

# Satzung

**AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für  
Sachsen und Thüringen.**

i. d. F. v. 10. April 2019

## Inhaltsverzeichnis

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung .....	5
§ 1 Name, Sitz und Bezirk .....	5
§ 2 Aufgabenstellung.....	6
Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis .....	7
§ 3 Mitglieder .....	7
§ 4 Familienangehörige.....	8
§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft .....	9
Dritter Abschnitt: Leistungen .....	10
§ 6 Art und Umfang der Leistungen.....	10
§ 7 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge.....	11
§ 8 Leistungsausschluss .....	12
§ 9 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe.....	13
§ 10 Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.....	14
§ 11 Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V .....	15
§ 11a SchwangerschaftPLUS Paket.....	16
§ 11b Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für Kinder und ..	18
Jugendliche vom vollendeten 12. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr .....	18
§ 11c Kostenerstattung bei Vorsorgeleistungen zur Zahngesundheit .....	19
§ 11d Sportmedizinische Vorsorge.....	20
§ 11e - nicht belegt –.....	21
§ 11f Osteopathie.....	22
§ 11g Vorsorgeuntersuchungen U 10, U 11 und J 2.....	23
§ 11h Mehrleistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung .....	25
§ 11i Erweiterte Diabetes-Vorsorge im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Check-up 35 („Check-up PLUS“).....	27
§ 11j Hautkrebsvorsorge „Ganzkörperuntersuchung Haut-Check“ .....	28
§ 11k Mehrleistung für Flash-Glukose-Messsysteme .....	29
§ 12 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe.....	30
§ 13 Sonderregelungen bei Krankengeld .....	31
§ 14 nicht belegt.....	32
§ 15 Kostenerstattung .....	33
§ 16 Teilkostenerstattung .....	34
§ 16a Wahltarif bei Teilkostenversicherung .....	35
§ 17 Modellprojekte nach den §§ 63 ff. SGB V.....	36
§ 17a Modellprojekt zur Strahlentherapie-Behandlung von Versicherten mit	

Protonenstrahlen „Protonentherapie“ .....	37
§ 17b - nicht belegt - .....	39
§ 17c.....	40
Modellprojekt.....	40
zur Optimierung der Arzneimittelversorgung bei Versicherten, die viele Arzneimittel einnehmen müssen „ARMIN – Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen“ .....	40
§ 17d - nicht belegt - .....	43
§ 17e Modellprojekt „Tabakentwöhnungsprogramm“.....	44
§ 18 Wahltarife nach § 53 SGB V.....	45
§ 18a Wahltarif „AOK PLUS aktiv“.....	46
§ 18b nicht belegt.....	48
§ 18c Wahltarif „AOK PLUS dental“.....	49
§ 18d Wahltarif „AOK PLUS weltweit“ .....	52
§ 18e Wahltarif „AOK PLUS natur“ .....	55
§ 18f Krankengeld-Wahltarif .....	59
§ 18g Wahltarife nach § 53 Abs. 3 SGB V.....	63
§ 19 Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten .....	64
§ 19a.....	65
Bonusprogramm.....	65
§ 19b.....	68
Bonusprogramm „AOK PLUS pro junior“ .....	68
§ 19c Gesundheitsbonus für Arbeitgeber .....	70
§ 19d.....	71
Gesundheitsbonus für Arbeitnehmer .....	71
§ 20 Teilnahme an besonderen Versorgungsformen und der Integrierten Versorgung.....	72
§ 20a Hausarztzentrierte Versorgung im Freistaat Thüringen (HzV-THR) .....	73
§ 20b Besondere ambulante ärztliche Versorgung von Versicherten mit Osteoporose (OsteoporosePLUS).....	75
§ 20c.....	77
Besondere ambulante ärztliche Versorgung von Versicherten mit ausgewählten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen im Freistaat Thüringen (RheumaAktiv Thüringen).....	77
Vierter Abschnitt: Beiträge; Mahngebühren .....	79
§ 21 Beitragssätze .....	79
§ 22 Kassenindividueller Zusatzbeitrag .....	80
§ 23 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder .....	81
§ 24 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge .....	82

§ 25 - nicht belegt - .....	83
§ 26 Vorschüsse .....	84
Fünfter Abschnitt: Widerspruchsausschüsse .....	85
§ 27 Widerspruchsausschüsse.....	85
Sechster Abschnitt: Organe.....	86
§ 28 Organe der AOK PLUS .....	86
§ 29 Verwaltungsrat .....	87
§ 30 Verfahren des Verwaltungsrates .....	89
§ 31 Vorstand.....	91
§ 32 Vertretung der AOK PLUS.....	92
§ 33 Versichertenälteste, Vertrauensleute.....	93
§ 34 Status, Entschädigung und Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates, der Versichertenältesten und der Vertrauensleute.....	94
Siebter Abschnitt: Verwaltung der Mittel .....	95
§ 35 Rücklage .....	95
§ 36 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Abnahme der Jahresrechnung ....	96
Achter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) .....	97
§ 37 Anwendung von Satzungsbestimmungen und sozialrechtlicher Regelungen.....	97
§ 38 Beteiligte Arbeitgeber .....	98
§ 39 Erstattungen.....	99
§ 40 Aufbringung der Mittel, Umlagen .....	101
§ 41 Betriebsmittel, Haushalt.....	102
§ 42 Vorsitz .....	103
Neunter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten.....	104
§ 43 Bekanntmachungen .....	104
§ 44 In-Kraft-Treten.....	105
Anlage zu § 34 der Satzung der AOK PLUS Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates.....	109

## **Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung**

### **§ 1**

#### **Name, Sitz und Bezirk**

- (1) Die Ortskrankenkasse führt den Namen AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen. Sie hat ihren Sitz in Dresden.
- (2) Der Bezirk der AOK PLUS umfasst das Gebiet des Freistaates Sachsen und des Freistaates Thüringen.
- (3) Die AOK PLUS ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

## **§ 2 Aufgabenstellung**

- (1) Die AOK PLUS versteht sich als Gesundheitskasse. Aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken. Gesundheitsbewusstes Verhalten wird nach Maßgabe dieser Satzung gefördert.
- (2) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden, wenigstens aber zu lindern. Dabei hilft ihnen die AOK PLUS durch Aufklärung, Beratung und Leistungen.
- (3) Die AOK PLUS berät und unterstützt die Arbeitgeber ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.
- (4) Die Organe der AOK PLUS legen zur Erfüllung der gestellten Aufgaben die Grundsätze für eine einheitliche und verbindliche Unternehmenspolitik fest.
- (5) Die AOK PLUS nimmt außerdem die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes. Die vom GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92 und 282 SGB V sind für die AOK PLUS verbindlich.

## Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

### § 3 Mitglieder

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

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

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

(2) Als freiwillige Mitglieder können bei der AOK PLUS 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, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
- Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
- schwerbehinderte Menschen i. S. des § 2 Abs. 2 SGB IX, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beigetreten sind,
- Arbeiter und Angestellte, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endet,

wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind.

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

## **§ 4 Familienangehörige**

Als Familienangehörige sind bei der AOK PLUS Ehegatten, Lebenspartner und Kinder der Mitglieder sowie Kinder von familienversicherten Kindern versichert, wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.



**§ 5**  
**Beginn und Ende der Mitgliedschaft**

- (1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder beginnt, soweit sich aus § 186 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht.
- (2) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder beginnt, sofern sich aus § 188 Abs. 2 und 4 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag ihres Beitritts.
- (3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet, sofern sich aus § 175, § 190 oder § 192 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt.
- (4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet im Falle des Austritts zwei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt. Die Mitgliedschaft kann mit sofortiger Wirkung beendet werden, sofern die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind oder das Mitglied seinen Wohnsitz im Ausland nimmt.
- (5) Die Bindungsfrist von 18 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet wird.

## **Dritter Abschnitt: Leistungen**

### **§ 6 Art und Umfang der Leistungen**

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

1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerungen, 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, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
    - Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
    - Soziotherapie,
    - Krankenhausbehandlung,
    - Zuschuss für ambulante und stationäre Hospizleistungen,
    - medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft,
  - b) medizinische und ergänzende Leistungen der Rehabilitation, Belastungs-erprobung und Arbeitstherapie sowie nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen,
  - c) Krankengeld
3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft
  - ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
  - Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
  - Entbindung,
  - häusliche Pflege und Haushaltshilfe,
  - Mutterschaftsgeld,
  - Grundausstattung zur Säuglingspflege
4. Hilfe zur Familienplanung
5. Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch
6. Unterstützung bei Behandlungsfehlern
7. Beratung und Information zu ihren Rechten als Patienten sowie zum gesundheitlichen Verbraucherschutz im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen.
8. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.

## **§ 7** **Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge**

Die AOK PLUS kann nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften den Versicherten Zusatzversicherungsverträge Privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln. Sie regelt in Verträgen mit einem oder mehreren Krankenversicherungsunternehmen die Einzelheiten der Vermittlung, insbesondere Gegenstand und Durchführung. Bei der Weitergabe von Versichertendaten gilt das SGB.

## **§ 8** **Leistungsausschluss**

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 soll die AOK PLUS 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 12 Monaten liegt.
- (2) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann die AOK PLUS den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine Behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.
- (3) Der Versicherte ist über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen zu informieren.

## § 9 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

- (1) Die AOK PLUS stellt Leistungen zur Primärprävention zur Verfügung, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom GKV-Spitzenverband gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfaden entsprechen. Diese Leistungen umfassen den individuellen Ansatz und den Settingansatz als Zugangsweg. Sie beinhalten insbesondere Handlungsfelder
  - a) des individuellen Ansatzes, welche sind:
    - Bewegungsgewohnheiten,
    - Ernährung,
    - Stressreduktion/ Entspannung,
    - Genuss- und Suchtmittelkonsum,
  - b) der betrieblichen Gesundheitsförderung, welche sind:
    - arbeitsbedingte körperliche Belastungen,
    - Betriebsverpflegung,
    - psychosozialer Stress,
    - Genuss- und Suchtmittelkonsum,
  - c) der nichtbetrieblichen Lebenswelten wie zum Beispiel Kindergärten, Schulen und Hochschulen.
- (2) Ergänzend zur ärztlichen Therapie führt die AOK PLUS bei ausgewählten Störungen und Erkrankungen ihrer Versicherten individuelle und gruppenorientierte Interventionen durch. Ziel dieser Maßnahmen ist die Verkürzung der Krankheitsdauer sowie die Vermeidung bzw. die günstige Beeinflussung von chronischen Erkrankungen. Die Teilnahme an diesen Angeboten muss von einem Vertragsarzt verordnet werden. Die Krankheitsgruppen, für die derartige Maßnahmen durchgeführt werden, werden in Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt.
- (3) Die AOK PLUS fördert Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, wenn diese die Prävention und Rehabilitation von solchen Krankheitsbildern zum Ziel haben, die in dem vom GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind. Die Förderung erfolgt im Rahmen der vom GKV-Spitzenverband unter Beteiligung von Vertretern der für die Wahrnehmung von Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen, gemeinsam und einheitlich beschlossenen Grundsätze, insbesondere durch Projektförderung, Zusammenarbeit, Unterstützung und Zuschüsse.
- (4) Versicherte der AOK PLUS, deren Arbeitgeber mit der AOK PLUS bis zum 31.12.2015 eine Rahmenvereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung nach § 20 SGB V geschlossen haben, können zur Verbesserung ihrer Fähigkeit zur Bewältigung von Arbeitsanforderungen einen individuellen Gesundheitsbonus (Gesundheitsbonus für Arbeitnehmer) erhalten, wenn sie bis zum 31.12.2016 mit der Teilnahme an den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung begonnen haben. Beginnend mit der Teilnahme an den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten die teilnehmenden Versicherten im 1. Jahr einen Bonus von 300,00 EUR sowie im 2. und 3. Jahr jeweils einen Bonus von 150,00 EUR.

Die gleichzeitige Inanspruchnahme des Gesundheitsbonus und die Teilnahme am AOK PLUS Bonusprogramm nach § 19a dieser Satzung ist nicht möglich.

## **§ 10** **Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen**

- (1) Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V) zahlt die AOK PLUS zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss von 16,00 EUR täglich.
- (2) Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder erhöht sich der Zuschuss nach Absatz 1 auf 25,00 EUR täglich.
- (3) Die AOK PLUS übernimmt entsprechend der gesetzlichen Regelungen bei aus medizinischen Gründen erforderlichen Vorsorgeleistungen (§ 24 SGB V) oder aus medizinischen Gründen erforderlichen Leistungen der Rehabilitation (§ 41 SGB V) in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes, einer gleichartigen Einrichtung oder für Vater-Kind-Maßnahmen geeignete Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht, die Kosten. Die Leistungen können auch in Form einer Mutter/Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden.
- (4) Neben den als Pflichtleistung gemäß § 20i Abs. 1 SGB V vorgesehenen Schutzimpfungen übernimmt die AOK PLUS als Zusatzleistungen die Kosten für Schutzimpfungen, soweit sie aufgrund besonderer vertraglicher Regelungen durch Vertragsärzte und/oder Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und/oder Betriebsärzte und/oder Fachärzte für Arbeitsmedizin und/oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, durchgeführt werden können. Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Art und Umfang sowie Einschränkungen der Zusatzleistungen bestimmen sich nach den dazu getroffenen Vereinbarungen.
- (5) Die AOK PLUS kann auch außer in den in § 20i Abs. 1 SGB V bzw. § 10 Abs. 4 der Satzung genannten Fällen die Kosten von Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten übernehmen oder Zuschüsse leisten, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind.

**§ 11**  
**Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V**

Die AOK PLUS stellt ihren Versicherten Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V zur Verfügung. Art, Dauer und Umfang ergeben sich aus den §§ 11a ff. dieser Satzung.

## § 11a SchwangerschaftPLUS Paket

(1) Die AOK PLUS gewährt ihren schwangeren Versicherten einmal je Schwangerschaft ein Budget in Höhe von 500 Euro. Voraussetzung ist, dass die Schwangerschaft am 01.07.2018 noch nicht beendet ist. Im Rahmen dieses Budgets werden nachgewiesene Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen erstattet:

a) Zusätzliche Schwangerschaftsuntersuchungen

Nehmen schwangere Versicherte nach entsprechender ärztlicher Beratung und Aufklärung bei einem Vertragsarzt vorgeburtliche, nichtinvasive Ergänzungsuntersuchungen für die weiterführende vorgeburtliche Diagnostik und zum Ausschluss gesundheitlicher Risiken wie

- zusätzliche Blutuntersuchungen (z. B. B-Streptokokken, Toxoplasmose (IgG und IgM), Mangelerscheinungen von Vitaminen und Spurenelementen),
- zusätzliche Ultraschalluntersuchungen (z. B. Dopplersonografie, weiterführende Ultraschallkontrolle),

in Anspruch, können sie die Kosten hierfür erstattet verlangen. Die Leistungen dürfen nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 24d SGBV in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) bleibt unberührt.

b) Zusätzliche Leistungen zur Minimierung des Risikos einer Frühgeburt

Schwangere Versicherte können die Erstattung von Kosten beanspruchen, die ihnen durch Selbstbeschaffung von zusätzlichen, vertragsärztlich verordneten, durchgeführten oder veranlassten Leistungen zur Minimierung des konkreten Risikos einer Frühgeburt, wie zum Beispiel Teststreifen zur Untersuchung des intravaginalen pH-Wertes entstehen, beanspruchen. Von der Erstattung sind Kosten für solche Leistungen ausgenommen, die der Gemeinsame Bundesausschuss ausgeschlossen hat.

c) Nichtverschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

Schwangere Versicherte können die Erstattung von Kosten für die Selbstbeschaffung von allen nichtverschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Magnesium und oder Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate beanspruchen. Gleiches gilt für versicherte Mütter von der Geburt bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres ihres Kindes für alle nichtverschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Jodid als Monopräparat.

Die Erstattung erfolgt, sofern das Arzneimittel von einem Vertragsarzt auf Privatrezept verordnet wurde. Erstattungen von Nahrungsergänzungsmitteln auch mit diesen Wirkstoffen sind nicht möglich. Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

d) Mehrkosten für alternative Zahnfüllungen

Wählen schwangere Versicherte im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Behandlung und Versorgung mit Zahnfüllungen eine über § 28 Abs. 2 S. 1 SGB V



hinausgehende Versorgung können sie die Mehrkosten für Alternativfüllungen mit Kunststoffen, Keramik und Metalllegierungen beanspruchen, sofern sie nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sind.

- e) Leistungen im Rahmen einer Hebammenrufbereitschaft  
Versicherte, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme oder einen freiberuflich tätigen Entbindungspfleger in Anspruch nehmen, können die Erstattung der Kosten für die vertraglich vereinbarte Rufbereitschaft der Hebamme/des Entbindungspflegers, die ihnen in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen, verlangen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme / der Entbindungspfleger gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme / des Entbindungspflegers und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. Der Erstattungsbetrag ist auf 250 Euro begrenzt. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.
  - f) Teilnahme einer Begleitperson am Geburtsvorbereitungskurs  
Schwangere Versicherte können als Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft die Erstattung von zusätzlichen Kosten beanspruchen, die ihnen dadurch entstehen, dass sie gemeinsam mit einer Begleitperson an einem Geburtsvorbereitungskurs durch eine(n) gemäß § 134a Absatz 2 SGB V zugelassene(n) oder gemäß § 13 Absatz 4 SGB V berechnigte(n) Hebamme / Entbindungspfleger teilnehmen.
  - g) Nutzung digitaler Erweiterungsangebote  
Nutzen schwangere Versicherte aufbauend auf den klassischen Geburtsvorbereitungskursen ein digitales Erweiterungsangebot (Onlinekurs) mit dem Ziel, erworbenes Wissen über alle relevanten Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nachhaltig zu festigen, können sie die Erstattung der Kosten hierfür beanspruchen. Voraussetzung ist, dass das Angebot von Hebammen/Entbindungspflegern unterbreitet wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechnigt sind und dass sich die digitalen Erweiterungsangebote am Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 SGB V - Anlage 1.2 „Leistungsbeschreibung zur Geburtsvorbereitung in der Gruppe“ orientieren. Kosten für die Teilnahme an weiteren Erweiterungsangeboten werden nicht erstattet.
- (2) Unabhängig von Absatz 1 erhält die Versicherte nach der Geburt ihres Kindes eine Willkommensbox für das Baby, deren Inhalt darauf ausgerichtet ist, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Neugeborenen (§ 23 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) entgegen zu wirken.

## **§ 11b**

### **Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für Kinder und Jugendliche vom vollendeten 12. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr**

- (1) Versicherte der AOK PLUS, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, erhalten im Rahmen der Versorgung nach § 31 SGB V unabhängig vom Vorliegen von Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel. Die Verordnung dieser Arzneimittel erfolgt durch den Vertragsarzt auf Muster 16 der Anlage 2 (Vordruckvereinbarung) zum Bundesmantelvertrag der Ärzte.
- (2) Von der Versorgung nach Absatz 1 sind Arzneimittel nicht umfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind.
- (3) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1, Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

**§ 11c**  
**Kostenerstattung bei Vorsorgeleistungen zur Zahngesundheit**

- (1) Versicherte der AOK PLUS erhalten einen Zuschuss zu den von ihnen ab vollendetem 18. Lebensjahr bei einem Vertragszahnarzt in Anspruch genommenen Leistungen der professionellen Zahnreinigung. Die professionelle Zahnreinigung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.

