Satzung

der

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse*

in der Fassung des 52. Nachtrags

vom Verwaltungsrat der
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
am 19.06.2026 beschlossen mit Wirkung ab 01.07.2026

vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und
Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
am 25.06.2026 genehmigt

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

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk

§ 2 Aufgabenstellung

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

§ 3 Mitglieder

§ 4 Familienangehörige

§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Dritter Abschnitt: Leistungen

§ 6 Art und Umfang der Leistungen

§ 7 Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Selbsthilfe

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

§ 9 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

§ 10 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

§ 11 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

§ 11a nicht besetzt

§ 11b Kinderkopforthesen

§ 12 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V

§ 12a Kostenerstattung

§ 13 Empfangsberechtigung

§ 14 Leistungsausschluss

Vierter Abschnitt: Zusatzversicherungen/Weiterentwicklung in der Versorgung/ Wahltarife

§ 15	Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge
§ 16	AOK-Bonuswahltarif Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V
§ 17	AOK-Kinderbonus – Bonusprogramm § 65 a SGB V
§ 18	Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 65 a SGB V
§ 19	Individuell wählbare Leistungen
§ 19a	Naturarzneimittel
§ 19b	Alternative Heilmethoden (Osteopathie, Akupunktur, kinesiologische Tapings)
§ 19c	Partnerbegleitung Geburtsvorbereitungskurs
§ 19d	Hebammenrufbereitschaft
§ 19e	Erweiterte Vorsorgeleistungen für Schwangere
§ 19f	Babyschwimmen
§ 19g	Schwimmlernkurs
§ 19h	Vorsorgeleistungen zur Zahngesundheit
§ 19i	Sportzahnschutzschiene
§ 19j	Beitrag Sportverein
§ 19k	Geräte zur Messung der Bewegungsintensität
§ 19l	eHealth-Angebote und digitale Sportkurse
§19m	Beteiligung Startgebühr für sportliche Veranstaltungen in Kooperation mit der AOK Nordost
§ 19n	Sportmedizinische Untersuchung
§ 19o	Erweiterte Brustkrebsvorsorge
§ 20	Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V
§ 21	Hausarztzentrierte Versorgung Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V
§ 22	Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V

§ 23	Besondere Versorgung Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V
§ 24	nicht besetzt
§ 25	nicht besetzt
§ 26	nicht besetzt
§ 27	nicht besetzt
§ 28	nicht besetzt
§ 29	Krankengeld-Wahltarif Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V
§ 30	Teilkostenerstattung Wahltarif nach § 53 Abs. 7 SGB V
§ 31	nicht besetzt
§ 32	nicht besetzt
§ 33	nicht besetzt
§ 34	nicht besetzt
§ 35	nicht besetzt

Fünfter Abschnitt: Beiträge

§ 36	Beitragssätze
§ 36a	Zusatzbeitrag
§ 37	Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder
§ 38	Fälligkeit und Zahlung der Beiträge
§ 39	nicht besetzt
§ 40	Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge
§ 41	Vorschüsse

Sechster Abschnitt: Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle

§ 42	Widerspruchsausschüsse und Einspruchsstelle

Siebter Abschnitt: Organe

§ 43 Organe der AOK

§ 44 Verwaltungsrat und seine Mitglieder

§ 45 Aufgaben des Verwaltungsrates

§ 46 Vorstand

§ 47 Vertretung der AOK

§ 48 Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder

§ 49 Versichertenälteste, Vertrauensleute

Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 50 Rücklage

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

Neunter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§ 52 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen, Veröffentlichungen und Inkrafttreten

§ 53 Bekanntmachungen/Veröffentlichungen

§ 54 Inkrafttreten

Erster Abschnitt

Name und Aufgabenstellung

§ 1
Name, Sitz und Bezirk

(1) Die Allgemeine Ortskrankenkasse führt den Namen AOK Nordost – Die Gesundheitskasse (nachfolgend AOK) und hat ihren Sitz in Potsdam.

(2) Der Bezirk der AOK umfasst die Länder Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.

(3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

§ 2
Aufgabenstellung

(1) Die AOK versteht sich als Gesundheitskasse. Aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.

(2) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Dabei hilft ihnen die AOK durch Aufklärung, Beratung und Leistungen.

(3) Die AOK berät und unterstützt die Arbeitgeber ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.

(4) Die AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes. Die von dem GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92 und 282 SGB V sind für die AOK verbindlich.

(5) Die AOK wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik auf Länderebene mit. Sie setzt sich für bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgungsstrukturen und für eine ausgewogene Mitglieder- und Risikostruktur sowie für eine qualifizierte Kostensteuerung im Gesundheitswesen ein.

(6) Die AOK wirkt bei Leistungserbringern und Versicherten durch Verträge, Information und Beratung auf eine wirtschaftliche Versorgung hin.

Zweiter Abschnitt

Versicherter Personenkreis

§ 3
Mitglieder

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

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

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

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

- Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
- Personen, deren Familienversicherung erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,
- Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
- Schwerbehinderte Menschen i. S. des § 2 Abs. 2 SGB IX, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beigetreten sind,
- Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete,
- Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge,
- sonstige in § 9 Abs. 1 SGB V genannte Personen,
- Personen, die ab dem 31. Dezember 2018 als Soldatinnen und Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind,

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

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

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

§ 4
Familienangehörige

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

§ 5
Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Personen beginnt, soweit sich aus § 186 Abs. 10 und 11 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht (versicherungspflichtige Mitglieder).

(2) Die Mitgliedschaft versicherungsberechtigter Personen beginnt, sofern sich aus § 188 Abs. 2 und 4 SGB V und § 190 Abs. 3 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag ihres schriftlich erklärten Beitritts (freiwillige Mitglieder).

