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern

Die AOK kann von umlagepflichtigen Arbeitgebern nach § 45 der Satzung Vorschüsse verlangen.

Fünfter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 8 Verwaltung der Mittel

¹Die AOK verwaltet die Mittel für die Ausgleichsverfahren als Sondervermögen. Es werden getrennte Betriebsmittel gebildet:

1. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit, U1-Verfahren (§ 1 Abs. 1 AAG),

2. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft und Schwangerschaft, U2-Verfahren (§ 1 Abs. 2 AAG).

²Die Betriebsmittel sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für zwei Monate ausreichen, dürfen jedoch die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen.

Sechster Abschnitt: Verwaltungsrat

§ 9 Verwaltungsrat

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

Siebter Abschnitt: Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle

§ 10 Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle

Die Bestimmungen des § 49 der Satzung über Besetzung, Aufgaben und Befugnisse des Widerspruchsausschusses und der Einspruchsstelle gelten mit der Maßgabe, dass in Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendung nach dem AAG im Widerspruchsausschuss nur Vertreter der Arbeitgeber mitwirken.

Achter Abschnitt: In-Kraft-Treten

§ 11 In-Kraft-Treten

Dieser Anhang zur Satzung der AOK tritt am 1. August 2016 in Kraft.

Anhang 2

zur Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

**Entschädigungsregelung für die ehrenamtlich Tätigen
in der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
(§ 41 SGB IV)**

Die ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane erhalten für die Wahrnehmung der Geschäfte:

I.

1. Fahrkostenerstattung nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamtinnen und Beamten im Lande Hessen; bei Verwendung eigener Personenkraftwagen wird eine Wegstreckenentschädigung nach § 6 Abs. 1 Satz 2 Hessisches Reisekostengesetz (HRKG) gewährt.

Bei Mitnahme anderer Personen wird zusätzlich eine Mitnahmeentschädigung entsprechend § 6 Abs. 3 HRKG gezahlt.

2. Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienstes und des Verdienstausfalles sowie der Ausgleich versicherungsrechtlicher Nachteile unter Beachtung des Höchstbetrages gemäß § 41 Abs. 2 SGB IV.
3. Tage- und Übernachtungsgelder nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamtinnen und Beamten im Lande Hessen mit folgender Maßgabe; Grundlage der Tagegeldbemessung ist stets das volle Tagegeld bei einer Mindestabwesenheit von 24 Stunden.

Beim Tagegeld wird von den Vorschriften des HRKG insoweit abgewichen, als – auch für Sitzungstage – eine Abstufung vorgenommen wird, die bis zu 6 Stunden ein halbes Tagegeld und bei mehr als 6 Stunden ein volles Tagegeld vorsieht.

Bei der Zeitdauer der Organtätigkeit sind die Fahrzeiten zu berücksichtigen.

Für die Teilnahme an einer Sitzung am Wohnort des Organmitgliedes wird abweichend von den Vorschriften des HRKG ebenfalls Tagegeld nach Satz 3 gezahlt.

Wird Verpflegung gestellt, ist das Tagegeld nach § 10 Abs. 1 HRKG zu kürzen. Berechnungsgrundlage der Kürzung ist stets das volle Tagegeld.

Abweichend von § 10 Abs. 1 HRKG können bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 v.H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a des EStG nicht übersteigen.

Übernachtungsgelder (ohne Mahlzeiten), die das Übernachtungsgeld um nicht mehr als 50 v. H. übersteigen, werden erstattet. Höhere Aufwendungen für Übernachtungen und Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur dann erstattet, wenn die Aufwendungen unvermeidbar waren.

II.

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand für Sitzungen

Die Mitglieder des Verwaltungsrates oder ihre Stellvertreter erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

Sitzungen im vorgenannten Sinne sind neben den regulären Verwaltungsratssitzungen, Ausschusssitzungen und Sitzungen der Verwaltungsratsvorsitzenden mit dem Vorstand

insbesondere auch die seitens der Verwaltungsratsvorsitzenden einberufenen Vorbesprechungen zu den Verwaltungsratssitzungen sowie Klausurtagungen der Versicherten- und/oder Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.

Virtuelle oder hybride Beratungen, denen eine schriftliche Abstimmung folgt, sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten.