Der Betrag von bis zu 40,00 EUR pro Kalenderjahr wird auf Grundlage der nachgewiesenen Kosten erstattet.

- (2) Versicherte der AOK PLUS erhalten während einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden Apparaturen (Multibracket) im Sinne des § 29 Abs. 1 SGB V anstelle des Zuschusses nach Absatz 1 einen Zuschuss zu einer bei dem behandelnden Kieferorthopäden oder bei dem kieferorthopädisch behandelnden Zahnarzt in Anspruch genommenen erweiterten Prophylaxe. Die erweiterte Prophylaxe umfasst neben den in Absatz 1 Satz 2 genannten Leistungen das Entfernen und Wiedereingliedern der Bögen und aller Zusatzteile.

Der Betrag von bis zu 50,00 EUR pro Kalenderhalbjahr wird auf Grundlage der nachgewiesenen Kosten erstattet.

## **§ 11d** **Sportmedizinische Vorsorge**

- (1) Versicherte der AOK PLUS können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Die sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung kann als Basisuntersuchung oder als erweiterte Untersuchung erbracht werden, wobei die Basisuntersuchung mindestens eine Erhebung eines internistisch-kardiologischen und orthopädischen Ganzkörperstatus, ein Ruhe-EKG sowie eine eingehende Beratung zur empfohlenen Sportart und richtigem Training zu umfassen hat.
- (2) Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchung ein Belastungselektrokardiogramm erforderlich ist, können Versicherte der AOK PLUS anstelle einer Basisuntersuchung eine erweiterte Untersuchung in Anspruch nehmen. Diese hat mindestens die Erhebung eines internistisch-kardiologischen und orthopädischen Ganzkörperstatus, ein Belastungselektrokardiogramm sowie eine eingehende Beratung zur empfohlenen Sportart und richtigem Training zu umfassen. Ist nach ärztlicher Einschätzung ein Lungenfunktions-test erforderlich, kann die erweiterte Untersuchung um diesen ergänzt werden.
- (3) Für die Inanspruchnahme der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung bei approbierten Ärzten, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen, erstattet die AOK PLUS 90 Prozent des Rechnungsbetrages; jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 und maximal 100 Euro pro Behandlung nach Absatz 2 Satz 2, jedoch nicht mehr als 120 Euro pro Behandlung nach Absatz 2 insgesamt. Erstattungen nach Absatz 1 oder Absatz 2 können nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Durchführung einer sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung nach dieser Satzung beansprucht werden, für die bereits eine Erstattung erfolgt ist.
- (4) § 13 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt.

**§ 11e**  
**- nicht belegt -**

## **§ 11f Osteopathie**

- (1) Versicherte der AOK PLUS können auf Grund 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 und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem berufsrechtlich befugten Leistungserbringer durchgeführt wird, der aufgrund seiner Qualifikation Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen bzw. zur Aufnahme in das Therapeutenverzeichnis des Verbandes berechtigt.
  
- (2) Die AOK PLUS übernimmt die kalenderjährlichen Kosten für maximal drei Sitzungen je Versicherten in Höhe von jeweils 90 Prozent des Rechnungsbetrages, max. jedoch 60 EUR pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

## § 11g Vorsorgeuntersuchungen U 10, U 11 und J 2

- (1) Die AOK PLUS bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von Verträgen mit der Kassenärztlichen Vereinigung für den Freistaat Thüringen bzw. den Freistaat Sachsen als zusätzliche Präventionsangebote die Vorsorgeuntersuchungen U 10, U 11 und J 2 nach Maßgabe der folgenden Regelungen an.
- (2) Der Anspruch auf die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen besteht für bei der AOK PLUS versicherte Kinder und Jugendliche in folgenden Altersgruppen:
  - von 7 bis 8 Jahren für die U 10,
  - von 9 bis 10 Jahren für die U 11,
  - von 16 bis 17 Jahren die J 2.
- (3) Die nach dieser Regelung durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen dienen der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen in nicht geringfügigem Maße gefährden.

Folgende Leistungen sind Bestandteil dieser Regelung:

### U 10 – im Alter von 7 bis 8 Jahren

Die Vorsorgeuntersuchung umfasst die Erhebung der Vorgeschichte einschließlich der Verdachtsdiagnosen der letzten Vorsorgeuntersuchung, der Prüfung des Impfstatus sowie eine eingehende Untersuchung mit folgenden Zielen und Maßnahmen:

- Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie von Entwicklungsstörungen (z. B. Lese-Rechtschreib-Rechenstörungen),
- Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie von Störungen der motorischen Entwicklung und Verhaltensstörungen (z. B. ADHS: Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung),
- Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie von Zahn-, Mund- und Kieferanomalien,
- Beratung und Aufklärung der Anspruchsberechtigten bzw. der Eltern zu Bewegung und Sport, Suchtmitteln, Allergien, UV-Strahlung und Ernährung,
- Beratung und Aufklärung der Anspruchsberechtigten bzw. der Eltern zu den Ergebnissen der Untersuchung,
- Dokumentation der Ergebnisse in der Patientenakte.

### U 11 – im Alter von 9 bis 10 Jahren

Die Vorsorgeuntersuchung umfasst die Erhebung der Vorgeschichte einschließlich der Verdachtsdiagnosen der letzten Vorsorgeuntersuchung, der Prüfung des Impfstatus sowie eine eingehende Untersuchung mit folgenden Zielen und Maßnahmen:

- Erkennen und Behandlungseinleitung von Schulleistungsstörungen,
- Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie von Sozialisations- u. Verhaltensstörungen,
- Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie von Zahn-, Mund- und Kieferanomalien,
- Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie bei gesundheitsschädigendem Medienverhalten sowie gesundheitsbewusstes Verhalten (u. a. Ernährungs-, Bewegungs-, Stress-, Suchtberatung),
- Beratung und Aufklärung der Anspruchsberechtigten bzw. der Eltern zur Gewaltprävention,

- Beratung und Aufklärung der Anspruchsberechtigten bzw. der Eltern zu den Ergebnissen der Untersuchung,
- Dokumentation der Ergebnisse in der Patientenakte.

#### J 2 – im Alter von 16 bis 17 Jahren

Die Vorsorgeuntersuchung umfasst die Erhebung der Vorgeschichte einschließlich der Verdachtsdiagnosen der letzten Vorsorgeuntersuchung, der Prüfung des Impfstatus sowie eine eingehende Untersuchung mit folgenden Zielen und Maßnahmen:

- Erkennen und Behandlungseinleitung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, sowie Sozialisations- und Verhaltensstörungen,
  - Erkennen und Behandlungseinleitung bei Haltungstörungen, Kropfbildung,
  - Diabetes-Vorsorge,
  - Beratung zur Berufswahl bei vorliegenden Allergien und gesundheitlichen Störungen,
  - Beratung und Aufklärung der Anspruchsberechtigten ggf. der Eltern zu den Ergebnissen der Untersuchung,
  - Dokumentation der Ergebnisse in der Patientenakte.
- (4) Die Versicherten erhalten diese Leistungen von den aufgrund der Verträge berechtigten Vertragsärztinnen, Vertragsärzten oder zugelassenen Einrichtungen als Sachleistung nach näherer Maßgabe der Verträge.



## **§ 11h**

### **Mehrleistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung**

- (1) Die AOK PLUS übernimmt für ihre Versicherten unter den Voraussetzungen der Absätze 4 und 5 zusätzlich zu den gemäß § 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V von der AOK PLUS genehmigten Behandlungskosten weitere 25 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Leistungen der künstlichen Befruchtung.
- (2) Die AOK PLUS übernimmt für ihre männlichen Versicherten unter den Voraussetzungen der Absätze 4 und 5 eine im Zusammenhang mit einer Maßnahme der künstlichen Befruchtung medizinisch erforderliche testikuläre Spermienextraktion (TESE) zur Gewinnung des Spermias.
- (3) Die AOK PLUS übernimmt für ihre weiblichen Versicherten, die bei Antragstellung bereits das 35. Lebensjahr überschritten haben, unter den Voraussetzungen der Absätze 4 und 5 zur Erhöhung der Schwangerschaftsrate Leistungen des Assisted Hatching
  - bei bisher erfolgloser IVF bzw. erfolglosem ICSI-Versuch trotz Erfolg versprechender Embryonen oder
  - bei einer messbar verdickten Zona pellucida oder
  - bei Embryonen nach Kryokonservierung von Eizellen oder Vorkernzellen bei Krebserkrankung der Frau.
- (4) Die Versicherten erhalten die Leistung der Absätze 1 bis 3 entweder auf der Grundlage eines Vertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung für den Freistaat Thüringen oder mit der Kassenärztlichen Vereinigung für den Freistaat Sachsen von den aufgrund der Verträge berechtigten Vertragsärztinnen, Vertragsärzten oder zugelassenen Einrichtungen als Sachleistung. Art, Umfang und Dauer der Leistungen bestimmen sich nach dem genehmigten Behandlungsplan und der jeweils für den Vertragsarzt geltenden Vereinbarung und sind der Höhe nach auf die dort vereinbarte Vergütung beschränkt. Die Leistungen können nur im Geltungsbereich und unter Einhaltung des deutschen Embryonenschutzgesetzes beansprucht werden.
- (5) Versicherte der AOK PLUS, denen eine Leistungsanspruchnahme als Sachleistungen gemäß Absatz 4 nicht möglich ist, erhalten anstelle der den Absätzen 1 bis 4 entsprechenden Sachleistungen für die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt, einer Vertragsärztin oder zugelassenen Einrichtung einen Zuschuss maximal in Höhe der jeweils gemäß Absatz 4 vereinbarten Sachleistungsvergütung. Ist für den KV-Bezirk des Vertragsarztes, der Vertragsärztin oder behandelnden Einrichtung kein Vertrag im Sinne des Absatzes 4 abgeschlossen, beträgt der Zuschuss für die Leistung nach Absatz 2 maximal 300,00 EUR und für die nach Absatz 3 maximal 200,00 EUR. Die Versicherten erhalten den Zuschuss in Form einer Kostenerstattung nach Vorlage des genehmigten Behandlungsplanes, der Originalrechnung des Leistungserbringers und des Zahlungsnachweises des Versicherten als Nachweis der Anspruchsvoraussetzung und als Zahlungsbegründende Unterlagen.
- (6) Versicherte der AOK PLUS erhalten für eine im Zusammenhang mit einer Maßnahme der künstlichen Befruchtung medizinisch notwendige und wegen einer Krebserkrankung (gesicherte Indikation Hoden- bzw. Eierstock-/Gebärmutterkrebs) erforderliche Kryokonservierung, die im Geltungsbereich und unter Einhaltung des deutschen Embryonenschutzgesetzes vorgenommen wird, einen Zuschuss zu den dafür anfallenden Kosten in Höhe
  - der Konservierung von maximal 400,00 EUR und
  - der Miete für maximal 3 Jahre von je 200,00 EUR,

jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

Die Versicherten erhalten den Zuschuss in Form einer Kostenerstattung nach Vorlage der Originalrechnung des Leistungserbringers und des Zahlungsnachweises des Versicherten als Nachweis der Anspruchsvoraussetzung und als zahlungsbegründende Unterlagen, sofern die Voraussetzungen nach Abs. 4 letzter Satz erfüllt sind.

## § 11i

### **Erweiterte Diabetes-Vorsorge im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Check-up 35 („Check-up PLUS“)**

- (1) Zusätzlich und zeitgleich zu jedem Check-up 35 bietet die AOK PLUS ihren Versicherten ab 1. November 2013 auf der Grundlage von Verträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen für den Freistaat Sachsen bzw. den Freistaat Thüringen erweiterte Leistungen zur Diabetes-Vorsorge an. Hierzu gehören eine spezielle Risikoanalyse durch ärztliche Auswertung des Risikoselbsterhebungsbogens, die Bestimmung des Tailenumfanges, die Bestimmung des Serum-Kreatinin-Wertes sowie weiterer Laborparameter, soweit diese in Auswertung der Risikoanalyse nach ärztlicher Einschätzung erforderlich sind. Ziel ist es, durch Auswertung der erhobenen Parameter bei einem Diabetes-Risiko bzw. einer bisher unentdeckten Diabetes-Erkrankung frühzeitig präventive oder kurative Maßnahmen einzuleiten, um Folgeerkrankungen zu verhindern.
- (2) Anspruchsberechtigt sind Versicherte der AOK PLUS, soweit
  - sie Anspruch auf die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V haben,
  - zum Zeitpunkt der Durchführung der erweiterten Diabetes-Vorsorge noch kein Diabetes mellitus (ICD-10-Codierung E10 - E14) diagnostiziert ist und
  - sie das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (3) Die Versicherten erhalten diese zusätzlichen Leistungen nach Maßgabe der Verträge zur Diabetes-Vorsorge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen und Thüringen von Vertragsärztinnen und -ärzten, die zur Durchführung der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732) gemäß § 25 Abs. 1 SGB V berechtigt sind und ihren Kassenarztsitz im Freistaat Sachsen bzw. im Freistaat Thüringen haben. Die Einzelheiten regeln die Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen.

**§ 11j**  
**Hautkrebsvorsorge „Ganzkörperuntersuchung Haut-Check“**

- (1) Versicherte der AOK PLUS ab dem vollendeten 14. Lebensjahr bis zum Alter von 34 Jahren können in jedem zweiten Kalenderjahr an der Hautkrebsvorsorge „Ganzkörperuntersuchung Haut-Check“ teilnehmen. Die Hautkrebsvorsorge umfasst die Hauttypbestimmung, die vollständige Untersuchung der Haut, bei ärztlich festgestellter Erforderlichkeit auch durch Auflichtmikroskopie sowie die gesundheitspädagogische Beratung zum Hauttyp mit einer gezielten Aufklärung über die Risiken von UV-Strahlung.
- (2) Versicherte ab vollendetem 35. Lebensjahr können im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Hautkrebs-Screening bei ärztlich festgestellter Erforderlichkeit die Auflichtmikroskopie in Anspruch nehmen.
- (3) Die Versicherten erhalten diese Leistungen von den aufgrund der Verträge berechtigten Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder zugelassenen Einrichtungen, in denen solche Vertragsärzte sind, als Sachleistung nach näherer Maßgabe der Verträge, welche zwischen der AOK PLUS und der Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen bzw. Thüringen geschlossen wurden.

**§ 11k**  
**Mehrleistung für Flash-Glukose-Messsysteme**

- (1) Die AOK PLUS übernimmt die Kosten für die Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem zur Messung der Zuckerwerte im Zwischenzellraum bestehend aus einem Lesegerät und den dazugehörigen Sensoren.
- (2) Voraussetzungen für die Kostenübernahme sind, dass
  - die Versicherten bei einem Diabetes mellitus eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie durchführen,
  - ein an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmender oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt, der Facharzt für Diabetologie ist oder eine Zusatzausbildung im Bereich der Diabetologie absolviert hat, die Notwendigkeit der Versorgung mit dem Flash-Glukose-Messsystem bestätigt und entsprechend verordnet hat,
  - die AOK PLUS vor Versorgungsbeginn eine Genehmigung ausgesprochen hat, die mit einer Nebenbestimmung versehen werden kann,
  - die Einweisung und Schulung in den Gebrauch vor der Anwendung sichergestellt ist und der Behandlungsverlauf dokumentiert wird,
  - Dritten, insbesondere Herstellern, der Zugriff auf personenbezogene Daten nicht möglich ist.
- (3) Für das Lesegerät übernimmt die AOK PLUS einmalig einen Betrag bis zu 59,90 EUR und für die Sensoren höchstens 59,90 EUR je Sensor alle zwei Wochen. Die Versicherten haben die gesetzliche Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V zu entrichten.

## **§ 12** **Mehrleistungen zur Haushaltshilfe**

Soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, stellt die AOK PLUS über die in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen Haushaltshilfe auch dann zur Verfügung, wenn

1. nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushaltes wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von sechs Wochen oder
2. nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushaltes wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, längstens jedoch für die Dauer von 52 Wochen, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Liegen 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. Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten schließt Haushaltshilfe nach Satz 1 zur Versorgung des Kindes nicht aus.

**§ 13**  
**Sonderregelungen bei Krankengeld**

- (1) 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**  
**nicht belegt**



## **§ 15 Kostenerstattung**

- (1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden. Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer ist möglich, wenn die AOK PLUS zuvor zugestimmt hat.
- (2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK PLUS unter Verwendung des dafür bereitgestellten Vordruckes. Die gewählte Kostenerstattung beginnt frühestens mit dessen Zugang und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung. Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen.
- (3) Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz in Anspruch genommen werden, nach Maßgabe des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind.
- (4) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend
  - a) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von fünf Prozent,
  - b) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 7,5 Prozent

zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag mindestens 5,00 EUR und höchstens 40,00 EUR beträgt. Die AOK PLUS kann bei Kostenerstattungsanträgen nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V, deren Rechnungsbetrag 100,00 EUR nicht übersteigt, pauschal 70 v. H. des Rechnungsbetrags erstatten.

- (5) Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V abweichend von Absatz 4 Satz 2 nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. Absatz 2 findet keine Anwendung. Der Erstattungsbetrag ist um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen, um einen Abschlag für Verwaltungskosten und um weitere Beträge nach Satz 4 zu mindern. Bei der Berechnung des Erstattungsbetrages werden die anfallenden Mehrkosten gegenüber einem Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 3 SGB V sowie - bei Abgabe anstelle eines Arzneimittels mit Vertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V für die AOK PLUS - die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V in Höhe einer von der AOK PLUS festzusetzenden Pauschale sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V berücksichtigt. Die Summe des Minderebetrages je Antrag beträgt mindestens 5,00 EUR.
- (6) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zu Grunde gelegt.

## **§ 16** **Teilkostenerstattung**

- (1) Für freiwillig versicherte Angestellte der AOK PLUS, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind (DO-Angestellte), besteht die Möglichkeit, eine Teilkostenerstattung nach § 14 Absatz 2 SGB V zu wählen. Diese wird bei der AOK PLUS als Teilkostenversicherung durchgeführt.
- (2) Die Wahl ist schriftlich zu erklären; sie wirkt bis zum Ablauf des Jahres, das dem der Erklärung nachfolgt und gilt zugleich als Entscheidung für den Wahltarif bei Teilkostenversicherung nach § 16a. Die Geltungsdauer der Erklärung verlängert sich um jeweils ein Kalenderjahr, wenn bis zum Ablauf des jeweiligen Zeitraumes keine gegenteilige Erklärung vorliegt. Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.
- (3) Bei der Teilkostenversicherung gilt für Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld der ermäßigte Beitragssatz; für Renten, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragssatz. Die Beitragsberechnung erfolgt nach den Grundsätzen des SGB V und unter Berücksichtigung des Zusatzbeitrages nach § 22.
- (4) Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend auch für DO-Angestellte, die beim AOK-Bundesverband oder einem anderen AOK-Verband beschäftigt sind sowie für Versorgungsempfänger und freiwillig versicherte Hinterbliebene der DO-Angestellten und Versorgungsempfänger.