(3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet, sofern sich aus § 53 Abs. 8, § 175 Abs. 4, § 186 Abs. 10, § 190 oder § 192 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt.

(4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet im Falle des Austritts zwei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die schriftliche Austrittserklärung eingeht, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt. Die freiwillige Mitgliedschaft kann ohne Einhaltung der Kündigungsfrist beendet werden, wenn für das Mitglied nach Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V besteht.

(5) Die Bindungsfrist von 12 bzw. 36 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet wird. Mit dem Wechsel zu einer anderen AOK beginnt eine neue 12-monatige Bindungsfrist an diese Kasse.

Dritter Abschnitt

Leistungen

§ 6
Art und Umfang der Leistungen

(1) Die AOK wirkt darauf hin, dass

- ihre Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise und umfassend und schnell erhalten,
- die zur Leistungserbringung erforderlichen Personen, Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen und
- der Zugang zu den Leistungen einfach gestaltet wird.

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

1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung, insbesondere Prävention, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten;

2. bei Krankheit

   a) Krankenbehandlung, insbesondere
      - ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
      - zahnärztliche Behandlung, einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,

- Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln,
- häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
- Soziotherapie,
- spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
- Krankenhausbehandlung,
- Zuschuss für ambulante und stationäre Hospizleistungen,
- medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
- Digitale Gesundheitsanwendungen,

b) strukturierte Behandlungsprogramme,

c) Krankengeld;

3. bei Schwangerschaft und bei Mutterschaft

- ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
- Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln,
- Entbindung,
- häusliche Pflege und Haushaltshilfe,
- Mutterschaftsgeld;

4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch nach § 24 b SGB V;

5. Beratung und Information zu ihren Rechten als Patienten sowie zum gesundheitlichen Verbraucherschutz im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen;

6. Unterstützung bei Behandlungsfehlern.

(3) Die AOK bietet ihren Versicherten Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Gesundheits- und Pflegeanwendungen und Verfahren an. Die Förderleistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung der von der AOK angebotenen digitalen oder telemedizinischen Anwendungen sowie Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

§ 7
Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Selbsthilfe

(1) Die AOK stellt Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem von dem GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfaden entsprechen. Diese Leistungen umfassen den Individuellen Ansatz und den Setting-Ansatz. Sie beinhalten insbesondere die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, sowie Suchtmittelkonsum.

(2) Die AOK kann für Versicherte in besonderen beruflichen oder familiären Umständen bei Inanspruchnahme wohnortferner Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung einen Zuschuss von 16,00 Euro pro Tag zu den Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Fahrtkosten leisten.

(3) Die AOK erbringt Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Maßgabe des § 20b SGB V, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom GKV-Spitzenverband gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfaden entsprechen. In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind dies insbesondere die Handlungsfelder arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, psychosoziale Belastungen (Stress) sowie Suchtmittelkonsum. Die AOK unterstützt die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach Maßgabe des § 20c SGB V.

(4) Die AOK fördert Selbsthilfegruppen und -organisationen, wenn diese die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von solchen Krankheitsbildern zum Ziel haben, die in dem gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind, sowie die gesundheitsbezogene Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen, die themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sind.

§ 8
Primäre Prävention durch Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

(1) Die AOK übernimmt nach § 20i Abs. 2 SGB V über die in § 20i Abs. 1 SGB V genannten Fälle hinaus die Kosten für öffentlich durch die Ständige Impfkommission, das Auswärtige Amt oder in den ärztlichen Leitlinien empfohlene Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zur primären Prävention von Krankheiten, wenn diese Leistungen durch Ärzte erbracht werden und so weit nicht bereits die Zuständigkeit anderer Kostenträger gegeben ist.

(2) Im Falle der Erstattung werden Kosten bis maximal 200,00 Euro je Kalenderjahr übernommen

(3) Zur Erstattung sind die Originalrechnung(en) sowie die ärztliche Bescheinigung/Verordnung vorzulegen. Das Nähere zur Kostenübernahme regeln die Ausführungsbestimmungen, die durch den Vorstand festgelegt werden.

§ 9
Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V) zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss. Dieser beträgt pauschal 100,00 Euro bei der Leistungsdauer von mindestens 14 bis 20 Kalendertagen bzw. 150,00 Euro bei einer Leistungsdauer ab 21 Kalendertagen. Für Kinder bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres beträgt der Zuschuss 13,00 Euro täglich. Für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 Euro täglich für die Dauer der Maßnahme.

§ 10
Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

(1) Die AOK übernimmt bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Vorsorgeleistung für Mütter und Väter (§ 24 SGB V) oder einer Leistung der Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 SGB V) in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung die Kosten in Höhe des vereinbarten Pflegesatzes.

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

§ 11
Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

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

1. wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder
2. wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, längstens jedoch für die Dauer von 52 Wochen, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. 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. Darüber hinaus kann die AOK in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung stellen.

§ 11a
nicht besetzt

§ 11b
Kinderkopforthesen

(1) Für Versicherte bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden von der AOK die Kosten für eine Behandlung mittels Kopforthesen (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie) erstattet, sofern die Indikationsstellung und Verordnung durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung / Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgte und von diesem bestätigt wird, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder ohne die Behandlung mittels Kopforthesen Folgebehandlungen zu erwarten sind.

(2) Nach Vorlage der fachärztlichen Verordnung und einer quittierten Rechnung erstattet die AOK ihren Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten.

(3) Bei Ausschluss der Leistung durch den Gemeinsamen Bundesauschuss entfällt eine Kostenerstattung.

§ 12
Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V

(1) Freiwillig versicherte Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, haben Anspruch auf Krankengeld nach den für versicherungspflichtige Arbeitnehmer maßgebenden Regelungen des SGB V.