Den Pauschbetrag erhalten Verwaltungsratsmitglieder, die nicht zugleich Vorsitzende/r oder stellvertretende/r Vorsitzende/r des Verwaltungsrates sind, auch bei Verhandlungen oder Gesprächen mit Dritten, wenn sie auf Beschluss des Organs bzw. in Ausnahmefällen auf Entscheidung der Verwaltungsratsvorsitzenden daran teilnehmen und die Teilnahme nicht ausschließlich repräsentativer Art ist. Soweit ein Verwaltungsratsmitglied die Selbstverwaltung mit einem aktiven Beitrag bei einer öffentlichen Selbsthilfe-Informationsveranstaltung der AOK Hessen (§ 20 h SGB V) offiziell vertritt, so wird der Pauschbetrag gewährt.

Bei Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Kalendertag wird der Pauschbetrag nur einmal gewährt.

Der Pauschbetrag beträgt 79,00 Euro.

2. Pauschbetrag für Zeitaufwand für Sitzungen für die Vorsitzenden des Verwaltungsrates und der Ausschüsse des Verwaltungsrates

Die/der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für jeden Kalendertag einer Sitzung des Verwaltungsrates einen erhöhten Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Abs. 3 Satz 1 SGB IV). Dies gilt analog für die Vorsitzenden der Ausschüsse des Verwaltungsrates bei den jeweiligen Ausschusssitzungen.

Im Verhinderungsfall gilt die Regelung für die stellvertretenden Vorsitzenden entsprechend.

Der Pauschbetrag beträgt 158,00 Euro.

3. Auslagenersatz für die/den Vorsitzende/n und die/den stellvertretende/n Vorsitzende/n des Verwaltungsrates

Die/der Vorsitzende und die/der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten zur Abgeltung der Auslagen für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen einen Pauschbetrag (§ 41 Abs. 1 Satz 2 SGB IV).

Der monatliche Pauschbetrag beträgt 74,00 Euro.

4. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen für die/den Vorsitzenden und die/den stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Die/der Vorsitzende und die/der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten zur Abgeltung ihres Zeitaufwandes außerhalb von Sitzungen einen Pauschbetrag.

Der monatliche Pauschbetrag beträgt 632,00 Euro.

Der Pauschbetrag erhöht sich jeweils um 79,00 Euro für eine außergewöhnliche Inanspruchnahme außerhalb von Sitzungen, soweit die/der Vorsitzende und/oder die/der stellvertretende Vorsitzende in Fällen von grundsätzlicher Bedeutung für die Selbstverwaltung sowie im Rahmen themenspezifischer Sonderaufgaben oder zu auf besonderen Aufträgen beruhenden sonstigen Anlässen an Verhandlungen, Besprechungen, Tagungen und Veranstaltungen teilnimmt. Dies gilt nicht im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung als Mitglied anderer Selbstverwaltungsorgane wie etwa beim GKV-Spitzenverband, beim AOK-Bundesverband oder beim Medizinischen Dienst in Hessen.

III.

Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane mit Familien- oder Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gem. § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleiG) erstattet werden. Die Voraussetzungen für die Erstattung und die Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils gültigen Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen nach § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 BGleiG.

Hinweis:

Zahlungen an die Betreuungsperson sollen aus steuerrechtlichen Gründen grundsätzlich unbar erfolgen. Beantragte Erstattungsleistungen sind grundsätzlich steuerpflichtig (§ 3 Nr. 34a lit. b und § 32 Abs. 1 EStG).

IV.

Diese Regelungen treten am 1. August 2016 in Kraft.

Anhang 3

Protokollnotizen zur Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

1. Versichertenälteste/Vertrauensleute

Für die Regionaldirektionen in ihren jeweiligen räumlichen Zuschnitten bis zum 31. Juli 1994, in denen bis zum 30. September 1993 Versichertenälteste und/oder Vertrauensleute der Arbeitgeber gewählt waren, behalten die entsprechenden Satzungsbestimmungen einschließlich der Entschädigungsregelungen der bis zum 30. September 1993 existierenden hessischen AOKs auch nach dem 1. Oktober 1993 ihre Gültigkeit.

Anhang 4

Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten

Nicht besetzt