**§ 16a**  
**Wahltarif bei Teilkostenversicherung**

- (1) Den Mitgliedern im Wahltarif Teilkostenversicherung nach § 53 Absatz 7 SGB V wird entsprechend der Leistungsbeschränkung monatlich eine Prämie gezahlt (§ 53 Absatz 7 und 8 SGB V).
- (2) Die Leistungsbeschränkung bemisst sich nach dem jeweils maßgeblichen Vomhundertsatz des individuellen Beihilfebemessungssatzes des Mitglieds nach § 57 der SächsBhVO.
- (3) Grundlage für die Prämie ist der monatliche Beitrag. Die Prämienzahlung wird mit dem vom Mitglied zu entrichtenden monatlichen Beitrag verrechnet.
- (4) Bei Änderungen des individuellen Beihilfebemessungssatzes gemäß § 57 Absatz 2 SächsBhVO wird die Prämie in Höhe und Zeitpunkt entsprechend angepasst. Erhöht sich der Bemessungssatz, ändert sich die Prämie mit Beginn des Monats, sinkt er, ändert sich die Prämie mit dem Folgemonat. Tatsachen, die zu einer Änderung des fiktiven Beihilfebemessungssatzes führen, hat das Mitglied unverzüglich mitzuteilen.

**§ 17**  
**Modellprojekte nach den §§ 63 ff. SGB V**

- (1) Die AOK PLUS vereinbart zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten Modellprojekte gemäß den §§ 63 ff. SGB V. Die Teilnahme der Versicherten richtet sich nach den §§ 17a ff dieser Satzung.
- (2) Versicherte können auch an Modellprojekten teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb der Regionen Sachsen und Thüringen als Modellprojekt nach den §§ 63 ff. SGB V durchgeführt werden.

## § 17a

### Modellprojekt zur Strahlentherapie-Behandlung von Versicherten mit Protonenstrahlen „Protonentherapie“

- (1) Zur Behandlung von Versicherten mit Protonenstrahlen führt die AOK PLUS gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden (UKD) auf der Grundlage einer Modellvereinbarung ein Modellprojekt nach § 63 Abs. 2 SGB V durch. Ziel und Gegenstand des Modellprojektes ist, durch den gezielten und qualitätsgesicherten Einsatz der Protonentherapie in den Indikationsbereichen des Modellprojektes einen Beitrag zur Evaluation ihres therapeutischen Nutzens sowie ihrer medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu leisten. In diesem Zusammenhang soll die Versorgungs- und Prozessqualität bei der Behandlung Versicherter der AOK PLUS mit schwerwiegenden onkologischen Erkrankungen erprobt und verbessert sowie deren Lebensqualität unter der Behandlung mit Protonenstrahlen gesteigert werden. Im Ergebnis des Modellprojektes sollen valide Aussagen zur Versorgungsrelevanz und zu den finanziellen Auswirkungen getroffen werden. Zu diesem Zweck wird das Modellprojekt wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Das UKD führt auch eigene Studien zur Effektivität der Protonentherapie durch und beteiligt sich perspektivisch an multizentrischen Studien und Evaluationen der Nutzenbewertung der Protonentherapie im Vergleich zur Standard-Photonentherapie.
- (2) Versicherte der AOK PLUS mit schwerwiegenden onkologischen Erkrankungen können auf medizinische Empfehlung des UKD im Rahmen eines entsprechenden Behandlungsvertrages mit dem UKD aufgrund einer freiwilligen schriftlichen Teilnahme- und Einwilligungserklärung am Modellprojekt teilnehmen, soweit bei Beginn der Behandlung diese nicht durch einen ablehnenden Beschluss des G-BA ausgeschlossen ist. Die vom Modellprojekt konkret umfassten Erkrankungsbilder sind in der Modellvereinbarung geregelt und können der Patienteninformation zum Modellprojekt entnommen oder bei der AOK PLUS bzw. unter [www.aokplus.de](http://www.aokplus.de) abgefordert werden. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach vorheriger Aufklärung; maßgebend ist das letzte Datum aller auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung geleisteten Unterschriften. Die Teilnahme endet mit der Beendigung des Behandlungsvertrages oder mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS. Sie kann jederzeit vom Versicherten ohne Angabe von Gründen gegenüber dem UKD oder gegenüber der AOK PLUS gekündigt werden. Das Nähere regeln der Behandlungsvertrag mit dem UKD, der patientenindividuelle Therapieplan, die Modellvereinbarung und die Teilnahmebedingungen zu dieser, denen die Versicherten mit der Teilnahmeerklärung zustimmen. Die Musterteilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten ist als Anlage Bestandteil der Modellvereinbarung.
- (3) Der konkrete Behandlungsablauf und –umfang sowie die Eignung der Patienten und die Entscheidung für die Therapie bestimmen sich in der Verantwortung des UKD ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten und unter Beachtung des geltenden medizinischen Standards. Die Behandlung mit Protonentherapie im Rahmen des Modellprojektes kann folgende Behandlungsschritte umfassen:
  - Erörterung der Krankheit, Beratung und Untersuchung des Patienten,
  - MRT-/CT-Untersuchung zur Bestrahlungsplanung, Anfertigen von Lagerungshilfen,
  - Erstellung des Bestrahlungsplanes einschließlich Berechnung der 3D-Dosisverteilung, Simulation der Felder sowie Lagerungskontrolle am MRT/CT,
  - Bestrahlung mit Protonen einschließlich Lagerungskontrolle mit einem 3D-Navigationssystem,
  - Strahlentherapeutisches Abschlussgespräch und strahlentherapeutische Abschlussuntersuchung zur Protonenbestrahlung,

- Krankheits- und Befundbericht, einschließlich der vereinbarten Dokumentation,
  - erste Nachuntersuchung (auch ggf. aufgrund strahlenschutzrechtlicher Bestimmungen) innerhalb eines Zeitraumes von maximal drei Monaten nach Abschluss der Bestrahlung.
- (4) Die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung gelten uneingeschränkt. Insbesondere gelten die Zuzahlungsregelungen des SGB V. Das UKD informiert die Versicherten über die gesetzliche Zuzahlungsverpflichtung. Der Zuzahlungseinzug richtet sich nach den Bestimmungen des SGB V.
- (5) Das Modellprojekt beginnt mit Inkrafttreten der Satzungsregelung und hat eine Laufzeit von fünf Jahren. Es kann bis zu einer Gesamtdauer von acht Jahren verlängert werden. Der Verlängerungszeitraum beträgt mindestens ein Jahr.

**§ 17b**  
**- nicht belegt -**

**§ 17c**  
**Modellprojekt**  
**zur Optimierung der Arzneimittelversorgung bei Versicherten, die viele Arzneimittel einnehmen müssen „ARMIN – Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen“**

- (1) Die AOK PLUS führt ein Modellprojekt nach § 63 Abs. 1 SGB V zur Weiterentwicklung von Verfahrens- und Organisationsformen der Leistungserbringung mit dem Fokus der Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung von Patienten mit Polypharmazie durch. Ziel dieses Modellprojektes ist die Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch den Ausschluss von Wechselwirkungen und die Förderung der Therapietreue unter Nutzung IT-gestützter Maßnahmen der am Medikationsprozess beteiligten Ärzte und Apotheker. Mit dem Modellprojekt sollen die Lebensqualität der teilnehmenden Versicherten gesteigert und Krankenhausaufenthalte infolge von Wechselwirkungen von Medikamenten vermindert werden. Das Modellprojekt wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet.
- (2) Versicherte der AOK PLUS ab vollendetem 18. Lebensjahr, die nicht auf Dauer in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht sind und deren chronische Erkrankungen gleichzeitig mit mindestens fünf Wirkstoffen dauerhaft systemisch behandelt werden, soweit es sich hierbei nicht um Antiinfektiva oder Wirkstoffe zur Behandlung von Schmerzen im Rahmen von Akuttherapien oder um Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen mit geringem Risikopotential handelt, können sich aufgrund einer freiwilligen schriftlichen Teilnahme- und Einwilligungserklärung ab 1. Januar 2015 in das Modellprojekt einschreiben. Die erfolgreiche Einschreibung wird den Versicherten schriftlich mitgeteilt. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Maßgebend ist das letzte Datum aller auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung geleisteten Unterschriften.
- (3) Mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung wählen die Versicherten aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Ärzte einen aus und verpflichten sich, für die Inanspruchnahme der Leistungen des Medikationsmanagements nur den gewählten Arzt aufzusuchen.

Darüber hinaus wählen Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Apotheken eine aus und verpflichten sich, für die Versorgung mit Arzneimitteln nur diese in Anspruch zu nehmen.

Ein Wechsel des Arztes oder der Apotheke während der Teilnahme am Modellprojekt ist nur zulässig bei:

- a. Beendigung der Teilnahme des bisherigen Arztes/der bisherigen Apotheke an diesem Vertrag,
- b. Umzug des bisherigen Arztes/der bisherigen Apotheke und Unzumutbarkeit der Entfernung für den Versicherten,
- c. Umzug des Versicherten und Unzumutbarkeit der Entfernung zum bisherigen Arzt oder zur bisherigen Apotheke,
- d. nachhaltig gestörtes Vertrauensverhältnis,
- e. wesentlicher Verbesserung der wohnortnahen Versorgung,
- f. Ruhen der kassenärztlichen Zulassung für länger als drei Monate einschließlich der Rückkehr des Versicherten.

Versicherte wirken aktiv an der Aktualisierung des Medikationsplanes mit. Sie unterrichten den betreuenden Arzt und/oder die betreuende Apotheke insbesondere über Änderungen und Ergänzungen im Medikationsprofil. Außerhalb unaufschiebbarer Leistungen kontaktieren sie vor Inanspruchnahme von stationären Behandlungen den



von ihnen gewählten Arzt.

- (4) Die Teilnahme kann durch die Versicherten ohne Angabe von Gründen erstmalig zum Ablauf eines Jahres ab Beginn gekündigt werden. Danach ist eine Kündigung jeweils zum Ende des Kalenderjahres möglich.

Die Kündigung ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Jahres bzw. zum Ende des Kalenderjahres schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erklären.

Das Recht zur schriftlichen außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende bleibt hiervon unberührt.

Die Teilnahme endet außer durch Kündigung auch, wenn:

- a. der gewählte Arzt oder die gewählte Apotheke nicht mehr an diesem Vertrag teilnehmen und Versicherte keinen anderen teilnehmenden Arzt bzw. keine andere teilnehmende Apotheke wählen oder
- b. ein Wechsel der Versicherten zu einem Arzt und/oder Apotheke vorliegt, die nicht Vertragspartner sind oder
- c. das Versicherungsverhältnis zur AOK PLUS endet oder
- d. bei dauerhafter Nichtinanspruchnahme des gewählten Arztes und/oder Apotheke.

Nach Beendigung ist eine erneute Teilnahme am Modellprojekt vor Ablauf eines Jahres nicht möglich.

- (5) Kommen Versicherte den Verpflichtungen aus diesem Modellprojekt nicht nach, können sie für die Dauer von einem Jahr von der Teilnahme am Modellprojekt ausgeschlossen werden. Die AOK PLUS informiert die Versicherten schriftlich über den Ausschluss und die Gründe.
- (6) Die AOK PLUS kann teilnehmenden Ärzten und Apotheken Versicherte vorschlagen, die gezielt auf eine Modellteilnahme hin angesprochen werden können. Gemäß § 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V werden dazu Verordnungsdaten ausgewertet. Versicherte können bei der AOK PLUS schriftlich der Weitergabe ihrer Versichertennummer an teilnehmende Ärzte und Apotheken widersprechen.
- (7) Das Nähere regeln die Teilnahmebedingungen zum Modellvertrag, denen die Versicherten mit der Teilnahmeerklärung zustimmen. Die Musterteilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten ist als Anlage Bestandteil des Versorgungsvertrages.
- (8) Grundlage des Modellprojekts ist ein zwischen der AOK PLUS und den Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsens (KVS) und Thüringens (KVT) sowie den Apothekerverbänden Sachsens (SAV) und Thüringens (ThAV) zu schließender Modellvertrag, an dem ambulant tätige Ärzte (Vertragsärzte) und Apotheken (Vertragsapotheken) teilnehmen können. Während des Modellprojektes soll der Vertragsarzt im Rahmen seiner Therapiefreiheit vorrangig Wirkstoffe statt Fertigarzneimittel unter Berücksichtigung eines zwischen den Vertragsparteien vereinbarten und fortzuschreibenden Medikationskatalogs verordnen. Mit der Arzneimittelverordnung wird für jeden an dem Modellprojekt teilnehmenden Versicherten ein einheitlicher IT-gestützter Medikationsplan, der alle vom Vertragsarzt verordneten und vom Versicherten käuflich erworbenen Arzneimittel enthält, erstellt und fortgeschrieben. Auf der Grundlage des Medikationsplanes führen Vertragsapothekende und Vertragsarzt in enger Abstimmung das Medikationsmanagement durch. Das Nähere regelt der Modellvertrag. Soweit durch den Modellvertrag keine

abweichenden Regelungen getroffen werden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung uneingeschränkt.

- (9) Das Modellprojekt beginnt am 1. April 2014 und endet am 31. Dezember 2018.

**§ 17d**  
**- nicht belegt -**

## **§ 17e** **Modellprojekt „Tabakentwöhnungsprogramm“**

- (1) Die AOK PLUS führt das Modellprojekt „Tabakentwöhnungsprogramm“ nach § 63 Abs. 2 SGB V zur Verhütung und Früherkennung sowie zur Verbesserung der Krankenbehandlung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) bei Fachärzten durch, die am Modellprojekt teilnehmen.
- (2) Ziel des Modellprojektes ist die Erprobung eines modular aufgebauten Tabakentwöhnungsprogrammes, welches individuell an den Bedürfnissen des Versicherten ausgerichtet wird. Eine medikamentöse Therapie sowie eine psychotherapeutische Behandlung sind integraler Bestandteil des Modellprojektes und werden zur Unterstützung der Tabakentwöhnung eingesetzt.
- (3) Versicherte der AOK PLUS ab dem vollendeten 18. Lebensjahr sind auf Empfehlung des am Modellprojekt teilnehmenden Facharztes teilnahmeberechtigt, sofern sie für die medizinische Teilnahme geeignet sind und folgendes Profil aufweisen:

- aktiver Raucherstatus
- Aufweisen erster fördernder Symptome einer COPD oder
- Aufweisen eines gesicherten COPD-Diagnose

Eine Teilnahme des Versicherten ist insbesondere dann ausgeschlossen, wenn der Facharzt nach den im Modellprojekt abgestimmten Kriterien einen medizinischen Ausschlussatbestand feststellt, aufgrund dessen die Teilnahme des Versicherten nicht empfehlenswert oder nicht möglich ist.

- (4) Die Teilnahme am Modellprojekt ist freiwillig und muss schriftlich vom Versicherten gegenüber der AOK PLUS bis spätestens 30. Juni 2015 erklärt werden. Die Teilnahme-möglichkeit kann durch Beschluss des Vorstandes um ein weiteres Kalenderjahr verlängert werden, wenn aufgrund einer zu geringen Teilnahmezahl eine solide Datenlage für die Evaluation nicht erreicht werden kann. Der Verwaltungsrat wird im Vorfeld vom Vorstand unterrichtet.
- (5) Das Modellprojekt umfasst im Einzelnen folgende Leistungen:
  - Die Tabakentwöhnung (insbesondere bestehend aus Diagnostik/Eingangstest, motivierender Beratung mit Darstellung der Risiken sowie der Planung, Einleitung und Durchführung der für das Modellprojekt festgelegten Entwöhnungsmaßnahme) durch den teilnehmenden Facharzt.
  - Die nach Maßgabe der Modellverträge ausgewählten und vom teilnehmenden Facharzt im Rahmen der Entwöhnung verordneten Medikamente.
  - Die Nachsorge und Begleitung über 12 Monate durch den teilnehmenden Facharzt.
  - Die Durchführung der Entwöhnung sowie der Nachsorge und Begleitung unter qualifizierter psychologischer Betreuung nach Maßgabe der Modellverträge und bei Feststellung des Bedarfes durch den teilnehmende Facharzt.
- (6) Die im Abs. 5 genannten Leistungen erhalten die Versicherten von den aufgrund der Verträge berechtigten teilnehmenden Vertragsärzten und Psychotherapeuten nach näherer Maßgabe der Verträge der AOK PLUS über die Durchführung des Tabakentwöhnungsprogrammes im Rahmen dieses Modellprojektes nach §§ 63 ff. SGB V.
- (7) Das Modellprojekt beginnt am 1. Juli 2013 und ist auf 5 Jahre befristet.

**§ 18**  
**Wahltarife nach § 53 SGB V**

- (1) Die AOK PLUS bietet Mitgliedern und Versicherten Wahltarife gemäß § 53 SGB V an.
- (2) Die Einzelheiten und besonderen Bedingungen richten sich nach den §§ 16a und 18a ff. dieser Satzung.

**§ 18a**  
**Wahltarif „AOK PLUS aktiv“**

- (1) Die AOK PLUS bietet einen Wahltarif „AOK PLUS aktiv“ nach § 53 Abs. 1 SGB V an. Der Wahltarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils eine Prämie sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben.
- (2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Wahltarifes „AOK PLUS aktiv“. Die Erklärung zur Wahl des Tarifs kann auch unter Nutzung des Onlineangebots abgegeben werden. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Tarif und den Bonusprogrammen nach § 19a und § 19b dieser Satzung ist nicht möglich. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. Werden Mitgliedsbeiträge während der Geltungsdauer des Wahltarifes „AOK PLUS aktiv“ vorübergehend vollständig von Dritten getragen oder wird die Mitgliedschaft vorübergehend unterbrochen, ruht der Wahltarif solange. Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Wahltarif „AOK PLUS aktiv“ abweichend von Satz 5 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
- (3) Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen eine Prämie erhalten. Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen durch Selbstauskunft. Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt im jeweiligen Kalenderjahr zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse. Der Wechsel der Tarifklasse bewirkt keine Verlängerung der Bindungsfrist gemäß § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V. Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen.

Tarifklasse	Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr	Prämie je Kalenderjahr in EUR	Pauschaler Selbstbehalt je ambulante Behandlung, der mit einer Arznei-, Verband- oder einer Heilmittelverordnung einhergeht, in EUR	Pauschaler Selbstbehalt je vollstationärem Krankenhausaufenthalt in EUR	Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte je Kalenderjahr in EUR
1	bis 18.000 €	100,00	25,00	0	125,00
2	18.001 - 24.000 €	150,00	37,50	75,00	230,00
3	24.001 - 30.000 €	250,00	62,50	125,00	330,00
4	30.001 - 36.000 €	350,00	87,50	175,00	440,00
5	36.001 - 50.850 €	450,00	112,50	225,00	550,00
6	ab 50.851 €	600,00	150,00	300,00	720,00

Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf Antrag des Mitglieds zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Monats möglich.