(2) Einen Krankengeldanspruch können wählen:

1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind,

2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens für sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter).

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

1. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Lohnausfall gezahlt,

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

§ 12a
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 im Rahmen der Kostenerstattung unter den Bedingungen des § 13 Abs. 2 Satz 7 und 8 SGB V möglich, wenn die AOK zuvor zugestimmt hat.

(2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK unter Verwendung des dafür bereit gestellten Vordruckes. Die gewählte Kostenerstattung beginnt frühestens mit dessen Zugang und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung. Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen.

(3) Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABI. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, in Anspruch genommen werden, nach Maßgabe des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind.

(4) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2, 4 bis 6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von fünf Prozent, zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag höchstens 40,00 Euro beträgt.

(5) Abweichend von Absatz 4 wird bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung der Erstattungsbetrag auf 25 Prozent und im Bereich der Versorgung mit Arzneimitteln auf 70 Prozent der ausgewiesenen Kosten festgesetzt. Ein Verwaltungskostenabschlag erfolgt nicht. Auf Antrag des Versicherten wird der Erstattungsbetrag individuell nach Absatz 4 ermittelt.

(6) Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. Absatz 2 findet keine Anwendung. Bei der Berechnung des Erstattungsbetrages werden die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und ein Abschlag für Verwaltungskosten nach Absatz 4 berücksichtigt sowie anfallende Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V und die der AOK aufgrund eines Vertrages nach § 130a Abs. 8 SGB V entgangenen Rabatte in Höhe einer kalendervierteljährlich einheitlich festgesetzten Pauschale. Die Summe der Minderungsbeträge nach Satz 3 beträgt je Antrag mindestens fünf Euro.

(7) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 13
Empfangsberechtigung

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

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

Der Inhaber der Unterlagen hat sich auf Verlangen auszuweisen.

§ 14
Leistungsausschluss

(1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 soll die AOK insbesondere dann verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegt.

(2) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann die AOK den Medizinischen Dienst hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.

(3) Der Versicherte ist über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen zu informieren.

Vierter Abschnitt

Zusatzversicherungen/Weiterentwicklung in der Versorgung/Wahltarife

§ 15
Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

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

§ 16
AOK-Bonuswahltarif
Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V

(1) Die AOK bietet einen Selbstbehalt-Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V mit einem Grundbonus (Prämie) für den Selbstbehalt (Eigenbeteiligungen) in Verbindung mit einem Gesundheitsbonus nach § 65a SGB V als AOK-Bonus-Wahltarif an.

(2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des AOK-Bonus-Wahltarifs. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V).
Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und frühestens zu dem vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn.
Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 SGB V gekündigt werden. Unter Verzicht auf die Einhaltung der Mindestbindungsfrist kann der AOK-Bonus-Wahltarif durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK gekündigt werden, wenn die weitere Teilnahme für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. Der AOK-Bonus-Wahltarif kann dann abweichend von Satz 3 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
Ein besonderer Härtefall ist insbesondere anzuerkennen bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII.

(3) Mitgliedern mit einem jährlichen Einkommen bis 18.000,00 Euro brutto steht ein Grundbonus von 80,00 Euro kalenderjährlich zu (Tarifstufe I). Mitglieder mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von 18.000,01 Euro bis zu der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V erhalten einen Grundbonus in Höhe von 110,00 Euro (Tarifstufe II). Für Mitglieder mit einem jährlichen Bruttoeinkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V beträgt der Grundbonus 230,00 Euro (Tarifstufe III). Maßgeblich ist das Jahresarbeitsentgelt des abzurechnenden Teilnahmejahres. Die Wahl einer niedrigeren Tarifstufe ist möglich. Wird die Einkommensgrenze für die ge-

wählte Tarifstufe unterschritten und dieses durch die AOK rückwirkend festgestellt, erfolgt rückwirkend ab 01.01. des Abrechnungsjahres, frühestens jedoch ab Teilnahmebeginn, eine Rückstufung in die Tarifklasse, welche dem festgestellten Einkommen entspricht.

(4) Mitgliedern steht ein Gesundheitsbonus von 70,00 Euro kalenderjährlich zu, wenn sie Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V und Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und öffentlich empfohlene Schutzimpfungen nach § 20 d Abs. 1 SGB V und § 8 der Satzung nachweisen. Stattdessen genügt der Nachweis körperlicher Fitness durch einen sportwissenschaftlich entwickelten Walkingtest, Ergometertest oder durch die Vorlage eines Leistungsabzeichens des Deutschen Olympischen Sportbundes und seiner Mitgliedsorganisationen.
Gleichartige Nachweise der körperlichen Fitness können im Einzelfall anerkannt werden. Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen dürfen nicht älter als ein Jahr sein.

(5) Mitgliedern steht ein kalenderjährlicher Zusatzbonus zu, wenn sie in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren, in denen sie am Tarif teilgenommen haben, keine Eigenbeteiligung nach Absatz 6 tragen mussten. Das erste Kalenderjahr der Tarifteilnahme gilt in diesem Zusammenhang als erfüllt, wenn mindestens 3 Monate des Jahres mit einer Zugehörigkeit zum Tarif belegt sind.
Der Zusatzbonus beträgt pro vollständiges Kalenderjahr 50,00 Euro in Tarifstufe I, 60,00 Euro in Tarifstufe II, 100,00 Euro in Tarifstufe III. Die Zahlung des Zusatzbonus für die ersten drei Teilnahmejahre erfolgt zusammenhängend erstmalig mit der Abrechnung des dritten Teilnahmejahres, sofern die Voraussetzung für den Zusatzbonus erfüllt wurde. In Folgejahren erfolgt die Zahlung jährlich, bei Erfüllung der in Satz 1 genannten Voraussetzung, mit der jährlichen Abrechnung des Tarifes. Muss das Mitglied in einem Kalenderjahr eine Eigenbeteiligung nach Abs. 6 tragen, wird kein Zusatzbonus gewährt und es muss vor der nächsten Zahlung des Zusatzbonus der Zeitraum von drei vollständigen Kalenderjahren erneut erfüllt werden.