- (4) Die AOK PLUS hat den Unterschiedsbetrag von Prämie und Selbstbehalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres

zu ermitteln. Ist die Prämie höher als die Summe der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Die AOK PLUS kann dem Tarifwähler auf Antrag eine Vorauszahlung auf künftige Unterschiedsbeträge von Prämie und Selbstbehalten in Höhe von bis zu 100 vom Hundert der Prämie im Kalenderjahr zahlen. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt. Ist die Summe der Selbstbehalte höher als die Prämie, ist der Unterschiedsbetrag 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK PLUS fällig. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich die Prämie und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.

**§ 18b**  
**nicht belegt**



**§ 18c**  
**Wahltarif „AOK PLUS dental“**

- (1) Die AOK PLUS bietet einen Wahltarif „AOK PLUS dental“ nach § 53 Abs. 4 SGB V an. Der Wahltarif hat die Verdopplung des Festzuschusses für medizinisch notwendigen Zahnersatz zum Gegenstand.
- (2) Mitglieder können für sich und/oder für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen den Tarif wählen. Die Erklärung zur Wahl des Tarifs bedarf grundsätzlich der Schriftform. Sie kann auch unter Nutzung des Onlineangebots abgegeben werden. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Das Mitglied ist an den Tarif ein Jahr gebunden (Mindestbindungsfrist). Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. Die Teilnahme am Tarif wird durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS nicht berührt; dies gilt insbesondere auch bei einem Wechsel in eine Familienversicherung.
- (3) Die Teilnehmer erhalten unter Berücksichtigung der Sätze 2 bis 9 die von der AOK PLUS nach § 55 Abs. 1 SGB V berechneten Erstattungsbeträge für medizinisch notwendigen Zahnersatz verdoppelt, sofern dieser von einem Vertragszahnarzt eingegliedert wurde und sowohl die Erstellung des Heil- und Kostenplans als auch die Eingliederung des Zahnersatzes frühestens nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten ab Beginn der Teilnahme am Tarif erfolgt sind. Die Wartezeit nach Satz 1 gilt nicht für Teilnehmer, deren Tarifbeginn vor dem 01.01.2011 liegt. Der Anspruch ist auf den Rechnungsbetrag begrenzt und nachzuweisen. § 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend.

Der Anspruch auf Erstattung aus diesem Tarif ist in den ersten drei Jahren nach Abschluss des Kostenerstattungstarifs abweichend von Satz 1 wie folgt begrenzt:

1. Jahr maximal 250,00 EUR begrenzt auf den Rechnungsbetrag
2. Jahr maximal 500,00 EUR begrenzt auf den Rechnungsbetrag
3. Jahr maximal 750,00 EUR begrenzt auf den Rechnungsbetrag

Die erworbenen Ansprüche bleiben erhalten, sofern der Tarif endet, weil sich der Teilnehmer nicht mehr bei der AOK PLUS versichern darf und er den Tarif innerhalb von 12 Monaten nach Versicherungsende wieder wählt.

Wird der Kostenerstattungstarif über das dritte Jahr fortgeführt, besteht ein voller Kostenerstattungsanspruch nach Satz 1. Der Erstattungsanspruch erhöht sich mit der Dauer der Kostenerstattungstarifteilnahme wie folgt:

- ab dem 7. Jahr nach Abschluss des Kostenerstattungstarifs um 5 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 1
- ab dem 10. Jahr nach Abschluss des Kostenerstattungstarifs um 10 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 1
- ab dem 13. Jahr nach Abschluss des Kostenerstattungstarifs um 20 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 1.

Sämtliche Zahlungen, unabhängig davon ob sie ein Mitglied oder familienversicherte Teilnehmer betreffen, werden mit schuldbefreiender Wirkung auf das vom Mitglied angegebene Bankkonto überwiesen.

- (4) Sofern ein Tarifbeitrag nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Kos-

tenerstattung ab diesem Zeitpunkt. Darüber hinaus sind Kosten des Verzuges von mindestens 10 EUR zu erheben, soweit keine höheren Kosten nachgewiesen werden. Der Anspruch auf Kostenerstattung ruht bis zu dem Tag, an dem der Tarifbeitrag sowie die von der AOK PLUS geltend gemachten Kosten vollständig entrichtet wurden. Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn der Tarifbeitrag sowie die von der AOK PLUS aufgrund der Nichtzahlung des Tarifbeitrags geltend gemachten Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet werden oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft.

- (5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils einen monatlichen Tarifbeitrag an die AOK PLUS zu zahlen, der im Voraus für den Kalendermonat oder wahlweise für ein Jahr im Voraus zu entrichten ist. Der Tarifbeitrag ist fällig am 15. Kalendertag des Vormonats.

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

Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK PLUS ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Tarifbeiträge zu erteilen.

Zur Bestimmung des monatlichen Tarifbeitrags in den ersten drei Jahren der Teilnahme am Tarif ist das Alter des Teilnehmers zu Beginn der Teilnahme maßgeblich. Zur Bestimmung des monatlichen Tarifbeitrags in jedem sich anschließenden Verlängerungsjahr ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Verlängerungsjahres maßgeblich, für das der Tarifbeitrag zu entrichten ist.

Es gelten die folgenden Konditionen:

Altersklassen	Monatlicher Tarifbeitrag in EUR
bis 20 Jahre	1,95
21 bis 60 Jahre	5,95
ab 61 Jahre	11,95

- (6) Die Teilnahme am Tarif endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres.

Erfolgt keine Kündigung des Tarifs, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit Ende der Versicherung bei der AOK PLUS. Versicherungsunterbrechungen von grundsätzlich 8 Wochen sind für die Durchführung des Tarifs unschädlich, sofern der Versicherte dem nicht widerspricht.

Die AOK PLUS kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Tarifbeitragszahlung trotz Mahnung nicht nachgekommen ist. Die Teilnahme am Tarif endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifs bekannt gegeben wird.

Das Mitglied kann den Tarif vorzeitig durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK PLUS kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung des Tarifbeitrags an

die AOK PLUS für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK PLUS zugeht. Ein besonderer Härtefall liegt insbesondere vor, wenn das Mitglied unverschuldet in eine wirtschaftliche Notlage geraten ist. Ein besonderer Härtefall ist insbesondere anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) im Sinne des § 18 SGB IV nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 v. H. der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist. Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

Im Falle einer nicht altersbedingten Erhöhung des Tarifbeitrages über 10 v. H. kann der Tarif bis zum Ablauf des Kalendermonats gekündigt werden, in dem die Erhöhung in Kraft tritt.

Eine erneute Teilnahme am Tarif ist nach einer Kündigung erst wieder nach Ablauf von 12 Monaten nach Tarifende möglich.

Für die Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK PLUS nicht möglich. Die Mitgliedschaft zur AOK PLUS kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Abs. 2, Satz 5, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4, Satz 1 SGB V gekündigt werden.

- (7) Im Übrigen gelten die Vorschriften der §§ 51, 52 SGB I, 25, 26 Abs. 2, 27, 28 SGB IV entsprechend.

**§ 18d**  
**Wahltarif „AOK PLUS weltweit“**

- (1) Die AOK PLUS bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V an. Der Wahltarif hat die Kostenerstattung für Leistungen im Ausland zum Gegenstand. Der Tarif erstreckt sich von vornherein auf vorübergehende Auslandsaufenthalte von zusammenhängend höchstens 56 Kalendertagen.
- (2) Mitglieder mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland können für sich und/oder für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland diesen Tarif wählen. Länder, in denen Teilnehmer einen weiteren Wohnsitz haben, gelten nicht als Ausland im Sinne dieses Tarifs. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Die Erklärung zur Wahl des Tarifs bedarf grundsätzlich der Schriftform. Sie kann auch unter Nutzung des Onlineangebots abgegeben werden. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahl-erklärung der AOK PLUS zugeht, frühestens jedoch mit Beginn des Versicherungsverhältnisses zur AOK PLUS und frühestens mit dem vom Mitglied gewählten Datum.
- (3) Das Mitglied ist an den Tarif ein Jahr gebunden (Mindestbindungsfrist). Die Teilnahme am Tarif wird durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS nicht berührt; dies gilt insbesondere auch bei einem Wechsel in eine Familienversicherung.
- (4) Erstattungsfähig sind die Kosten für
  - a. ärztliche und zahnärztliche Behandlungen einschließlich der Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes,
  - b. stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich des Transportes mit den in § 60 Abs. 3 SGB V genannten Transportmitteln und der Kosten für den Abtransport von der Skipiste; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes ausländisches Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist,
  - c. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel,
  - d. die Mitaufnahme einer Begleitperson bei stationärem Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes, Stiefkindes oder Enkelkindes, das das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert (§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX) ist,

wenn die in Anspruch genommenen Leistungen medizinisch sofort notwendig waren und vom Tarifeilnehmer während eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland in Anspruch genommen wurden.

Nach § 13 oder § 18 SGB V oder im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts erstattete Beträge sind hierauf anzurechnen.

Die Kosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport in die Bundesrepublik Deutschland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinausgehen, werden daneben übernommen.

Die AOK PLUS kann außerdem die Mehrkosten für

1. die Rückholung von Kindern, Stiefkindern oder Enkelkindern, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder behindert (§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX) sind, übernehmen, wenn der Versicherte zurücktransportiert werden muss und die Kinder im Ausland nicht durch einen anderen Angehörigen oder eine andere Bezugsperson betreut werden können,
2. den Transport einer Begleitperson übernehmen, wenn das versicherte Kind, Stief-

kind oder Enkelkind, das das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert (§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX) ist, zurücktransportiert werden muss.

§ 52 SGB V gilt entsprechend.

Erstattungsfähig sind nur nachgewiesene Kosten, die vor Reiseantritt nicht absehbar waren. Darüber hinaus werden folgende Leistungen im Rahmen des Tarifs nicht erstattet:

- a. Kosten für planbare Dialyseleistungen
- b. Überführung im Todesfall
- c. Kosten für gezielte Behandlung im Ausland
- d. Kosten für Hilfsmittel, die in Deutschland nicht übernahmefähig sind, z. B. Brillen.

Es gilt § 19 Abs. 2 SGB X. Sofern Teilnehmer auch Ansprüche gegenüber Dritten haben, behält sich die AOK PLUS vor, ihre Einstandspflicht von der Inanspruchnahme des Dritten abhängig zu machen. Für Vorschusszahlungen gelten § 42 Abs. 1 und 2 SGB I entsprechend.

Der Anspruch auf Kostenerstattung beginnt mit Beginn der Tarifeilnahme. Er endet spätestens 42 Kalendertage nach Eintritt eines Schadensfalles. Ist die Rückreise bis zu diesem Zeitpunkt aufgrund einer stationären Krankenhausbehandlung nicht möglich, besteht die Leistungspflicht so lange, bis der Versicherte wieder transportfähig ist.

Sämtliche Zahlungen, unabhängig davon ob sie ein Mitglied oder familienversicherte Teilnehmer betreffen, werden mit schuldbefreiender Wirkung auf das vom Mitglied angegebene Bankkonto überwiesen.

Sofern ein Tarifbeitrag nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt. Darüber hinaus sind Kosten des Verzuges von mindestens 10 EUR zu erheben, soweit keine höheren Kosten nachgewiesen werden. Der Anspruch auf Kostenerstattung ruht bis zu dem Tag, an dem der Tarifbeitrag sowie die von der AOK PLUS geltend gemachten Kosten vollständig entrichtet wurden. Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn der Tarifbeitrag sowie die von der AOK PLUS aufgrund der Nichtzahlung der Beiträge geltend gemachten Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachentrichtet werden oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft.

- (5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils einen jährlichen Tarifbeitrag zu zahlen. Im ersten Jahr der Teilnahme wird der Tarifbeitrag mit Zugang der Teilnahmeerklärung fällig. Ab dem zweiten Jahr der Teilnahme tritt Fälligkeit des vorauszahlenden Tarifbeitrages am 15. des letzten Monats eines Teilnahmejahres ein.

Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK PLUS ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Tarifbeiträge zu erteilen.

Zur Bestimmung des jährlichen Tarifbeitrags in den ersten drei Jahren der Teilnahme am Tarif ist das Alter des Teilnehmers zu Beginn der Teilnahme maßgeblich. Zur Bestimmung des jährlichen Tarifbeitrags in jedem sich anschließenden Verlängerungsjahr ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Verlängerungsjahres maßgeblich, für das der Tarifbeitrag zu entrichten ist. Es gelten folgende jährliche Tarifbeiträge:

Altersklassen	Jährlicher Tarifbeitrag in EUR
bis 60 Jahre	4,95
ab 61 Jahre	14,95

- (6) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres.

Erfolgt keine Kündigung des Tarifs, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit Ende der Versicherung bei der AOK PLUS. Versicherungsunterbrechungen von grundsätzlich 8 Wochen sind für die Durchführung des Tarifs unschädlich, sofern der Versicherte dem nicht widerspricht.

Die AOK PLUS kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Tarifbeitragszahlung trotz Mahnung nicht nachgekommen ist. Die Teilnahme am Tarif endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifs bekannt gegeben wird.

Das Mitglied kann den Tarif vorzeitig durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK PLUS kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Tarifbeiträge an die AOK PLUS für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK PLUS zugeht. Ein besonderer Härtefall liegt insbesondere vor, wenn das Mitglied unverschuldete in eine wirtschaftliche Notlage geraten ist.

Ein besonderer Härtefall ist insbesondere anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) im Sinne des § 18 SGB IV nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 v. H. der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist. Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

Im Falle einer nicht altersbedingten Erhöhung des Tarifbeitrages über 10 v. H. kann der Tarif bis zum Ablauf des Kalendermonats gekündigt werden, in dem die Erhöhung in Kraft tritt.

Für die Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK PLUS nicht möglich. Die Mitgliedschaft zur AOK PLUS kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Abs. 3 Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

- (7) Im Übrigen gelten die Vorschriften der §§ 51, 52 SGB I, 25, 26 Abs. 2, 27, 28 SGB IV entsprechend.

**§ 18e**  
**Wahltarif „AOK PLUS natur“**

- (1) Die AOK PLUS bietet einen Wahltarif „AOK PLUS natur“ nach § 53 Abs. 5 SGB V an. Der Wahltarif hat die Erstattung von Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“ zum Gegenstand.
- (2) Mitglieder, können für sich sowie für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen den Tarif wählen. Die Erklärung zur Wahl des Tarifs bedarf grundsätzlich der Schriftform. Sie kann auch unter Nutzung des Onlineangebots abgegeben werden. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Das Mitglied ist an den Tarif ein Jahr gebunden (Mindestbindungsfrist). Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres. Die Teilnahme am Tarif wird durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS nicht berührt; dies gilt insbesondere auch bei einem Wechsel in eine Familienversicherung. Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit Ende der Versicherung bei der AOK PLUS. Versicherungsunterbrechungen von grundsätzlich 8 Wochen sind für die Durchführung des Tarifs unschädlich, sofern der Versicherte dem nicht widerspricht.

Die AOK PLUS kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Tarifbeitragszahlung trotz Mahnung nicht nachgekommen ist. Die Teilnahme am Tarif endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifs bekannt gegeben wird.

- (3) Erstattet werden dem Mitglied bei jährlicher Rezepteinreichung 90 v. H. der für sich selbst und/oder seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen in Deutschland entstandenen und nachgewiesenen Kosten für von einem Vertragsarzt auf Rezept verordnete und von einer zugelassenen deutschen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegebenen nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen und nach diesem Tarif erstattungsfähigen phytotherapeutischen, homöopathischen und anthroposophischen Arzneimittel („Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“), sofern sowohl das Datum der ärztlichen Verordnung als auch das Datum der Abgabe des Arzneimittels in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fällt. Zeitpunkt für die jährliche Einreichung ist jeweils der Ablauf eines Teilnahmejahres. Bei unterjähriger Einzeleinreichung von Rezepten beträgt die Erstattung 80 v. H. (Mindererstattung); dies gilt nicht bei unterjährigem Erreichen des Rechnungshöchstbetrages nach Absatz 8.
- (4) Für jedes Tarifmitglied, das für die Dauer eines Teilnahmejahres Leistungen aus diesem Tarif nicht in Anspruch genommen hat, wird ein Bonus in Höhe des in der Tabelle nach Absatz 8 für seine Beitragsklasse genannten Betrages gewährt und nach Ablauf von 3 Monaten nach Ende des Teilnahmejahres erstattet.
- (5) Sämtliche Zahlungen, unabhängig davon, ob sie ein Mitglied oder familienversicherte Teilnehmer betreffen, werden mit schuldbefreiender Wirkung auf das vom Mitglied angegebene Bankkonto überwiesen.

(6) Eine Erstattung im Rahmen dieses Tarifs ist nicht möglich für

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

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

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

(7) Erstattungen im Rahmen dieses Tarifs für beitragsfrei mitversicherte Kinder ab dem Alter von 12 Jahren werden auf den jährlichen Rechnungshöchstbetrag des Mitgliedes angerechnet. Hat das Mitglied diesen Tarif nur für seinen familienversicherten Ehegatten/Lebenspartner gewählt, werden die Erstattungen für beitragsfrei mitversicherte Kinder ab dem Alter von 12 Jahren auf den jährlichen Rechnungshöchstbetrag des familienversicherten Ehegatten/Lebenspartners angerechnet.

(8) Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen jährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt, der sich aus der folgenden Tabelle ergibt:

Alter	Tarifbeitrag/ Monat in EUR	Jahresrechnungshöchstbetrag in EUR	Bonus bei Leistungsfreiheit im Teilnahmejahr in EUR
12 bis 20 Jahre	4,50	140,00	25,00
21 bis 35 Jahre	7,50	180,00	35,00
36 bis 50 Jahre	9,50	200,00	50,00
ab 51 Jahre	14,50	260,00	75,00

Maßgeblich für die Bestimmung des Rechnungshöchstbetrages ist die Beitragsklasse des Versicherten. Bei Ende der Teilnahme im laufenden Jahr wird der Rechnungshöchstbetrag bzw. der Bonusbetrag anteilig berechnet. Für die Berechnung des anteiligen Rechnungshöchstbetrages werden für volle Kalendermonate jeweils 1/12 des Jahresrechnungshöchstbetrages zugrunde gelegt. Im Falle einer nicht altersbedingten Erhöhung des Tarifbeitrages durch die AOK PLUS über 10 v. H. kann der Tarif bis zum Ablauf des Kalendermonats gekündigt werden, in dem die Erhöhung in Kraft tritt. In diesen Fällen gilt die Kündigung auch rückwirkend zum Ende des Kalendermonats, der dem Monat vorangeht, in dem die Erhöhung wirksam wird.

(9) Der Anspruch auf Kostenerstattung beginnt mit Beginn der Tarifteilnahme. Sofern die Tarifbeiträge nach Absatz 8 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt. Darüber hinaus sind Kosten des Verzuges



von mindestens 10 EUR zu erheben, soweit keine höheren Kosten nachgewiesen werden. Der Anspruch auf Kostenerstattung ruht bis zu dem Tag, an dem die Tarifbeiträge sowie die von der AOK PLUS geltend gemachten Kosten vollständig entrichtet wurden. Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Tarifbeiträge sowie die von der AOK PLUS aufgrund der Nichtzahlung der Beiträge geltend gemachten Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet werden oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft.

- (10) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils einen monatlichen Tarifbeitrag an die AOK PLUS zu zahlen. Der Betrag ergibt sich aus der Beitragstabelle gemäß Abs. 8 und kann wahlweise für ein Jahr entrichtet werden. Zur Bestimmung des monatlichen Tarifbeitrages in den ersten drei Jahren der Teilnahme am Tarif ist das Alter zu Beginn der Teilnahme maßgeblich. Zur Bestimmung des monatlichen Tarifbeitrages in jedem sich anschließenden Verlängerungsjahr ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Verlängerungsjahres maßgeblich. Wählt das Mitglied für sich selbst oder für seinen familienversicherten Ehegatten/Lebenspartner diesen Tarif, sind die familienversicherten Kinder ab dem Alter von 12 Jahren bis längstens zum Ende der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert.
- (11) Der Tag der Fälligkeit ist jeweils der 15. des Vormonats. Wählt das Mitglied die jährliche Zahlung im Voraus, wird ein Beitragsnachlass in Höhe von 4 v. H. gewährt.
- (12) Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK PLUS ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werden den Tarifbeiträge zu erteilen.
- (13) Das Mitglied kann den Tarif vorzeitig durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK PLUS kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Tarifbeiträge an die AOK PLUS für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. Ein besonderer Härtefall ist insbesondere anzuerkennen, wenn diese Änderungen dazu führen, dass dem Familienverbund monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) im Sinne des § 18 SGB IV nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 v. H. der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist. Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK PLUS zugeht. Ein besonderer Härtefall liegt insbesondere vor, wenn das Mitglied unverschuldet in eine wirtschaftliche Notlage geraten ist.

Bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann dieser Wahltarif abweichend von Absatz 2 Satz 4 zum Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK PLUS zugeht, beendet werden.

- (14) Erfolgt keine Kündigung des Tarifs, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr, wenn zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres keine schriftliche Kündi-

gung durch das Mitglied erfolgt. Für die Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK PLUS nicht möglich. Die Mitgliedschaft zur AOK PLUS kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Abs. 2 Satz 5, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden.

- (15) Im Übrigen gelten die Vorschriften der §§ 51, 52 SGB I, 25, 26 Abs. 2, 27, 28 SGB IV entsprechend.

## **§ 18f Krankengeld-Wahltarif**

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

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

- (2) Die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes nach § 53 Abs. 6 SGB V bedarf der Schriftform. Diese Wahlerklärung wirkt zum Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie mit der Beitrittserklärung spätestens zum Beginn der Mitgliedschaft abgegeben wird, ansonsten jeweils vom Beginn des, auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats an, es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt. Die Wahlerklärung wirkt rückwirkend ab Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis bzw. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 innerhalb der Frist nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.
- (3) Folgende Ausprägungen des Krankengeld-Wahltarifes können gewählt werden:
1. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG 22).
  2. Die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 15. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG 15).
- (4) Das Wahltarif-Krankengeld
1. beträgt in der Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 1 genannten Mitgliedern 70 v. H. des Arbeitseinkommens, welches zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Prämienbemessung nach Absatz 5 aus Arbeitseinkommen maßgebend war,

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

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

(5) Die Prämie beträgt für die Tarifaufprägung:

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

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

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 5 wird zum gleichen Zeitpunkt fällig, wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.
2. Die Prämien sind auch für die Dauer des Bezugs von Krankengeld und sonstigen Entgeltersatzleistungen zu zahlen.
3. Die Prämienzahlung endet in den Fällen der Absätze 11 Satz 1 und 3 und 12.
4. Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der fällig werdenden Prämien zu erteilen.

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

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

Die §§ 11 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 Tarifaufprägung KG 22.

- (8) Für die in Absatz 1 Nr. 1 und 3 genannten Mitglieder besteht kein Krankengeldanspruch, wenn Arbeitsunfähigkeit in den ersten drei Monaten der Teilnahme am Krankengeld-Wahltarif eintritt. Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. Satz 1 gilt nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden, der nach Antragstellung eingetreten ist.
- (9) Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahltarif-Krankengeldes angerechnet.
- (10) Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.
- (11) Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich. Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:
1. bei Erhalt von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II,
  2. bei Erhalt von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
  3. bei Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung nach § 807 ZPO,
  4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3 a SGB V.

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

- (12) Unabhängig von einer Kündigung endet der Krankengeld-Wahltarif
1. wenn der Versicherte nicht mehr zum Personenkreis nach Absatz 1 zählt, es sei denn, die Versicherung oder die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 ist längstens einen Monat unterbrochen oder der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 1 und 2,
  2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
  3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
  4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,

5. wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird,
  6. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sein denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,
  7. durch Tod.
- (13) Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personenkreisen ruht der Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 10 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung. Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 1 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf. Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifes. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend bei rechtswirksamer Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V.
- (14) Für Mitglieder, die am 30.06.2014 Krankengeld aus der Tarifausprägung KG PLUS (§ 18f Absatz 3 Nummer 3 a. F.) beziehen, besteht der Anspruch auf dieses Krankengeld unter den bisherigen Voraussetzungen weiter; der Anspruch besteht maximal bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat.
- (15) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK PLUS den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit allen AOKs durch.

**§ 18g**  
**Wahltarife nach § 53 Abs. 3 SGB V**

Anstelle der Tarife nach § 53 Abs. 3 SGB V bietet die AOK PLUS für ihre Versicherten die Teilnahme an den besonderen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 73c, 137f oder 140a SGB V an.

**§ 19**  
**Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten**

- (1) Versicherte erhalten für ein gesundheitsbewusstes Verhalten Boni im Sinne von § 65a Abs. 1 SGB V. Darüber hinaus können Arbeitgeber und Versicherte Boni nach § 65a Abs. 2 SGB V beanspruchen.
- (2) Die Einzelheiten und besonderen Bedingungen richten sich nach §§ 19a ff. dieser Satzung.



## § 19a Bonusprogramm

- (1) Die AOK PLUS bietet ihren Versicherten ein Bonusprogramm, das in elektronischer Form (papierlos) oder auch in Papierform durchgeführt werden kann. Versicherte ab vollendetem 15. Lebensjahr erklären die Teilnahme am Bonusprogramm elektronisch nach vorheriger Registrierung und Authentifizierung in der Online-Geschäftsstelle der AOK PLUS (OGS) unter Verwendung der dafür bereitgestellten technischen Applikation „AOK Bonus-App“ bzw. direkt in der OGS, schriftlich oder in anderer Form. Die Teilnahme beginnt nach erfolgreicher Einschreibung mit dem Tag der Anmeldung oder zu dem von den Versicherten gewählten, in der Zukunft liegenden Zeitpunkten.
- (2) Den Teilnehmern werden Bonuspunkte gewährt, wenn sie im Kalenderjahr ihrer Teilnahme nachfolgend genannte Leistungen und Maßnahmen in Anspruch genommen haben:
- |  |         |
|--|---------|
| a) Kombinationsimpfung Diphtherie/Tetanus,   | (500)   |
| b) Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 S. 4 SGB V<br>oder eine professionellen Zahnreinigung,  | (500)   |
| c) Check-up35 oder<br>die Ganzkörperuntersuchung Haut-Check,   | (500)   |
| d) eine empfohlene Krebsvorsorgeuntersuchung,  | (500)   |
| e) drei Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der<br>Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung,   | (500)   |
| f) Teilnahme an einem Nichtraucherkurs,  | (500)   |
| g) J2 – Vorsorgeuntersuchung,  | (500)   |
| h) eine berufliche Tauglichkeitsuntersuchung,  | (500)   |
| i) eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung, um kardiale und<br>orthopädische Erkrankungen zu verhüten, frühzeitig zu erkennen und<br>ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Eine ärztliche Bescheinigung<br>durch einen zugelassenen Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung<br>„Sportmedizin“ ist notwendig, | (500)   |
| j) aktive Teilnahme an einer Sportveranstaltung,   | (500)   |
| k) Ablegen eines Sportabzeichens,  | (500)   |
| l) eine Mitgliedschaft in einem Sportverein oder Fitnessstudio oder der<br>Erwerb eines Fitnesstrackers zur sportlichen Betätigung,  | (3.000) |
| m) Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Kurs,  | (2.000) |
| n) Knochenmarktypisierung,   | (2.000) |
| o) eine Vollblutspende.  | (2.000) |
- (3) Teilnehmer, welche die „AOK Bonus-App“ nutzen, erhalten zusätzlich ab Teilnahmebeginn zu den in Absatz 2 aufgeführten Leistungen und Maßnahmen für einzelne sportliche Aktivitäten zur Förderung ihres gesundheitsbewussten Verhaltens weitere 100 Bonuspunkte je Aktivität. Diese sportlichen Aktivitäten werden durch Qualitätssicherungsmaßnahmen der AOK PLUS begleitet. Voraussetzung ist, dass sie
- mindestens einen Kalorienverbrauch von 150 kcal in 30 Minuten oder
  - eine durchschnittliche Herzfrequenz von 120 Schlägen/Minute über einen Zeitraum von mindestens 30 Minuten oder
  - 10.000 Schritte pro Tag

nachweisen. Der Nachweis erfolgt durch automatische Messung mit geeigneten Fitnesstrackern und/oder Apps, welche die erforderlichen Daten an die mit der Bonus App kompatiblen und an diese angebotenen Fitness-Apps übertragen. Es werden maximal eine Aktivität am Kalendertag und höchstens 15 Aktivitäten im Kalendermonat anerkannt.

- (4) Die Inanspruchnahme der Leistungen und Maßnahmen nach Absatz 2 haben die Teilnehmer in elektronischer Form oder in anderer geeigneter Weise, insbesondere durch Übersendung des ausgefüllten Bonusheftes, nachzuweisen. Nachweise sind bis zum 31.03. des Folgejahres zu übermitteln, damit die Bonuspunkte für das vergangene Kalenderjahr gutgeschrieben werden können. Gesammelte Bonuspunkte können in die Folgejahre übertragen werden. Eine Auszahlung ist jederzeit ab einem Wert von 500 Bonuspunkten möglich. Voraussetzung für die Auszahlung ist ein bestehendes Versicherungsverhältnis zur AOK PLUS. 100 Bonuspunkte entsprechen 1,00 Euro.
- (5) Nutzen Teilnehmer die elektronische Form des Bonusprogramms, erhalten sie zusätzlich zu den Bonuspunkten Statuspunkte, mit denen sie fünf verschiedene Level erreichen können. Ein Bonuspunkt entspricht einem Statuspunkt. Es gilt:
- Level 1 „Beginner“ ab 0 Statuspunkten;
  - Level 2 „Köner“ ab 2.000 Statuspunkten;
  - Level 3 „Experte“ ab 6.000 Statuspunkten;
  - Level 4 „Profi“ ab 12.000 Statuspunkten;
  - Level 5 „Champion“ ab 18.000 Statuspunkten.

Abhängig vom jeweiligen Level profitieren diese Versicherten von Vorteilsangeboten der Partner, mit denen die AOK PLUS Kooperationsvereinbarungen geschlossen hat, ohne dass eine Auszahlung in Geld möglich ist. Mit Ablauf des 31.12. jeden Jahres oder mit Beendigung des Bonusprogrammes verfallen die gesammelten Statuspunkte. Das erreichte Level wird in das nachfolgende Kalenderjahr der Teilnahme übertragen. Erreicht der Versicherte während des Folgejahres einen Status, der höher ist als der im Vorjahr erreichte und festgeschriebene Status, so wird der aktuelle, verbesserte Status automatisch und sofort wirksam. Erreicht der Versicherte während des Folgejahres nur einen Status, der niedriger ist als der im Vorjahr erreichte und festgeschriebene Status, so wird der Nutzer mit Ablauf des Folgejahres auf das niedrigere Statuslevel herabgestuft. Erreicht der Versicherte während des Folgejahres einen Status, der dem des Vorjahres entspricht, bleibt sein Statuslevel auch nach Ablauf des Folgejahres unverändert.

- (6) Die Teilnahme am Bonusprogramm können Versicherte jederzeit zum Ablauf des Kalenderjahres kündigen. Im Falle des begründeten Verdachts der missbräuchlichen Nutzung der AOK Bonus-App und/oder der Fitnesstracker bzw. der zur Verfügung stehenden Abwicklungsprozesse, insbesondere durch Manipulation aufgrund falscher Angaben, Übermittlung ungeeigneter Nachweise oder Sammlung von Prämien- oder Statuspunkten unter Verstoß gegen diese Satzung und die Teilnahmebedingungen, können Teilnehmer von der weiteren Teilnahme am Bonusprogramm mit sofortiger Wirkung ausgeschlossen werden. Ihre Bonus- und Statuspunkte verfallen. Vor dem Ausschluss sind sie zu hören. Ausgeschlossene Teilnehmer dürfen das Bonusprogramm für die Dauer von drei Jahren ab Ausschluss nicht mehr wählen. Im Übrigen endet die Teilnahme am Bonusprogramm mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses zur AOK PLUS.
- (7) Bei Teilnahme an diesem Bonusprogramm ist die Inanspruchnahme des „Gesundheitsbonus für Arbeitnehmer“ nach § 9 Abs. 4, die Teilnahme am Bonusprogramm „AOK PLUS pro Junior“ und am Wahltarif „AOK PLUS aktiv“ im gleichen Kalenderjahr nicht möglich. Dies gilt nicht, wenn Versicherte das Bonusprogramm kündigen und auf die bereits erworbenen Bonus- und Statuspunkte schriftlich verzichten. Der Verzicht ist unwiderruflich. Nutzer des Bonusprogramms in der bis 30.09.2016 geltenden Fassung der Satzung können zum 01.10.2016 in dieses Bonusprogramm wechseln, sofern sie noch keine Auszahlung beantragt haben. Versicherte, die ab 2017 am Bonusprogramm in Papierform teilnehmen wollen und bis zum Ende des Jahres noch keine Teilnahmeer-

klärung abgegeben haben, erklären ihre Teilnahme abweichend von Abs. 1 S. 3 mit Abgabe des Bonusheftes bis spätestens 31.03.2018.

- (8) Im Übrigen gelten die Vorschriften der §§ 51, 52, 53, 54 SGB I entsprechend. Eine Rechtsnachfolge findet nicht statt.

**§ 19b**  
**Bonusprogramm „AOK PLUS pro junior“**

- (1) Versicherte können am Bonusprogramm „AOK PLUS pro junior“ in einer Sammlergruppe, bestehend aus einem bei der AOK PLUS versicherten minderjährigen Kind, welches das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und ein bis zwei volljährigen Versicherten der AOK PLUS teilnehmen. Die Sammlergruppe besteht neben dem oben genannten minderjährigen Kind aus mindestens einem volljährigen Versicherten der AOK PLUS. Jeder Teilnehmer sammelt Boni auf einem Konto. Anspruch auf die Boni hat ausschließlich das Kind. Die Teilnahme ist freiwillig und kommt durch Einschreibung, beim Kind mit schriftlicher Einwilligung des Sorgeberechtigten, zustande. Die Teilnahme kann auch unter Nutzung des Onlineangebots abgegeben werden. Jeder Versicherte kann zeitgleich nur einmal am Bonusprogramm der AOK PLUS teilnehmen. Im Rahmen einer Sammlergemeinschaft können ein bis zwei volljährige Versicherte in mehreren Sammlergruppen mitsammeln. Eine Übertragung der Boni auf Kinder anderer Sammlergemeinschaften, an denen keine Teilnahme besteht, ist nicht zulässig.
- (2) Teilnehmer erhalten einen Gesundheitsbonus bei regelmäßiger Inanspruchnahme von:
- a) Leistungen zur Früherkennung nach § 25 und § 26 SGB V
  - b) Maßnahmen zur Zahnvorsorge nach § 21 und § 22 SGB V
  - c) öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V und § 10 Abs. 4 dieser Satzung sowie für den Nachweis gesunder Lebensweise durch
  - d) Teilnahme an qualitätsgesicherten Leistungen der AOK und ihrer Kooperationspartner zur primären Prävention
  - e) sonstige gesundheitsfördernde Maßnahmen.
- (3) Die Maßnahmen nach Absatz 2 weisen die Teilnehmer jährlich durch entsprechende Bestätigungen und Leistungsabzeichen nach. Die Anrechnung von Maßnahmen erfolgt frühestens für das Kalenderjahr der Einschreibung.
- (4) Die Bonifizierung der Maßnahmen erfolgt in Euro. Maximal können pro Sammlergruppe (Kind; Mitsammler) 120 Euro Gesundheitsbonus kalenderjährlich gutgeschrieben werden. Zusätzlich erhält jedes Kind einen Treuebonus, wenn in den letzten drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren jährlich durch das Kind mindestens zwei Maßnahmen gemäß Absatz 2 nachgewiesen werden. Die Höhe des Treuebonus ist wie folgt gestaffelt und wird jeweils dem Konto des Kindes gutgeschrieben:
- nach 3 Teilnahmejahren: 40 Euro,
  - nach 6 Teilnahmejahren: 60 Euro,
  - nach 9 Teilnahmejahren: 80 Euro,
  - nach 12 Teilnahmejahren: 100 Euro,
  - nach 15 Teilnahmejahren: 140 Euro,
  - nach 18 Teilnahmejahren: 300 Euro.

Kinder, deren Teilnahme im 17. Lebensjahr beginnt, erhalten einen Treuebonus mit Vollendung des 18. Lebensjahres in Höhe von 40 Euro, wenn jeweils mindestens zwei Maßnahmen gemäß Absatz 2 für das Jahr vor der Teilnahme sowie ab dem Jahr der Teilnahme jährlich nachgewiesen werden. Besteht die Sammlergemeinschaft aus mehreren Sammlergruppen, werden die von den Mitsammlern erworbenen Boni den Kindern zu gleichen Teilen zugeordnet. Werden innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Jahren keine Nachweise für Maßnahmen gemäß Absatz 2 erbracht, verfällt der gesamte bis dahin erworbene Treuebonus. Scheidet ein anspruchsberechtigtes Kind vor Vollendung des 18. Lebensjahres aus dem Bonusprogramm aus, verfällt sein bis dahin erworbener Treuebonus ebenfalls. Das Nähere, insbesondere den Wert der Maßnahmen nach Absatz 2, regeln die Teilnahmebedingungen.

- (5) Die Auszahlung der Boni erfolgt frühestens nach einer Mindestlaufzeit des Kontos von drei Jahren, spätestens aber mit Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes. Der auszuzahlende Betrag wird zum 30.06. des jeweiligen Folgejahres fällig.
- (6) Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Bonusprogramm und am Wahltarif nach § 18a und dem Bonusprogramm nach § 19a dieser Satzung ist nicht möglich.
- (7) Die Teilnahme am Bonusprogramm „AOK PLUS pro junior“ kann jederzeit ohne Angabe von Gründen zum Monatsende gekündigt werden.