(6) Mitglieder tragen Eigenbeteiligungen bis zu einem kalenderjährlichen Höchstbetrag von 160,00 Euro in Tarifstufe I, 220,00 Euro in Tarifstufe II, 460,00 Euro in Tarifstufe III. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 20,00 Euro in Tarifstufe I, 27,50 Euro in Tarifstufe II, 57,50 Euro in Tarifstufe III. Die Eigenbeteiligung je stationärer Krankenhausbehandlung beträgt 40,00 Euro in Tarifstufe I, 55,00 Euro in Tarifstufe II und 115,00 Euro in Tarifstufe III. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Leistungen, die aufgrund einer Schwangerschaft einschließlich der Entbindung entstehen werden nicht einbezogen. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen.

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

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

§ 17
AOK-Kinderbonus – Bonusprogramm § 65a SGB V

(1) AOK-Kinderbonus ist ein Bonusprogramm nach § 65a SGB V für Kinder und Jugendliche zur Verbesserung gesundheitsbewussten Verhaltens. Im Rahmen des Programms erhalten die Teilnehmer einen Bonus bei

(a) Inanspruchnahme von Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 65a Abs. 1 Satz 1, § 25 und § 26 SGB V,

(b) Inanspruchnahme von Schutzimpfungen gemäß § 65a Abs. 1 Satz 1, § 20i SGB V, die öffentlich empfohlen sind,

(c) regelmäßiger Inanspruchnahme qualitätsgesicherter Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 65a Abs. 1a, § 20 Abs. 5 SGB V,

(d) regelmäßiger Teilnahme an vergleichbaren qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens i. S. d. § 65a Abs. 1a SGB V.

(2) Die Teilnahme ist für versicherte Kinder und Jugendliche der AOK Nordost freiwillig und kommt durch Einschreibung zustande. Das Bonusprogramm unterscheidet zwischen 5 Leveln für 5 verschiedene Altersgruppen.

Level 1	ab Geburt bis 2-jährige Kinder (1. Monat - 36. Lebensmonat)
Level 2	3-jährige – 5-jährige Kinder (37. Monat – 60. Lebensmonat)
Level 3	6-jährige – 8-jährige Kinder
Level 4	9-jährige – 11-jährige Kinder
Level 5	12-jährige – 14-jährige Kinder

Die gleichzeitige Teilnahme am AOK-Bonus-Wahltarif nach § 16 der Satzung ist ausgeschlossen.

(3) Für den jeweiligen Teilnahmezeitraum muss die Inanspruchnahme von Leistungen bzw. die Teilnahme an Angeboten im Sinne des § 17 Abs. 1 (a), (b), (c) bzw. (d) der Satzung durch Bescheinigung eines Vertragsarztes, eines Leistungserbringers bzw. Anbieters der qualitätsgesicherten Leistung nachgewiesen werden.

Die Versicherten können diesen Nachweis der Aktivitäten auf den Internetseiten der AOK Nordost online erbringen, in Textform (z. B. E-Mail) oder schriftlich.

(4) Der Bonus wird in Form von Punkten gutgeschrieben. Wobei 100 Punkte dem Gegenwert von 1,00 Euro entsprechen. Der Bonus wird nach Wahl des Versicherten als Geldprämie ausgezahlt oder in Form eines zweckgebundenen Zuschusses für eine in Anspruch genommene Sach- oder Dienstleistung gewährt. Zweckgebundene Zuschüsse können innerhalb des laufenden Levels eingereicht werden. Sie werden auf den Geldwert angerechnet. Die nicht eingelösten Bonuspunkte werden zum Ende des Levels ausgezahlt.

(5) Die AOK Nordost kann unter den Voraussetzungen des § 51 Absatz 1 SGB I mit eigenen Zahlungsansprüchen (z.B. Beitragsrückstände oder anderen offenen Zahlungen) aus der Versicherung des Kindes gegen den auszuzahlenden Bonus aufrechnen.

(6) Die Teilnahme an diesem Bonusprogramm endet mit dem 15. Geburtstag des Kindes. Endet die Versicherung bei der AOK Nordost, endet auch gleichzeitig die Teilnahme am AOK-Kinderbonus.

(7) Das Nähere zur Teilnahme, Ausgestaltung und Durchführung des Programms bestimmt der Vorstand durch Richtlinien in Form von Ausführungsbestimmungen.

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

(1) Für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Maßgabe des § 20b SGB V kann die AOK ihren Versicherten und deren Arbeitgebern, mit denen sie diese Maßnahmen durchführt oder die vergleichbare Maßnahmen ohne Initiative bzw. Beteiligung einer Krankenkasse umsetzen, einen Bonus entsprechend den nachfolgenden Regelungen zahlen. Die AOK schließt darüber im Vorfeld der Aktivitäten eine Bonusvereinbarung mit dem Arbeitgeber ab.

(2) Die AOK und der Arbeitgeber vereinbaren, welche Maßnahmen nach Absatz 1 durchgeführt werden müssen, um den Bonus zu erhalten. Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung müssen sich an den jeweils geltenden Handlungsfeldern und Qualitätskriterien zur Umsetzung des § 20b SGB V orientieren.