Die Teilnahme des Kindes endet außerdem

- bei Ende seiner Versicherung in der AOK PLUS,
- bei der Auszahlung der Boni,
- wenn innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Jahren keine Nachweise für Maßnahmen gemäß Absatz 2 erbracht werden,
- bei Versicherungsunterbrechungen von mehr als sechs Monaten sowie
- mit Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes.

Die Teilnahme der volljährigen Versicherten endet

- bei Kündigung ihrer Versicherung bei der AOK PLUS,
- wenn kein Kind mehr an der Sammlergruppe teilnimmt,
- bei der Auszahlung der Boni,
- wenn innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Jahren keine Nachweise für Maßnahmen gemäß Absatz 2 erbracht werden sowie
- bei Versicherungsunterbrechungen von mehr als sechs Monaten.

**§ 19c**  
**Gesundheitsbonus für Arbeitgeber**

- (1) Arbeitgeber, die mit der AOK PLUS im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V ab 01.01.2016 eine Kooperationsvereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF-Kooperationsvereinbarung) geschlossen haben, können einen Bonus beantragen. Kooperationsvereinbarungen können für das gesamte Unternehmen oder für einzelne Betriebe im Bezirk der AOK PLUS geschlossen werden.
- (2) Als Boni werden den Arbeitgebern Kosten für ergänzende, den Zielen der Kooperationsvereinbarung nicht widersprechende, Maßnahmen zu Gunsten der Mitarbeitergesundheit in den Betrieben erstattet. Die Höhe der Boni bestimmt sich nach folgender Tabelle:

<b>Unternehmens/ Betriebsgröße</b>	<b>1 bis 50 MA</b>	<b>51-100 MA</b>	<b>101-200 MA</b>	<b>201-350 MA</b>	<b>351-500 MA</b>	<b>&gt; 500 MA</b>
Bonus je AOK PLUS – Versichertem	75,00 €	70,00 €	50,00 €	35,00 €	30,00 €	25,00 €
Maximale Bonushöhe	2.000 €	4.000 €	5.000 €	6.000 €	7.500 €	10.000 €

Der Bonus kann frühestens nach Beendigung der Analysephase und Festlegung von spezifischen Zielen für die BGF-Kooperationsvereinbarung beantragt werden und setzt eine aktive Mitwirkung des Arbeitgebers bei der Durchführung der BGF-Kooperationsvereinbarung voraus. Nicht abgerufene Boni verfallen spätestens 12 Monate nach Beendigung der BGF-Kooperationsvereinbarung. Innerhalb eines Fünfjahreszeitraumes darf der Bonus nur einmal in Anspruch genommen werden. Die Gewährung des Bonus in Teilzahlungen ist möglich. Die tatsächlich entstandenen Kosten nach Absatz 2 sind für die Bonusgewährung nachzuweisen und dürfen nicht vor dem 01.01.2017 und nicht vor Abschluss der BGF-Kooperationsvereinbarung mit der AOK PLUS entstanden sein.

- (3) Im Übrigen gelten die Vorschriften der §§ 45, 51, 52, 53, 54 SGB I entsprechend.

**§ 19d**  
**Gesundheitsbonus für Arbeitnehmer**

- (1) Versicherte der AOK PLUS, deren Arbeitgeber mit der AOK PLUS erstmalig ab 1.1.2016 eine Kooperationsvereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung geschlossen haben, können zur Verbesserung ihrer Fähigkeit zur Bewältigung von Arbeitsanforderungen einen individuellen Gesundheitsbonus (Gesundheitsbonus für Arbeitnehmer) erhalten. Beginnend mit ihrer Teilnahme an den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten die Versicherten im ersten Jahr einen Bonus von 100,00 €, im zweiten Jahr einen Bonus von 50,00 € und im dritten Jahr einen Bonus von 50,00 €.
- (2) Die gleichzeitige Inanspruchnahme des Gesundheitsbonus für Arbeitnehmer nach § 9 Abs. 4 dieser Satzung ist nicht möglich. Der Gesundheitsbonus nach § 65a Abs.2 SGB V wird nur einmalig gewährt.
- (3) Im Übrigen gelten die Vorschriften der §§ 45, 51, 52, 53, 54 SGB I entsprechend. Eine Rechtsnachfolge findet nicht statt.

## **§ 20**

### **Teilnahme an besonderen Versorgungsformen und der Integrierten Versorgung**

- (1) Die AOK PLUS bietet ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung gemäß § 73b SGB V sowie eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V an. Die Einzelheiten und besonderen Bedingungen richten sich nach den §§ 20a ff. dieser Satzung.
- (2) Darüber hinaus können Versicherte auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen an integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V teilnehmen. Die Teilnahme ist freiwillig. Für die Abgabe der Teilnahmeerklärung gilt Schriftform oder die diese ersetzenden Bedingungen nach § 36a Abs. 2 Satz 4 SGB I.
- (3) Die AOK PLUS informiert ihre Versicherten über die integrierten und besonderen Versorgungsformen unter [www.aokplus-online.de](http://www.aokplus-online.de) oder auf Nachfrage.



**§ 20a**  
**Hausarztzentrierte Versorgung im Freistaat Thüringen (HzV-THR)**

- (1) Die AOK PLUS bietet ihren Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine hausarztzentrierte Versorgung im Freistaat Thüringen nach § 73b SGB V als besondere Versorgungsform an. Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Eine gleichzeitige Teilnahme an mehreren hausarztzentrierten Versorgungsformen ist ausgeschlossen.
- (2) Die HzV-THR stellt eine besondere hausärztliche und ergänzende Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages im Freistaat Thüringen dar. Soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Insoweit gelten die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der HzV-THR uneingeschränkt. Mit der Teilnahme akzeptiert der Versicherte das Versorgungsangebot, den Leistungsumfang und die Pflichten sowie die Bedingungen der HzV-THR wie sie sich aus den Satzungsbestimmungen i. V. m. der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und dem Versorgungsvertrag ergeben.
- (3) Die Versicherten nehmen auf Grund einer schriftlichen Erklärung teil (Einschreibung). In der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist der von ihnen gewählte Hausarzt zu benennen. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Maßgebend ist das jüngste Datum aller auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung geleisteten Unterschriften. Die Teilnahme kann ohne Angabe von Gründen erstmalig zum Ablauf eines Jahres ab Beginn der Teilnahme gekündigt werden. Nach Ablauf des Jahres ist eine Kündigung jeweils zum Quartalsende möglich. Die Kündigung hat spätestens einen Monat vor Ablauf des Jahres bzw. vor Quartalsende schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erfolgen. Die Teilnahme des Versicherten endet außer durch Kündigung auch, wenn der gewählte Hausarzt nicht mehr an diesem Vertrag teilnimmt und der teilnehmende Versicherte keinen anderen teilnehmenden Hausarzt wählt sowie bei einem Wechsel des Versicherten zu einem Hausarzt, der nicht an diesem Vertrag teilnimmt.
- (4) Mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung wählen die Versicherten aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Ärzte einen Hausarzt und verpflichten sich, hausärztliche Leistungen nur bei dem gewählten Hausarzt und die ambulante fachärztliche Behandlung - vorbehaltlich der folgenden Ausnahmen - ausschließlich auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen:
  - (a) die Behandlung durch Frauen- bzw. Augenärzte,
  - (b) die Behandlung durch andere Ärzte aufgrund räumlicher Abwesenheit (Urlaub),
  - (c) die Behandlung im Vertretungsfall sowie im Notfall,
  - (d) die Behandlung bei einem psychologischen Psychotherapeuten, soweit eine bereits genehmigte Therapie begonnen hat oder fortgesetzt werden soll und
  - (e) die Behandlung bei einem Arzt, der im Rahmen der Teilnahme an einem DMP-Programm als koordinierender Arzt gewählt wurde.

Die Regelungen zum Ausstellen von Überweisungen werden durch diese Ausnahmen nicht außer Kraft gesetzt.

Vor dem Aufsuchen einer stationären Einrichtung soll mit Ausnahme von Notfällen grundsätzlich der gewählte Hausarzt kontaktiert werden.

- (5) Der Versicherte ist mit Teilnahmebeginn sowie nach einem Hausarztwechsel mindestens ein Jahr an den gewählten Hausarzt gebunden (Mindestbindungsfrist). Nach Ablauf des Jahres ist ein Hausarztwechsel jederzeit möglich.

In folgenden besonderen Fällen ist ein Hausarztwechsel vor Ablauf des Jahres durch den Versicherten zulässig:

- (a) Beendigung der Teilnahme des bisherigen Hausarztes an diesem Vertrag,
- (b) Umzug des bisherigen Hausarztes und Unzumutbarkeit der Entfernung für den Versicherten,
- (c) Umzug des Versicherten und Unzumutbarkeit der Entfernung zum bisherigen Hausarzt,
- (d) nachhaltig gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis.

Ein Hausarztwechsel verlängert die Bindungsfrist nach Absatz 3 von einem Jahr nicht.

- (6) Verstoßen Versicherte gegen die Teilnahmebedingungen, indem sie hausärztliche Leistungen bei einem anderen als dem von ihnen gewählten Hausarzt oder Facharztleistungen direkt in Anspruch nehmen, ohne dass ein wichtiger Grund vorliegt, können sie von der HzV-THR ausgeschlossen werden. Die AOK PLUS informiert den Versicherten schriftlich über seinen Ausschluss. Eine nochmalige Teilnahme ist erst nach einer Frist von einem Jahr möglich. Darüber hinaus kann auch der Ersatz der Mehrkosten vom Versicherten verlangt werden, die durch die unzulässige Inanspruchnahme von Haus- oder Fachärzten entstanden sind. Ein Verstoß liegt bei Vertretung oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Vertragsarztes (z. B. Notfall, Urlaub) nicht vor.
- (7) Das Nähere regeln die Teilnahmebedingungen zum Versorgungsvertrag, denen die Versicherten mit der Teilnahmeerklärung zustimmen und unterzeichnen. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten ist Bestandteil des Versorgungsvertrages.

## § 20b

### **Besondere ambulante ärztliche Versorgung von Versicherten mit Osteoporose (OsteoporosePLUS)**

- (1) Die AOK PLUS bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von Verträgen nach § 73c SGB V (OsteoporosePLUS Sachsen und OsteoporosePLUS Thüringen) eine besondere ambulante ärztliche Versorgung für die Behandlung von Osteoporose unter den im jeweils geltenden Vertrag geregelten Bedingungen an.
- (2) Versicherte der AOK PLUS ab vollendetem 18. Lebensjahr, die an mindestens einer der nachfolgend genannten Diagnosen (gesicherte ICD-10)
  - (a) M 80: Osteoporose mit pathologischer Fraktur innerhalb der letzten 12 Monate oder multiplen osteoporose-assoziierten Frakturen oder Diabetes mellitus Typ I im Alter über 70 Jahre oder Glukokortikoidtherapie,
  - (b) M 81: Osteoporose ohne pathologische Fraktur mit einem Frakturrisiko entsprechend der S3-Leitlinie des Dachverbandes Osteologie (DVO-Leitlinie Osteoporose) von mindestens 20 Prozent innerhalb der nächsten 10 Jahre

erkrankt sind, können aufgrund einer freiwilligen, schriftlichen Teilnahme- und Einwilligungserklärung ab 1. Juli 2014 an dem für den Sitz ihres Osteologen geltenden Vertrag OsteoporosePLUS teilnehmen.

Der Teilnahme geht eine umfassende Information der Versicherten, deren Inhalt sich nach § 2 der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Absatz 4a SGB V bestimmt, voraus. Die erfolgreiche Einschreibung wird den Versicherten schriftlich mitgeteilt. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der vollständigen und fehlerfreien Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Maßgebend ist das letzte Datum aller auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung geleisteten Unterschriften.

- (3) Mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung akzeptieren die Versicherten die Bedingungen des für den Sitz ihres Osteologen geltenden Vertrages, wählen aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Osteologen einen aus und verpflichten sich, grundsätzlich nur diesen für die Behandlung der in Absatz 2 genannten Erkrankung aufzusuchen und dem vom Osteologen vorgeschlagenen Therapieplan zu folgen. An die Wahl des Osteologen sind Versicherte weder im Vertretungsfall, Notfall, noch bei eigener räumlicher Abwesenheit gebunden.

Will der Versicherte während seiner Teilnahme den gewählten Osteologen wechseln, dann ist der Wechsel nur zu einem am jeweiligen Vertrag teilnehmenden Osteologen unter Einhaltung des im Vertrag festgelegten Verfahrens möglich. Der Wechsel des Osteologen verlängert die Bindungsfrist nach Absatz 4 nicht.

- (4) Die Teilnahme kann durch die Versicherten ohne Angabe von Gründen erstmalig zum Ablauf eines Jahres ab Beginn der Teilnahme gekündigt werden (Bindungsfrist). Danach ist eine Kündigung jederzeit zum Quartalsende möglich. Die Kündigung hat schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erfolgen. Dies gilt auch für den Fall, dass Versicherte beabsichtigen, dauerhaft zu einem Osteologen zu wechseln, der nicht am Vertrag teilnimmt.

Die Teilnahme der Versicherten endet außer durch Kündigung auch, wenn der gewählte Osteologe nicht mehr an diesem Vertrag teilnimmt und die Versicherten keinen anderen teilnehmenden Osteologen wählen.

- (5) Bei wiederholter Nichtbeachtung der Bedingungen des Vertrages oder bei dauerhaftem

Wechsel zu einem nicht am Vertrag teilnehmenden Osteologen ohne Kündigung kann die Ausschreibung der Versicherten aus diesem Vertrag erfolgen. Über den Ausschluss und damit die Beendigung der Teilnahme der Versicherten entscheidet die AOK PLUS. Versicherte können innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Teilnahme durch die AOK PLUS nicht erneut am Vertrag teilnehmen.

- (6) Die Teilnahme endet außer durch Kündigung oder Widerruf gemäß § 73c Absatz 2 Satz 2 SGB V mit dem Tag des Wegfalls der Teilnahmevoraussetzungen oder mit Zugang des schriftlichen Widerrufs der Einwilligungserklärung bei der AOK PLUS oder mit dem Ende des Vertrages.
- (7) Das Nähere regeln die Teilnahmebedingungen zum Vertrag, denen die Versicherten mit der Teilnahmeerklärung zustimmen. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen der Versicherten sind Bestandteil des Vertrages.

## § 20c

### **Besondere ambulante ärztliche Versorgung von Versicherten mit ausgewählten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen im Freistaat Thüringen (RheumaAktiv Thüringen)**

- (1) Die AOK PLUS bietet ihren Versicherten auf der Grundlage eines Vertrages nach § 73c SGB V eine besondere ambulante ärztliche Versorgung für die Behandlung ausgewählter entzündlich-rheumatischer Erkrankungen unter den im Vertrag geregelten Bedingungen an.
- (2) Versicherte der AOK PLUS, die am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Thüringen (HzV-THR) teilnehmen und an mindestens einer der nachfolgend genannten Diagnosen (gesicherte ICD-10) erkrankt sind:
  - (a) Rheumatoide Arthritis (M05.-, M06.-, M13.0, M13.1-),
  - (b) Polymyalgia rheumatica (M35.3),
  - (c) Arteriitis temporalis (M31.5, M31.6),
  - (d) Spondylitis ankylosans (M. Bechterew), (M45.0-),
  - (e) Arthritis psoriatica (M07.0-, M07.1-, M07.2, M07.3-),
  - (f) Kollagenose (M32.-, M33.-, M34.-, M35.0, M35.1, M35.9),

können aufgrund einer freiwilligen schriftlichen Teilnahme- und Einwilligungserklärung ab 1. April 2014 am Vertrag RheumaAktiv Thüringen teilnehmen. Die erfolgreiche Einschreibung wird den Versicherten schriftlich mitgeteilt. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Maßgebend ist das jüngste Datum aller auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung geleisteten Unterschriften.

- (3) Mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung akzeptieren die Versicherten die Bedingungen des Vertrages, wählen aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Rheumatologen einen aus und verpflichten sich, grundsätzlich nur diesen für die Behandlung der in Abs. 2 genannten Erkrankung aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während räumlicher Abwesenheit des Versicherten sowie im Notfall.

Der Versicherte kann im Rahmen des Vertrages nur einen behandelnden Rheumatologen wählen. Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter bei verschiedenen Rheumatologen eingeschrieben hat, ohne dies als Arztwechsel kenntlich zu machen, erfolgt eine Aufforderung der AOK PLUS an den Versicherten, sich für einen Rheumatologen zu entscheiden. Der Versicherte hat die getroffene Entscheidung unverzüglich der AOK PLUS mitzuteilen.

Will der Versicherte während seiner Teilnahme den gewählten Rheumatologen wechseln, dann ist der Wechsel nur zu einem am Vertrag teilnehmenden Rheumatologen unter Einhaltung des im Vertrag festgelegten Verfahrens möglich. Ein Wechsel des Rheumatologen verlängert die Bindungsfrist nach Abs. 4 nicht.

Die Versicherten verpflichten sich, den vom Rheumatologen vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen.

- (4) Die Teilnahme kann durch die Versicherten ohne Angabe von Gründen erstmalig zum Ablauf eines Jahres ab Beginn der Teilnahme gekündigt werden (Bindungsfrist). Danach ist eine Kündigung jederzeit zum Quartalsende möglich. Die Kündigung hat schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erfolgen. Dies gilt auch für den Fall, dass der Versicherte beabsichtigt, dauerhaft zu einem Rheumatologen zu wechseln, der nicht

am Vertrag teilnimmt. Die Teilnahme des Versicherten endet außer durch Kündigung auch, wenn der gewählte Rheumatologe nicht mehr an diesem Vertrag teilnimmt und der Versicherte keinen anderen teilnehmenden Rheumatologen wählt.

- (5) Bei wiederholter Nichtbeachtung der Bedingungen des Vertrages oder bei dauerhaftem Wechsel zu einem nicht am Vertrag teilnehmenden Rheumatologen ohne Kündigung, kann die Ausschreibung des Versicherten aus diesem Vertrag erfolgen. Über den Ausschluss und damit die Beendigung der Teilnahme des Versicherten entscheidet die AOK PLUS, die den betreffenden Versicherten schriftlich informiert. Der Versicherte kann innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Teilnahme durch die AOK PLUS nicht erneut am Vertrag teilnehmen.
- (6) Die Teilnahme endet außer durch Kündigung oder Widerruf gemäß § 73c Abs. 2 Satz 2 SGB V mit dem Tag des Wegfalls der Teilnahmevoraussetzungen oder mit Zugang des schriftlichen Widerrufs der Einwilligungserklärung bei der AOK PLUS oder mit dem Ende dieses Vertrages und/oder der Teilnahme an der HzV-THR.
- (7) Das Nähere regeln die Teilnahmebedingungen zum Vertrag, denen die Versicherten mit der Teilnahmeerklärung zustimmen. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten ist Bestandteil des Vertrages.

## **Vierter Abschnitt: Beiträge; Mahngebühren**

### **§ 21 Beitragssätze**

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

**§ 22**  
**Kassenindividueller Zusatzbeitrag**

Der Zusatzbeitragssatz der AOK PLUS gemäß § 242 SGB V beträgt 0,6 Prozent der betragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.



## **§ 23**

### **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 Grundsätzen des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitglieder sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge („Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“).

**§ 24**  
**Fälligkeit und Zahlung der Beiträge**

- (1) Laufende Beiträge, die geschuldet werden, sind entsprechend der gesetzlichen Regelungen und der Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes fällig.
- (2) Der Arbeitgeber hat der AOK PLUS spätestens zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Beiträge durch Datenübertragung einen Beitragsnachweis zu übermitteln.
- (3) Im Rahmen von § 19 Absatz 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG) erhebt die AOK PLUS pauschalierte Mahngebühren. Die Mahngebühr beträgt

bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	1.999,99 EUR	5,00 EUR
bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von	2.999,99 EUR	10,00 EUR
ab einem Mahnbetrag in Höhe von	3.000,00 EUR	15,00 EUR
- (4) Die in Absatz 3 genannten Mahngebühren finden auch für sonstige Forderungen der AOK PLUS, die durch Bescheid geltend gemacht werden, Anwendung.

**§ 25**  
**- nicht belegt -**

## **§ 26 Vorschüsse**

Die AOK PLUS kann von Arbeitgebern, die

1. innerhalb des Kassenbezirkes keine feste Betriebsstätte haben oder sich nur vorübergehend im Kassenbezirk aufhalten oder
2. a) länger als zwei Monate mit der Beitragszahlung in Verzug sind, oder  
b) sich in einem Vergleichsverfahren befinden, oder  
c) sich innerhalb der letzten 24 Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben, oder  
d) Zahlungsausfälle befürchten lassen, oder
3. keine ordnungsgemäßen Beitragsnachweise einreichen, oder
4. einen längeren Entgeltabrechnungszeitraum als einen Monat haben und nicht mindestens monatliche Abschläge auf die Arbeitsentgelte leisten,

Vorschüsse in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrages für je zwei Monate fordern. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

## **Fünfter Abschnitt: Widerspruchsausschüsse**

### **§ 27**

#### **Widerspruchsausschüsse**

- (1) Bei der AOK PLUS werden als Widerspruchsstelle nach § 36a SGB IV Widerspruchsausschüsse eingerichtet. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat bestellt. Dieser bestimmt auch die Anzahl der Ausschüsse.
- (2) Den Widerspruchsausschüssen gehören als Mitglieder je ein Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie ein Mitglied des Vorstandes oder ein vom Vorstand Beauftragter mit beratender Stimme an. Zu Mitgliedern der Widerspruchsausschüsse können Personen bestellt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit nach § 51 SGB IV erfüllen. Für jedes Mitglied der Widerspruchsausschüsse ist mindestens ein Stellvertreter zu bestimmen.
- (3) Die Widerspruchsstelle entscheidet über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK PLUS, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist. Außerdem nimmt sie die Befugnisse nach § 69 OWiG (Einspruchsstelle) wahr.
- (4) Für Mitglieder der Widerspruchsausschüsse gelten u. a. die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes, Amtsverlust, Amtsdauer, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung entsprechend.

## **Sechster Abschnitt: Organe**

### **§ 28 Organe der AOK PLUS**

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

## **§ 29 Verwaltungsrat**

- (1) Der Verwaltungsrat der AOK PLUS besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber (§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Bei der Besetzung des Verwaltungsrates sind regionale Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- (2) Ein Mitglied, das verhindert ist, wird durch einen Stellvertreter vertreten. Stellvertreter sind die als solche in der Vorschlagsliste benannten und verfügbaren Personen.
- (3) Die Wahl des/der Vorsitzenden und des/der stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem/der Vorsitzenden und dem/der Stellvertreter/in wechselt der Vorsitz jährlich zum 1. Januar. Der/Die Vorsitzende und der/die stellvertretende Vorsitzende dürfen nicht derselben Gruppe angehören.
- (4) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK PLUS sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, § 33 Abs. 1 SGB IV). Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK PLUS von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1a und 1b SGB V).
- (5) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:
  1. Grundsatzentscheidungen der sozial- und unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK PLUS in gesundheits- und sozialpolitischen und strategischen Fragen im Zuständigkeitsbereich der AOK PLUS;
  2. die Wahl des Vorstandes und aus dessen Mitte des/der Vorstandsvorsitzenden und dessen/deren Stellvertreter/in;
  3. Maßnahmen zur Amtsbeendigung des Vorstandes (§ 35a Abs. 2 i. V. m. § 59 SGB IV);
  4. die Aufstellung einer Richtlinie für die Tätigkeit der Versichertenältesten;
  5. die Vereinbarung von strategischen Zielen der Sozial- und Unternehmenspolitik mit dem Vorstand innerhalb der Grenzen der Grundsatzentscheidungen;
  6. die Überwachung des Vorstandes u. a. durch Entgegennahme der Berichte des Vorstandes über die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen, Auflagen und Revisionsberichten, die finanzielle Situation und Entwicklung sowie die Erreichung des Jahresziels (§ 35a Abs. 2 SGB IV);
  7. die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V);
  8. die Feststellung des Haushaltsplanes (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V);
  9. der Beschluss über den Erwerb, das Leasen, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V);
  10. der Beschluss über die Auflösung der AOK PLUS oder die freiwillige Vereinigung

mit anderen Krankenkassen (§ 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V);

11. die Aufstellung und Änderung der Satzung, der Dienstordnung und des Stellenplans;
  12. Festsetzung des Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V;
  13. die Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat;
  14. die Aufstellung einer Richtlinie für die Führung der Geschäfte der Widerspruchsausschüsse;
  15. Wahrnehmung von Aufgaben in den anderen, durch Gesetz oder maßgebendes Recht bestimmten Fällen.
- (6) Dem/Der Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere:
1. die Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK PLUS maßgebliches Recht verstoßen (§ 38 SGB IV),
  2. die Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei der Ergänzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB IV),
  3. die Anzeige und Benachrichtigung über das Ergebnis der Wahl und über die Änderungen in der Zusammensetzung des Verwaltungsrates.
- (7) Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.



## § 30 Verfahren des Verwaltungsrates

- (1) Zur Aufgabenwahrnehmung finden jährlich mindestens vier Sitzungen des Verwaltungsrates statt; der/die Vorsitzende des Verwaltungsrates beruft zu den Sitzungen ein. Er/Sie soll hierbei im Einvernehmen mit dem/der stellvertretenden Vorsitzenden handeln. Darüber hinaus kann der/die Vorsitzende des Verwaltungsrates im Einvernehmen mit dem/der stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates bei Bedarf weitere Sitzungen einberufen, insbesondere wenn:
  1. mindestens ein Drittel der Verwaltungsratsmitglieder es verlangt,
  2. die/der Vorsitzende des Verwaltungsrates und die/der stellvertretende Vorsitzende es einvernehmlich verlangen,
  3. der Vorstand dieses beantragt oder
  4. die Aufsichtsbehörde es verlangt.
- (2) Die Sitzungen des Verwaltungsrates sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nichtöffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben.
- (3) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen sind und mehr als die Hälfte der stimmberechtigten Mitglieder jeder Gruppe anwesend ist. Bei Beschlussunfähigkeit ist binnen zwei Wochen zu einer erneuten Sitzung einzuladen. Ist der Verwaltungsrat nicht beschlussfähig, kann der/die Vorsitzende anordnen, dass in der nächsten Sitzung über den Gegenstand der Abstimmung auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 vorgesehene Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Einladung zur nächsten Sitzung hinzuweisen.
- (4) Die Beschlüsse werden, soweit durch Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt ist, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Stimmenthaltungen und ungültige Stimmen gelten als nicht abgegeben. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (5) Bei Satzungsänderungen ist der Verwaltungsrat nur beschlussfähig, wenn zwei Drittel aus jeder Gruppe der Mitglieder, aus denen sich der Verwaltungsrat zusammensetzt, anwesend und stimmberechtigt sind. Beschlüsse über die Änderung der Satzung bedürfen der einfachen Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder.
- (6) Auf Antrag eines Mitgliedes ist geheime Abstimmung durchzuführen.
- (7) Der Verwaltungsrat kann außerhalb von Sitzungen im Umlaufverfahren schriftlich abstimmen über:
  1. zwingende Änderungen der Satzung und der Dienstordnung, die sich aus Gesetzesänderungen ergeben,
  2. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung sowie Änderung von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhaltes zur Beseitigung offener Unrichtigkeiten handelt,

3. Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden, wenn bereits in einer vorausgehenden Beratung ein Grundsatzbeschluss gefasst worden ist,
4. von ihm bestimmte Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen.

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

## **§ 31 Vorstand**

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

Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:

1. die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Aufgaben in der Unternehmenspolitik und -strategie, der Sozial- und Gesundheitspolitik;
  2. die Zielplanung und Aufstellung von Jahreszielen im Rahmen der mit dem Verwaltungsrat getroffenen Zielvereinbarungen;
  3. der Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über
    - a) die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen,
    - b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
    - c) die Einhaltung der Jahresziele;
  4. die Aufstellung von Richtlinien für den Vorstand;
  5. der Bericht gegenüber den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus wichtigen Anlässen;
  6. sonstige Aufgaben, die durch Gesetz oder sonstiges für die AOK PLUS maßgebendes Recht dem Vorstand zugewiesen sind.
- (4) Dem/Der Vorsitzenden des Vorstandes obliegen:
1. der Bericht gegenüber dem/der Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen;
  2. die Beanstandung von dienstordnungswidrigen Beschlüssen (§ 357 Abs. 1 RVO);
  3. die Ausübung des Wahlrechtes der AOK PLUS als Arbeitgeber (zum Beispiel Sozialwahlen).

**§ 32**  
**Vertretung der AOK PLUS**

- (1) Der Vorstand vertritt die AOK PLUS unbeschadet des Absatzes 3 gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK PLUS maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.
- (2) Jedes Vorstandsmitglied nimmt das Vertretungsrecht des Vorstandes in den Grenzen der durch die Richtlinien des Vorstandes ihm übertragenen Geschäftsführungsbefugnis allein wahr. Im Einzelfall kann auf Beschluss des Vorstandes die AOK PLUS auch durch ein anderes Vorstandsmitglied vertreten werden.
- (3) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK PLUS gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern. Das Vertretungsrecht wird durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

**§ 33**  
**Versichertenälteste, Vertrauensleute**

- (1) Von den Vertretern der Versicherten im Verwaltungsrat werden Versichertenälteste und von den Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat werden Vertrauensleute gewählt (§ 39 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB IV). Für die Amtsdauer gilt § 58 Abs. 2 SGB IV entsprechend.
- (2) Die Versichertenältesten können gewählt werden für
  - a. Teile des Bezirks der AOK PLUS
  - b. Betriebe
  - c. Berufsgruppen
- (3) Die Versichertenältesten haben insbesondere die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung mit den Versicherten und den Anspruchsberechtigten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen (§ 39 Abs. 3 Satz 1 SGB IV). Das Nähere regelt die Richtlinie des Verwaltungsrates für die Tätigkeit der Versichertenältesten der AOK PLUS.
- (4) Vertrauensleute können gewählt werden für
  - a. Teile des Bezirks der AOK PLUS
  - b. Gruppen von Arbeitgebern.
- (5) Die Vertrauensleute haben insbesondere die Aufgabe, die Interessen der AOK PLUS in den Betrieben wahrzunehmen und die Arbeitgeber in Fragen der Krankenversicherung zu beraten.

## **§ 34**

### **Status, Entschädigung und Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates, der Versichertenältesten und der Vertrauensleute**

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die Versichertenältesten und die Vertrauensleute üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten oder andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, die Rechte und Pflichten eines Mitglieds. Satz 2 gilt für Stellvertreter von Versichertenältesten und Vertrauensleuten entsprechend.
- (2) Die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die Versichertenältesten und die Vertrauensleute werden nach Maßgabe des § 41 SGB IV entschädigt. Die Entschädigung richtet sich nach der als Anlage beigefügten Regelung.
- (3) Die Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates sowie der Versichertenältesten und der Vertrauensleute richtet sich nach § 42 SGB IV.

## **Siebter Abschnitt: Verwaltung der Mittel**

### **§ 35 Rücklage**

Das Rücklagesoll beträgt 100 vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1. Nr. 1 SGB V genannten Zwecke.

## **§ 36**

### **Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Abnahme der Jahresrechnung**

- (1) Der vom Verwaltungsrat gebildete Finanz- und Organisationsausschuss ist befugt, die Bücher und Akten der AOK PLUS einzusehen sowie die Vermögensbestände zu prüfen. Er kann einzelne Mitglieder hiermit beauftragen.
- (2) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt; der Vorstand veranlasst eine interne Rechnungsprüfung (§ 77 Abs. 1 SGB IV, § 31 SVHV) und legt den Prüfbericht zusammen mit der Jahresrechnung dem Verwaltungsrat vor. Die Abnahme der Jahresrechnung erfolgt durch den Verwaltungsrat.
- (3) Die AOK PLUS veröffentlicht nach § 305b SGB V zum 30. November eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und der eigenen Internetpräsenz.

Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 in der Kundenzeitschrift veröffentlicht.



## **Achter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)**

### **§ 37**

#### **Anwendung von Satzungsbestimmungen und sozialrechtlicher Regelungen**

- (1) Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der AOK PLUS entsprechende Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.
- (2) In Ausgleichsangelegenheiten wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit. Die Wahl des/der Vorsitzenden und des/der stellvertretenden Vorsitzenden erfolgt nach § 62 SGB IV.
- (3) § 27 gilt mit der Maßgabe, dass dem Widerspruchsausschuss zwei Vertreter der Arbeitgeber angehören.
- (4) § 36 gilt mit der Maßgabe, dass dem Finanz- und Organisationsausschuss nur Vertreter der Arbeitgeber angehören.
- (5) Der § 36 gilt auch für die Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung der Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz.

**§ 38**  
**Beteiligte Arbeitgeber**

- (1) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen.
- (2) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen die Arbeitgeber unabhängig von der Anzahl der Beschäftigten teil.
- (3) Nicht am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) beteiligt sind die in § 11 Absatz 1 AAG genannten Personen, Einrichtungen und Verbände. Nicht an den Ausgleichsverfahren nach § 1 Absatz 1 (U1-Verfahren) und Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) beteiligt sind die in § 11 Absatz 2 AAG und § 12 Absatz 2 AAG genannten Personen, Arbeitgeber, Dienststellen und Einrichtungen.

## **§ 39 Erstattungen**

- (1) Die AOK PLUS erstattet den nach § 1 Absatz 1 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern entsprechend des gewählten Tarifs für Aufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit und bei Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation die in den Nummern 1 und 2 genannten prozentualen Anteile des an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgeltes bzw. für Auszubildende fortgezahlten Vergütung nach § 19 Absatz 1 Berufsbildungsgesetz für den Zeitraum nach § 3 Absatz 1 und 2 und § 9 Absatz 1 EFZG. Zum fortgezahlten Arbeitsentgelt gehören auch die Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Altersversorgung des Arbeitnehmers. Das der Erstattung zu Grunde liegende Entgelt wird auf die für den Ort der Beschäftigung geltende Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung begrenzt.

Wählbare Tarife sind:

1. „Tarif 50“ mit Erstattung von 50 vom Hundert der in Satz 1 genannten Aufwendungen
2. „Tarif 65“ mit Erstattung von 65 vom Hundert der in Satz 1 genannten Aufwendungen.

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

- (2) Die Wahl des Tarifes gemäß Absatz 1 wird vom Arbeitgeber wie folgt ausgeübt:
1. Durch schriftliche, telefonische, Fax- oder E-Mail-Anzeige bis zum Ende des Monats Februar für das laufende Kalenderjahr.
  2. Bei Neueröffnung des Arbeitgeberkontos ist die Wahl innerhalb von sechs Wochen nach Kontoeröffnung bei der AOK PLUS auszuüben und auf den unter 1. genannten Wegen anzuzeigen; wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, erfolgt die Einstufung in den „Tarif 65“.
  3. Arbeitgeber, die ihr Wahlrecht zu Beginn eines Jahres nicht ausüben, werden mit dem Tarif eingestuft, der dem im Vorjahr gewählten/eingestuften Tarif entspricht.
  4. Ändern sich die Umlagesätze und/oder die Erstattungssätze innerhalb eines laufenden Kalenderjahres, kann ein neues Wahlrecht bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten der Änderung folgenden Monats auf den unter 1. angegebenen Wegen ausgeübt werden.

An den gewählten Tarif ist der Arbeitgeber bis zum Ende des Kalenderjahres gebunden.

Für das Jahr 2013 erfolgt bei Nichtwahl eines Tarifes folgende Einstufung:

1. Arbeitgeber, die 2012 den Tarif 3 gewählt hatten bzw. in diesen eingestuft waren, werden 2013 in den „Tarif 50“ eingestuft.
  2. Arbeitgeber, die 2012 den Tarif 2 gewählt hatten bzw. in diesen eingestuft waren, werden 2013 in den „Tarif 65“ eingestuft.
  3. Arbeitgeber, die 2012 den Tarif 1 gewählt hatten bzw. in diesen eingestuft waren, werden 2013 in den „Tarif 65“ eingestuft.
- (3) Die AOK PLUS erstattet nach § 1 Abs. 2 AAG für Aufwendungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft
1. 100 vom Hundert des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld,
  2. 100 vom Hundert des vom Arbeitgeber nach § 11 Mutterschutzgesetz bei Beschäftigungsverboten fortgezahlten Arbeitsentgeltes,
  3. 100 vom Hundert der auf die Arbeitsentgelte nach Nr. 2 entfallenden und von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und die Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, zur sozialen Pflegeversicherung und nach § 172a SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI.

**§ 40**  
**Aufbringung der Mittel, Umlagen**

- (1) Die Mittel zur Durchführung der Ausgleichsverfahren U1 und U2 werden jeweils durch gesonderte Umlagen von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern aufgebracht. Die erforderlichen Verwaltungskosten sind angemessen zu berücksichtigen.
- (2) Es gelten folgende Umlagesätze:
  1. Der Umlagesatz für den „Tarif 50“ beträgt 2,0 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.
  2. Der Umlagesatz für den „Tarif 65“ beträgt 2,7 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.
- (3) Der Umlagesatz zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft wird auf 0,69 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG festgesetzt.
- (4) Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig.
- (5) Die AOK PLUS kann von umlagepflichtigen Arbeitgebern nach Maßgabe des § 26 der Satzung Vorschüsse verlangen.

**§ 41**  
**Betriebsmittel, Haushalt**

- (1) Die AOK PLUS verwaltet die Mittel für das Ausgleichsverfahren als Sondervermögen. Es werden getrennte Betriebsmittel gebildet:
1. für den Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen aus Anlass von Arbeitsunfähigkeit, U1-Verfahren (§ 1 Absatz 1 AAG),
  2. für den Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen aus Anlass der Mutterschaft und Schwangerschaft, U2-Verfahren (§ 1 Absatz 2 AAG).

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

- (2) Für den Haushaltsplan und die Jahresrechnung der Umlagekasse gelten die Bestimmungen für die Krankenversicherung der AOK PLUS entsprechend.