(3) Der Bonus beträgt maximal das Zweifache des vom Arbeitgeber monatlich in der Krankenversicherung zu tragenden Beitragsanteils für die teilnehmenden und bei der AOK versicherten versicherungspflichtig Beschäftigten zuzüglich des von ihm zu leistenden Beitragszuschusses für die bei der AOK freiwillig versicherten beschäftigten Mitglieder. Beiträge aus einmalig gezahltem Arbeitsentgelt bleiben bei der Berechnung des Bonus unberücksichtigt. Der Bonus steht zur Hälfte dem Arbeitgeber und zur Hälfte den teilnehmenden bei der AOK versicherten Arbeitnehmern zu. Die Verteilung auf die bei der AOK versicherten Arbeitnehmer erfolgt jeweils zu gleichen Anteilen.

(4) Die Durchführung der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie die Namen der bei der AOK versicherten Teilnehmer sind vom Arbeitgeber ausreichend zu dokumentieren. Diese Dokumentation gilt als zahlungsbegründende Unterlage.

(5) Auf der Grundlage der Dokumentation prüft die AOK, ob die durchgeführten Maßnahmen den Qualitätsstandards nach § 20b SGB V entsprechen. Über das Ergebnis der Bewertung und die damit verbundene Bonuszahlung wird der Arbeitgeber unter Angabe von Gründen schriftlich informiert.

(6) Maßgebend für die Zahlung eines Bonus ist der Beitragsmonat, an dem die vertraglich vereinbarten Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung abgeschlossen wurden. Die Anzahl der AOK-versicherten Arbeitnehmer wird jeweils am Ende dieses Beitragsmonats ermittelt. Zu diesem Stichtag ist vom Unternehmen auch die abschließende Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einzureichen. Eine Auszahlung des Bonus erfolgt frühestens ab dem Folgemonat.

(7) Die Aufwendungen der AOK für die vereinbarten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden grundsätzlich mit dem Bonus verrechnet.

(8) Voraussetzung für den Abschluss einer Bonusvereinbarung nach Absatz 1 ist, dass das Unternehmen eigene finanzielle und/oder personelle Ressourcen für die Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bereitstellt. Für Maß-

nahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet ist, wird kein Bonus gewährt.

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

§ 19
Individuell wählbare Leistungen

(1) Die AOK stellt ihren Versicherten zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V nach Maßgabe der §§ 19a bis 19o der Satzung zur Verfügung.

(2) Nehmen die Versicherten Kostenerstattungen nach den §§ 19a bis 19c sowie 19e bis 19o der Satzung in Anspruch, ist der Gesamtbetrag der Kostenerstattung begrenzt auf insgesamt maximal 218,00 Euro je Versicherten im Kalenderjahr. Besteht die Versicherung bei der AOK nur für einen Teil des Kalenderjahres, reduzieren sich diese 218,00 Euro um jeweils 25 vom Hundert für jedes volle Quartal einer nicht bestehenden Versicherung. Bei Ende der Mitgliedschaft im laufenden Kalenderjahr können zu viel erstattete Kosten vom Versicherten zurückgefordert werden.

(3) Wählt eine Versicherte die Erstattung gemäß § 19d (Hebammenrufbereitschaft), werden etwaige bereits im laufenden Kalenderjahr in Anspruch genommene Kostenerstattungen im Sinne des Abs. 2 auf die gemäß § 19d Abs. 2 maximal mögliche Kostenerstattung angerechnet.

(4) Die Gewährung der zusätzlichen Leistungen bzw. Kostenerstattungen gemäß §§ 19a bis 19o erfolgt auf Antrag in Papierform oder elektronisch.
Der Anspruch setzt voraus, dass Versicherte den Antrag auf Kostenerstattung spätestens bis zum 31. März des Folgejahres nach Inanspruchnahme der jeweiligen Leistungen bzw. gesundheitsfördernden Maßnahmen bei der AOK eingereicht haben. Nach Ablauf dieser Frist kann der Antrag nicht mehr berücksichtigt werden. Das Nähere zur Nutzung, Ausgestaltung und Durchführung regeln die Ausführungsbestimmungen, die durch den Vorstand festgelegt werden.

§ 19a
Naturarzneimittel

(1) Die AOK erstattet Versicherten die Kosten für nicht verschreibungs-, jedoch apothekenpflichtige phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel, deren Anwendung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Verordnung des Arzneimittels muss durch einen Vertragsarzt auf Privatrezept erfolgt sein und das Arzneimittel in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen worden sein.

(2) Die AOK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten für diese Arzneimittel in voller Höhe, maximal jedoch für alle betroffenen Arzneimittel insgesamt 50,00 Euro je Versicherten und Kalenderjahr.

(3) Für die Erstattung sind Originale der Rechnungen von Apotheken und die ärztlichen Verordnungen einzureichen. Privat erworbene Arzneimittel oder Rezepte von Heilpraktikern werden im Rahmen dieser Satzungsregelung nicht berücksichtigt.

(4) Nicht erstattet werden

- Arzneimittel der Homöopathie, Anthroposophie und Phytotherapie die nach § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V bzw. durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 SGB V) ausgeschlossen sind,
- Arzneimittel, die nicht apothekenpflichtig sind sowie
- Nahrungsergänzungsmittel bzw. Lebensmittel.

Der gesetzliche Anspruch nach § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt

§ 19b
Alternative Heilmethoden
(Osteopathie, Akupunktur, kinesiologische Tapings)

(1) Die AOK erstattet Versicherten Kosten für osteopathische Leistungen, sofern ärztlich bescheinigt wird, dass die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die AOK erstattet Kosten in Höhe von maximal 40,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten.

(2) Für Kinder bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres erstattet die AOK bei unstillbaren, dauerhaften Schrei- und Unruheattacken (sog. Regulationsstörungen) oder KISS-Syndrom (Kopfgelenk-induzierte Symmetrie-Störung) Kosten in Höhe von maximal 150,00 Euro je Kalenderjahr und versichertem Kind.

(3) Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen (mit abgeschlossener Weiterbildung zum Osteopathen) ist oder eine osteopathische Ausbildung abgeschlossen hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

(4) Zur Erstattung sind die Originalrechnung(en) sowie die ärztliche Bescheinigung/Anordnung vorzulegen.

(5) Die AOK erstattet Versicherten Kosten für Akupunkturbehandlungen über die gesetzlich anerkannten Indikationen hinaus auch bei den Indikationen Migräne und Allergien, sofern die Behandlung qualitätsgesichert von einem zugelassenen Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Akupunktur“ durchgeführt wird.

(6) Die AOK erstattet Versicherten Kosten für kinesiologische Tapings, sofern die Behandlung qualitätsgesichert von einem qualifizierten Leistungserbringer durchgeführt wird, der als Arzt oder Physiotherapeut zugelassen ist.

(7) Die AOK erstattet Kosten gemäß § 19b Abs. 5 und Abs. 6 in Höhe von zusammen insgesamt maximal 40,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten.

§ 19c
Partnerbegleitung Geburtsvorbereitungskurs

(1) Die AOK erstattet Kosten der Teilnahme an einem von Hebammen durchgeführten Partner-Geburtsvorbereitungskurs an die AOK-versicherte Begleitperson der werdenden Mutter. Der AOK-versicherten Begleitperson werden die tatsächlich entstandenen Kosten bis maximal 90,00 Euro je Schwangerschaft erstattet.

(2) Der Anspruch setzt voraus, dass die Hebamme zugelassene Leistungserbringerin gemäß § 134a Abs. 2 SGB V ist oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Versorgung berechtigt ist.

§ 19d
Hebammenrufbereitschaft

(1) Die AOK erstattet Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, die Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen.

(2) Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme, maximal 270,00 Euro je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.

(3) Der Anspruch setzt voraus, dass die Hebamme zugelassene Leistungserbringerin gemäß § 134a Abs. 2 SGB V ist oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Versorgung berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

§ 19e
Erweiterte Vorsorgeleistungen für Schwangere

(1) Die AOK erstattet Versicherten bei Schwangerschaft Kosten für folgende durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erbrachte Leistungen:
a) Toxoplasmose-Test
b) Triple-Test
c) Ersttrimesterscreening (Nackenfaltenmessung)
d) Antikörperbestimmung bei Schwangerschaft auf Ringelröteln und Windpocken
e) B-Streptokokken-Test
f) Zytomegalie-Test

(2) Die AOK erstattet Versicherten bei Schwangerschaft ferner Kosten für PH-Selbsttests.

(3) Die AOK erstattet Versicherten nach ihrer Schwangerschaft Kosten für eine Stillberatung, sofern diese Leistung durch eine zugelassene Hebamme oder eine entsprechend qualifizierte Einrichtung erfolgt.

(4) Die AOK erstattet Versicherten bei Schwangerschaft ferner Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium oder Folsäure. Voraussetzung ist, dass sie als Monopräparate mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium oder Folsäure von einem Vertragsarzt auf Privatrezept verordnet und in einer Apotheke oder im nach deutschem Recht zulässigen Versandhandel bezogen wurden.
Eine Erstattung ist jedoch ausgeschlossen, wenn
- die Arzneimittel gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind bzw.
- es sich um Nahrungsergänzungsmittel mit den genannten Wirkstoffen handelt.

Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bleibt unberührt.

(5) Eine Erstattung von Kosten für Leistungen nach den Absätzen 1 bis 3 ist auch dann ausgeschlossen, wenn es sich um Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien handelt.

(6) Die AOK erstattet Kosten nach den Absätzen 1 bis 4 in Höhe von insgesamt bis zu 100,00 EUR je Schwangerschaft. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen sowie zur Erstattung der nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel nach Absatz 4 zusätzlich die Privatrezepte vorzulegen.

§ 19f
Babyschwimmen

(1) Die AOK erstattet Versicherten die Kosten für Babyschwimmen zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens bzw. im Rahmen der Frühförderung und Früherkennung.

(2) Erstattet werden einmalig die tatsächlich entstandenen Kosten, maximal 90,00 Euro.

§ 19g
Schwimmlernkurs

(1) Die AOK erstattet Versicherten zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens bzw. im Rahmen der Prävention zur Vermeidung von Schwimmunfällen und deren gesundheitlicher Folgen die Kosten für einen Schwimmlernkurs.

(2) Bei Vorlage einer personifizierten Urkunde über den erfolgreich absolvierten Kurs, z. B. Zeugnis für Frühschwimmer, Schwimmzeugnis oder ein Schwimmabzeichen, erstattet die AOK einmalig die tatsächlich entstandenen Kosten, maximal 90,00 Euro.

§ 19h
Vorsorgeleistungen zur Zahngesundheit

(1) Die AOK erstattet Versicherten die entstandenen nachgewiesenen Kosten für
1. medizinisch notwendige Füllungstherapien (Zahnfüllungen) soweit es sich um Mehrkosten im Sinne des § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V handelt,
2. Professionelle Zahnreinigung, die bei einem Vertragszahnarzt durchgeführt wird.

(2) Die AOK erstattet Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres über die Regelleistung hinaus Kosten zur Versiegelung der Glattflächen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung mit Multiband nach § 28 SGB V.

(3) Die AOK erstattet Versicherten Kosten für die Analgosedierung (sogenannter Dämmerschlaf) bei der chirurgischen Entfernung von Weißheitszähnen, sofern diese nicht bereits eine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist und die versicherte Person am Tag der Behandlung nicht älter als 25 Jahre war.