## **§ 42 Vorsitz**

Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, in Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens derjenige Vertreter/diejenige Vertreterin der Arbeitgeber das Amt des/der Vorsitzenden aus, der zum/zur Vorsitzenden des Verwaltungsrates gewählt worden ist.

## **Neunter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten**

### **§ 43 Bekanntmachungen**

Bekanntmachungen und Satzungsänderungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.



## **§ 44 In-Kraft-Treten**

- (1) Die Satzung tritt am 01.01.2010 in Kraft.
- (2) Die Änderung des § 17a Abs. 4 wurde mit Bescheid des SMS vom 27.10.2010 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 05.11.2011. Die Änderung des § 17a Abs. 4 tritt gem. § 34 Abs. 2 SGB IV am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- (3) Die Änderungen des § 13, § 17a Abs. 5, § 17b Abs. 7, § 18c Abs. 3, 4 und 6 und § 39 Abs. 2 sowie die Streichung des § 19c und die Einfügung der §§ 17d und 20a wurden mit Bescheid des SMS vom 23.12.2010 genehmigt. Die Änderungen der §§ 16 und 16 a wurden mit Bescheid des SMS vom 28.12.2010 genehmigt. Alle genannten Satzungsänderungen treten am 01.01.2011 in Kraft.
- (4) Die Änderungen der §§ 15, 17b, 17c, 18a, 18b, 18c, 18d und 18e sowie die Einfügung des § 19c wurden mit Bescheid des SMS vom 28.03.2011 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 13.04.2011. Die Änderung der §§ 15, 17b, 17c, 18a, 18b, 18c, 18d und 18e trat am 13.04.2011 in Kraft. Der neu eingefügte § 19c trat am 01.04.2011 in Kraft.
- (5) Die Änderungen der §§ 18a und 18b wurden mit Bescheid des SMS vom 27.04.2011 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 10.05.2011. Die Änderungen traten gem. § 34 Abs. 2 Satz 2 am 11.05.2011 in Kraft.
- (6) Die Streichung des § 19b Abs. 2 sowie die Änderung der Anlage zur Satzung der AOK PLUS zu § 34 (Entschädigungsregelung) wurde mit Bescheid des SMS vom 11.08.2011 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 25.08.2011. Die Streichung des § 19b Abs. 2 trat am 1.7.2011, die Änderung der Anlage zur Satzung der AOK PLUS zu § 34 am 1.1.2011 in Kraft.
- (7) Die Änderungen des § 20b und des § 21 wurden mit Bescheid des SMS vom 2.11.2011 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 11.11.2011. Die Änderung des § 20b trat am 1.10.2011, die des § 21 am 12.11.2011 in Kraft.
- (8) Die Änderung der §§ 3, 15, 18a, 19c, 24, 35, 37 und 39 sowie die Streichung der §§ 17c und 18b wurden mit Bescheid des SMS vom 22.12.2011 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 30.12.2011. Die Änderungen bzw. Streichung der §§ 17c, 18a, 18b, 19c, 24, 35 sowie 39 traten zum 01.01.2012, die Änderungen der §§ 3, 15, und 37 am 31.12.2011 in Kraft.
- (9) Die Änderung der §§ 10 und 11 sowie die Neufassung der §§ 11a, 11b, 11c und 11d wurden mit Bescheid des SMS vom 5. Juli 2012 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 13. Juli 2012. Die Änderung der §§ 10 und 11 traten am 1. Juni 2012 und die Neufassung der §§ 11a ff. am 1. Juli 2012 in Kraft.
- (10) Die Änderung der §§ 17b, 18a, 18c, 18d, 18e, 18f und 19c wurden mit Bescheid des SMS vom 16. Juli 2012 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 25. Juli 2012. Alle genannten Satzungsänderungen treten gemäß § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB IV am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

- (11) Die Änderung der §§ 10 Abs. 5, 18c, 18d und 18e sowie die Neufassung der §§ 9 Abs. 4, 11e und 11f wurden mit Bescheid des SMS vom 22.10.2012 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 26.10.2012. Die Änderung der §§ 10 Abs. 5, 18c, 18d und 18e treten am Tag nach der Bekanntmachung und die Neufassung der §§ 9 Abs. 4, 11e und 11f am 1. November 2012 in Kraft.
- (12) Die Änderung der §§ 9 Abs. 4 Satz 3, 17b Abs. 2 Satz 5, 18a Abs. 2 Satz 4, 19c Abs. 6, 27 Abs. 2 Satz 3, 38 Abs. 3, 39, 40, 41 Abs. 1 Satz 2 und der Anlage zu § 34 der Satzung der AOK PLUS (Entschädigungsregelung) sowie die Neufassung der §§ 11g, 19a und 24 Abs. 4 wurden mit Bescheid des SMS vom 21.12.2012 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 02.01.2013. Alle genannten Satzungsänderungen und Neufassungen treten am 1. Januar 2013 in Kraft.
- (13) Die Änderung der §§ 19a Abs. 2 und 20a Abs. 4 wurden mit Bescheid des SMS vom 22. April 2013 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 29.04.2013 im Bundesanzeiger. Die Satzungsänderung des § 19a Abs. 2 tritt rückwirkend zum 1. Januar 2013 und die Änderung des § 20a Abs. 4 am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
- (14) Die Neufassung des § 17e wurde mit Bescheid des SMS vom 17. Juli 2013 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 26. Juli 2013 im Bundesanzeiger. Die Neufassung des § 17e tritt zum 1. Juli 2013 in Kraft.
- (15) Die Änderung des § 11c sowie die Neufassung der §§ 11h, 11i und 11j wurden mit Bescheid des SMS vom 19. November 2013 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 26. November 2013 im Bundesanzeiger. Die Änderung des Paragraphen 11c und die Neufassung des § 11i tritt rückwirkend zum 1. November 2013, der Paragraph 11h rückwirkend zum 1. Oktober 2013 in Kraft. Der Paragraph 11j tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
- (16) Die Änderung des § 40 Abs. 3 wurde mit Bescheid des SMS vom 20. Dezember 2013 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 27. Dezember 2013 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten zum 1. Januar 2014 in Kraft.
- (17) Die Änderungen der §§ 11a und 11i Abs. 1 wurden mit Bescheid des SMS vom 20. Januar 2014 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 5. Februar 2014 im Bundesanzeiger. Die Änderung des § 11a tritt ab 1. Januar 2014 und die des § 11i Abs. 1 rückwirkend ab 1. November 2013 in Kraft.
- (18) Die Änderungen der §§ 5 Abs. 2, 31 Abs. 1 Satz 2, 19, 11h Abs. 3 und 5, 17b Abs. 5, 18a Abs. 3, 18c Abs. 5 und 6, 18d Abs. 5, 18e Abs. 12 und 14, die Löschung der §§ 11d, 17a, 18a Abs. 5, 19b, 20b und 25 sowie die neuen §§ 17c und 20c wurden mit Bescheid des SMS vom 22. April 2014 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 6. Mai 2014 im Bundesanzeiger. Der § 17c tritt ab 1. April 2014 in Kraft. Alle weiteren Paragraphen treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
- (19) Die Änderungen der §§ 17b Abs. 4, 19c Abs. 2, 18c Abs. 4, 18d Abs. 4, 18e Abs. 9, 18f, 19a, 36 Abs. 3, 20c sowie die neuen §§ 19d und 20b wurden mit Bescheid des SMS vom 26. Juni 2014 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 9. Juli 2014 im Bundesanzeiger. Die neuen §§ 19d und 20b treten ab 1. Juli 2014 in Kraft. Die Änderung des Paragraphen 20c tritt ab 1. April 2014 in Kraft. Alle weiteren Paragraphen treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
- (20) Die Änderungen der §§ 17a, 22 und 29 wurden mit Bescheiden des SMS vom 3. November 2014 und 25. November 2014 genehmigt. Die Veröffentlichungen erfolgten am 5. November 2014 (§§ 17a und 29) und am 2. Dezember 2014 (§ 22) im Bun-

desanzeiger. Der neue § 17a tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft. Die Änderung der Paragraphen 22 und 29 treten ab 1. Januar 2015 in Kraft.

- (21) Die Änderungen der Paragraphen 16, 16a, 20, 38 Absatz 3, 39 Absatz 1, 41 Absatz 1 sowie die Neuaufnahme des Paragraphen 11d wurden mit Bescheid des SMS vom 2. Februar 2015 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 11. Februar 2015 im Bundesanzeiger. Der neue Paragraph 20 tritt am Tag nach der Bekanntmachung, die Änderungen der Paragraphen 11d, 16, 16a, 38 Absatz 3, 39 Absatz 1 und 41 Absatz 1 am 1. Januar 2015 in Kraft.
- (22) Die Änderung des Paragraphen 18d wurde mit Bescheid des SMS vom 15. April 2015 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 19. Mai 2015 im Bundesanzeiger. Die Änderung tritt ab 1. Januar 2015 in Kraft.
- (23) Die Änderung des Paragraphen 40 wurde mit Bescheid des SMS vom 2. Februar 2015 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 17. Juni 2015 im Bundesanzeiger. Die Änderung tritt ab 1. Juli 2015 in Kraft.
- (24) Die Änderungen der Paragraphen 11a, c und e wurden mit Bescheid des SMS vom 21. Juli 2015 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 29. Juli 2015 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
- (25) Die Änderungen der Paragraphen 10 und 24 wurden mit Bescheid des SMS vom 13. Oktober 2015 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 23. Oktober 2015 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
- (26) Die Änderungen der Paragraphen 9 Absatz 4, 11c Absatz 2, 11d Absatz 2, 11f Absätze 1 und 2, 17b, 18a Absätze 2 und 3, 18c Absatz 3, 18f Absatz 5, 19a, 19c Absätze 2 und 6, 19d der Satzung sowie der Paragraph 3 Absätze 1, 4, 5 und 6 der Anlage der Satzung wurden mit Bescheid des SMS vom 14. Dezember 2015 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 23. Dezember 2015 im Bundesanzeiger. Der Paragraph 11c Absatz 2 tritt ab 1. Juli 2015, die Löschung des Paragraphen 17b tritt am Tag nach der Bekanntmachung und alle weiteren Paragraphen-Änderungen am 1. Januar 2016 in Kraft.
- (27) Die Änderungen der Paragraphen 6 Nummern 1 und 3, 10 Absätze 4 und 5 sowie die Löschung des Paragraphen 17d wurden mit Bescheid des SMS vom 4. April 2016 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 19. April 2016 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
- (28) Die Änderung des Paragraphen 19a und der neue Paragraph 19d wurden mit Bescheid des SMS vom 16. August 2016 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 19. August 2016 im Bundesanzeiger. Paragraph 19a tritt ab 1. Oktober 2016, Paragraph 19d am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
- (29) Die Änderung des Paragraphen 12 wurde mit Bescheid des SMS vom 29. September 2016 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 11. Oktober 2016 im Bundesanzeiger. Die Änderung tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
- (30) Die neuen Paragraphen 11k, 19b, 19c, 19d und die Änderungen in den Paragraphen 18a Absatz 2 Satz 4, 19a Absatz 7 Sätze 1 und 4 sowie 22 wurden mit Bescheid des SMS vom 21. Dezember 2016 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 22. Dezember 2016 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten ab 1. Januar 2017 in Kraft.
- (31) Die Änderungen der Paragraphen 18c Absatz 3, 18d Absatz 4, 18e Absatz 3, 29 Absatz 5 sowie 33 Absatz 3 wurden mit Bescheid des SMS vom 12. Dezember 2017 genehmigt.

Die Veröffentlichung erfolgte am 20. Dezember 2017 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

- (32) Die Änderungen der Paragraphen 12, 19a Absätze 3 und 7 sowie 40 Absatz 2 wurden mit Bescheid des SMS vom 22. Dezember 2017 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 28. Dezember 2017 im Bundesanzeiger. Die Änderung des Paragraphen 12 tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft. Alle weiteren Änderungen treten am 1. Januar 2018 in Kraft.
- (33) Die Änderungen der Paragraphen 15 Abs. 5, 11a und 11 e wurden mit Bescheid des SMS vom 16. Juli 2018 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 25. Juli 2018 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten am 01. Juli 2018 in Kraft.
- (34) Die Änderungen der Paragraphen 19a Abs. 4 und Abs. 8, 22 und 40 Abs. 2 und 3 wurden mit Bescheid des SMS vom 27. Dezember 2018 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 31. Dezember 2018 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten am 01. Januar 2019 in Kraft.
- (35) Die Änderungen der Paragraphen 11h Abs. 4 und Abs. 5, § 14, § 36 Abs. 3 und die Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates § 3 Abs. 1, 4, 5 und 6 wurden mit Bescheid des SMS vom 26.03.2019 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 09. April 2019 im Bundesanzeiger. Die Änderung des Paragraphen 11h Abs. 4 tritt rückwirkend zum 01. Oktober 2013 in Kraft. Die Änderungen in Paragraph 11h Abs. 5, die ersatzlose Streichung des Paragraphen 14 sowie die Streichung des Klammerzusatzes in Paragraph 36 Abs. 3 treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft. Die Änderungen in Paragraph 3 Abs. 1, 4, 5 und 6 der Entschädigungsregelungen treten rückwirkend ab 01. Januar 2019 in Kraft.

**Anlage zu § 34 der Satzung der AOK PLUS**  
**Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates**

**§ 1**  
**Erstattung barer Auslagen**

Die Erstattung der baren Auslagen der Mitglieder des Verwaltungsrates richtet sich grundsätzlich nach den Vorschriften des Sächsischen Reisekostengesetzes.

1. Tagegeld

- a) Für die Sitzungen wird ein volles Tagegeld entsprechend § 6 Abs. 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes (§ 4 Abs. 5 Satz 1 Nr. 5 Satz 2 EStG) gewährt. Erfolgt die Anreise und/oder Rückreise an einem separaten Tag, wird Tagegeld entsprechend der Regelung in Ziffer 1b) gezahlt.
- b) Beträgt der Zeitaufwand bei einer eintägigen Sitzung (inklusive An- und Abreise) weniger als acht Stunden, wird ein halbes Tagegeld gezahlt.
- c) Nimmt das Organmitglied an einem Kalendertag an mehreren Sitzungen teil, wird insgesamt ein volles Tagegeld bezahlt. Dies gilt auch für Sitzungen der Pflegekasse.

2. Übernachtung

Ist eine Übernachtung des Organmitglieds erforderlich, erfolgt die Übernachtungskostenerstattung gemäß § 7 Abs. 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes.

3. Fahrkosten

- a) Erstattet werden die tatsächlich notwendigen Beförderungskosten gemäß § 4 des Sächsischen Reisekostengesetzes.
- b) Für Strecken, die das Organmitglied mit einem ihm gehörenden Kraftfahrzeug zurückgelegt hat, wird eine Wegstreckenentschädigung gemäß § 5 Abs. 3 des Sächsischen Reisekostengesetzes in der jeweils gültigen Fassung gezahlt.
- c) Nimmt das Organmitglied weitere Personen, die für die AOK PLUS tätig sind, in seinem Kraftfahrzeug mit, so wird außerdem eine Mitnahmeentschädigung gemäß § 5 Abs. 5 des Sächsischen Reisekostengesetzes gewährt.
- d) Für Strecken, die mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln zurückgelegt werden, gilt § 4 des Sächsischen Reisekostengesetzes in der jeweils gültigen Fassung. Bei der Erstattung von Fahrtkosten wird dabei das Vorliegen dienstlicher Gründe für die Benutzung der nächsthöheren Klasse unterstellt.

4. Unterkunfts- und Verpflegungskosten für Kraftfahrer

Soweit die Mitglieder des Verwaltungsrates in ihrer Eigenschaft als Organmitglieder einen Personenkraftwagen benutzen und hierbei einen berufsmäßigen Kraftfahrer in Anspruch nehmen oder wegen körperlicher Behinderung nicht selbst fahren können, wird für den Fahrer Tage- und Übernachtungsgeld nach Maßgabe des § 1 Nr. 1 und 2 gezahlt.

## 5. Auslagen für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen

Die Auslagen der alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates aufgrund ihrer Tätigkeit außerhalb der Sitzungen des Verwaltungsrates oder seiner Ausschüsse werden mit einem monatlichen Pauschbetrag i. H. v. 81,00 Euro pro Monat abgegolten.

## 6. Nebenkosten

Notwendige Auslagen, die nach den vorstehenden Bestimmungen nicht zu ersetzen sind, werden bei Nachweis als Nebenkosten gemäß § 9 Abs. 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes erstattet.

Die unter Ziffer 1 bis 3 und 6 getroffenen Regelungen gelten entsprechend auch für die Versichertenältesten und Vertrauensleute mit der Maßgabe, dass Tagegeld ausschließlich für die Teilnahme an Schulungsmaßnahmen gezahlt wird.

**§ 2**  
**Ersatz des Verdienstaufalls**

Die Erstattung von Verdienstaufall richtet sich nach § 41 Abs. 2 SGB IV.

**§ 3**  
**Pauschbeträge für Zeitaufwand**

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates und ihre Stellvertreter erhalten 75,00 EUR als Pauschbetrag für Zeitaufwand für jeden Kalendertag einer Sitzung des Verwaltungsrates und seiner Ausschüsse. Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag wird der Pauschbetrag nur einmal gewährt.
- (2) Den Pauschbetrag nach Absatz 1 erhalten die Mitglieder des Verwaltungsrates und ihre Stellvertreter bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme auch für die Teilnahme an Verhandlungen, Besprechungen, Tagungen und Veranstaltungen sowie für sonstige Anlässe, wenn ein besonderer Auftrag des Verwaltungsrates vorliegt. Dies gilt nicht für die Vorsitzenden des Verwaltungsrates, deren Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen mit der Zahlung des Pauschbetrages nach Abs. 4 entschädigt wird.
- (3) Die Vorsitzenden und die stellvertretenden Vorsitzenden von Ausschüssen erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand. Sind in einer Ausschusssitzung beide alternierende Vorsitzende nicht anwesend und wird deshalb ein Sitzungsleiter bestimmt, erhält dieser den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.
- (4) Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen des Verwaltungsrates oder seiner Ausschüsse sowie außerhalb der Vertretung in besonderem Auftrage i. S. des Abs. 2 zur Abgeltung des Zeitaufwandes einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 750,00 EUR.
- (5) Die Versichertenältesten und Vertrauensleute erhalten für ihren Zeitaufwand aufgrund ihrer Sprechstundentätigkeit einen monatlichen Pauschbetrag von 75,00 EUR.
- (6) Die gewählten Sprecher der Versichertenältesten und Vertrauensleute und deren Stellvertreter erhalten abweichend von Abs. 5 für den Zeitaufwand aufgrund ihrer Sprechstunden- und Koordinierungstätigkeit einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 168,00 EUR gezahlt.



#### **§ 4 Geltungsbereich**

Die vorstehende Entschädigungsregelung findet auch auf Mitglieder/Stellvertreter der Widerspruchsausschüsse Anwendung, die nicht Mitglieder/Stellvertreter des Verwaltungsrates sind.