(4) Die AOK erstattet Kosten für Leistungen gemäß § 19h Absätze 1 bis 3 in Höhe von zusammen insgesamt maximal 50,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherten.

§ 19i
Sportzahnschutzschiene

(1) Die AOK erstattet Versicherten als individuellen Zahnmundschutz sogenannte Zahnschutzschienen im Rahmen der Prävention bei Risikosportarten mit erhöhtem Verletzungsrisiko zum Schutz vor Zahnbeschädigung bzw. Zahnverlust sowie Verletzung des umgebenden Gewebes.

(2) Erstattet werden einmal im Kalenderjahr maximal 90,00 Euro.

(3) Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass die Leistung von einem zugelassenen Vertragszahnarzt veranlasst wird.

§ 19j
Beitrag Sportverein

(1) Die AOK erstattet versicherten Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, die als aktives Mitglied in einer Sporteinrichtung unter Anleitung lizensierter und qualifizierter Fachkräfte Sport treiben, Kosten für diese Mitgliedschaft. Sie leistet damit einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

(2) Erstattet werden einmal im Kalenderjahr die tatsächlich entstandenen Kosten, maximal 60,00 Euro.

(3) Voraussetzung für die Erstattung ist der jährliche Nachweis über die Aktivität im Sportverein.

§ 19k
Geräte zur Messung der Bewegungsintensität

(1) Die AOK erstattet Versicherten die Kosten für Geräte zur Messung der Bewegungsintensität von dynamischen Aktivitäten, die in den Minimalfunktionen Pulsfrequenzen und/oder Anzahl der Schritte messen.

(2) Erstattet werden jedes zweite Kalenderjahr maximal 50,00 Euro.

(3) Voraussetzung für die Erstattung ist eine Selbsterklärung des Versicherten über die Nutzung dieser Geräte.

§ 19l
eHealth-Angebote und digitale Sportkurse

(1) Die AOK erstattet Versicherten die Kosten für eHealth-Angebote (elektronische Gesundheitsangebote, z. B. Apps) beziehungsweise digitale Sportkurse.

(2) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, insgesamt maximal 20,00 Euro im Kalenderjahr.

(3) Voraussetzung für die Erstattung ist eine Selbsterklärung des Versicherten über die Nutzung dieser eHealth-Angebote beziehungsweise digitalen Sportkurse.

§ 19m
Beteiligung Startgebühr für sportliche Veranstaltungen in Kooperation mit der AOK Nordost

(1) Die AOK erstattet Versicherten Kosten für Startgebühren bei sportlichen Veranstaltungen, die in Kooperation mit der AOK Nordost durchgeführt werden.

(2) Die AOK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Kalenderjahr und Versicherten bis insgesamt maximal 50,00 Euro.

(3) Voraussetzung für die Erstattung ist die Vorlage des Zahlbelegs und der Teilnehmerurkunde.

§ 19n
Sportmedizinische Untersuchung

(1) Versicherte der AOK Nordost 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, ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsprüfung 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 eine Laktatbestimmung unter Belastung, eine Spiroergometrie sowie Gelenk- und Muskelfunktionstests erforderlich sind, können Versicherte der AOK Nordost anstelle einer Basisuntersuchung eine erweiterte Untersuchung in Anspruch nehmen. Diese hat mindestens die Erhebung eines internistisch-kardiologischen und orthopädischen Ganzkörperstatus, ein Belastungselektrokardiogramm, eine Laktatbestimmung unter Belastung und Gelenk- und Muskelfunktionstests sowie eine eingehende Beratung zur empfohlenen Sportart und richtigem Training zu umfassen.

(3) Für die Inanspruchnahme der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung bei approbierten Ärzten, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen, erstattet die AOK Nordost maximal 75,00 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 und maximal 150,00 Euro pro Behandlung nach Absatz 2 Satz 2. 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.

§ 19o
Erweiterte Brustkrebsvorsorge

(1) Die AOK erstattet Versicherten im Alter zwischen 30 bis 49 Jahren über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus die entstandenen nachgewiesenen Kosten
1. für eine Taktilographie zur Brustkrebsfrüherkennung (TBU) mit speziell von „dicovering hands“ ausgebildeten Medizinisch-Taktilen Untersucherinnen (MTU) die tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von maximal 40,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherter,
2. für einen Kurs zur Brustselbstuntersuchung mit der MammaCare-Methode. Erstattet werden einmalig je Versicherter die tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von maximal 40,00 Euro.

(2) Die AOK erstattet Kosten für Leistungen gemäß § 19o Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 in Höhe von zusammen insgesamt maximal 40,00 Euro je Kalenderjahr und Versicherter.

§ 20
Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V

(1) Die AOK bietet ihren Versicherten ein Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten gemäß § 65a SGB V an. Das Bonusprogramm können die Versicherten in elektronischer Form (papierlos) auf der Startseite der App „Meine AOK“ durchführen oder in Papierform. Das Bonusprogramm möchte Versicherte motivieren und befähigen, die Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung auszuschöpfen. Inhaltlicher Schwerpunkt ist die Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens in den Bereichen Sport, Mitgliedschaften, Vorsorge und weitere Gesundheitsleistungen sowie Soziales Engagement im Bereich Gesundheit. Das Nähere zur Teilnahme, Ausgestaltung und Durchführung des Bonusprogramms bestimmt der Vorstand durch Richtlinien in Form von Ausführungsbestimmungen.

(2) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten, die zum Teilnahmebeginn mindestens das 15. Lebensjahr vollendet haben. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme am Bonusprogramm elektronisch oder schriftlich in Papierform. Die elektronische Erklärung erfolgt auf der Startseite der App „Meine AOK“. Bei der Papierform senden die Versicherten ihre ausgefüllte Teilnahmeerklärung an die AOK Nordost. Die Teilnahme beginnt nach erfolgreicher Einschreibung mit dem Tag der elektronischen Anmeldung im Bonusprogramm der App „Meine AOK“. Bei der Papierform beginnt die Teilnahme mit dem Datum der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

(3) Die Teilnehmer weisen ihre Maßnahmen gesunder Lebensführung im Sinne des Absatz 1 folgendermaßen nach: Bei der elektronischen Form im Bonusprogramm auf der Startseite der App „Meine AOK“ und bei der Papierform durch Ausfüllen eines Bonusheftes. Für die gemeldeten Nachweise schreibt die AOK die in den Ausführungsbestimmungen für die jeweilige Maßnahme festgelegten Bonuspunkte gut. 100 (einhundert) Bonuspunkte entsprechen 1,00 Euro.

(4) Sowohl bei der elektronischen als auch bei der Papierform sind die Nachweise bzw. das Bonusheft spätestens bis zum 31. März des Folgejahres zu übermitteln, damit die Bonuspunkte für das vergangene Kalenderjahr gutgeschrieben werden können. Für nicht bis zu diesem Zeitpunkt nachgewiesene Maßnahmen können keine Bonuspunkte gutgeschrieben werden.

(5) Teilnehmer an der elektronischen Form des Bonusprogramms können ihre gesammelten Punkte in die Folgejahre übernehmen. Teilnehmer an der Papierform des Bonusprogramms müssen ihre gesammelten Punkte bis spätestens 31. März des Folgejahres abrechnen.

(6) Eine Auszahlung des Bonus ist für Teilnehmer an der elektronischen Variante und für Teilnehmer an der Papierform ab einem Wert von 1000 Bonuspunkten (entsprechen 10 Euro) möglich. Die Teilnehmer beantragen die Bonuszahlung folgendermaßen: Bei der elektronischen Form im Bonusprogramm auf der Startseite der App „Meine AOK“ und bei der Papierform durch Einreichen des ausgefüllten Bonusheftes. Im Falle der Beendigung des Versicherungsverhältnisses muss die Auszahlung vor dem Ende der Mitgliedschaft bei der AOK beantragt werden.

(7) Die Teilnahme am Bonusprogramm kann jederzeit schriftlich bzw. elektronisch gekündigt werden. In diesem Fall endet die Teilnahme zum 31.12. des Kalenderjahres, in welchem die Erklärung des Teilnehmers, die Teilnahme am Programm zu beenden, bei der AOK eingegangen ist. Im Übrigen endet die Teilnahme am Bonusprogramm mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK.

(8) Im Falle des begründeten Verdachts der missbräuchlichen Nutzung des Bonusprogramms auf der Startseite der App „Meine AOK“ und/oder der Fitnesstracker bzw. der zur Verfügung stehenden Abwicklungsprozesse, insbesondere durch Manipulation aufgrund falscher Angaben, Übermittlung ungeeigneter Nachweise oder Sammlung von Bonuspunkten unter Verstoß gegen die Satzung bzw. die Teilnahmebedingungen, können Teilnehmer von der weiteren Teilnahme am Bonusprogramm mit sofortiger Wirkung ausgeschlossen werden. Etwaig gesammelte Bonuspunkte verfallen. Vor dem Ausschluss ist der Teilnehmer anzuhören. Ausgeschlossene Teilnehmer dürfen das Bonusprogramm für die Dauer von 3 Jahren nicht mehr wählen.

(9) Die AOK kann unter den Voraussetzungen des § 51 Absatz 1 SGB I mit eigenen Zahlungsansprüchen (z. B. Beitragsrückständen oder anderen offenen Zahlungen) gegen den auszuzahlenden Bonus aufrechnen.

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

(1) Die AOK bietet für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V teilnehmen, einen Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V an. Die Verträge können – über das Bestehen einer Versicherung bei der AOK hinaus – weitere Teilnahmevoraussetzungen vorsehen. Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig.

(2) Die Versicherten erklären schriftlich oder elektronisch die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung unter Verwendung einer Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Hierzu wählen sie einen an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarzt und verpflichten sich schriftlich oder elektronisch gegenüber der AOK, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Hiervon ausgenommen sind die direkte Inanspruchnahme eines Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Augenheilkunde und Notfälle. Weitere Ausnahmen können in den Verträgen gemäß § 73b SGB V vorgesehen werden, ohne dass es einer neuen Teilnahmeerklärung bedarf.

(3) Der Teilnahmebeginn ergibt sich aus den jeweiligen vertragsspezifischen Regelungen. Die AOK prüft die Teilnahmevoraussetzungen und informiert die Versicherten schriftlich über das Ergebnis.

Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK oder ein durch die AOK beauftragter Dritter dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Näheres ist in den jeweiligen Verträgen nach § 73b SGB V geregelt.

(4) Die Teilnahmedauer beträgt mindestens 1 Jahr; sie verlängert sich stillschweigend um ein weiteres Jahr, solange der Versicherte die Teilnahme nicht spätestens einen Monat vor dem Ende der Teilnahme schriftlich gegenüber der AOK widerruft. Im Übrigen endet die Teilnahme wie folgt:

- mit dem Ende der Versicherung bei der AOK,
- mit dem Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligung.

Die Teilnahme eines Versicherten kann auch durch die AOK beendet werden, wenn der Versicherte wiederholt gegen seine freiwillig übernommene Verpflichtung gemäß Absatz 2 verstößt. Entstehen der AOK durch eine missbräuchliche Leistungsinanspruchnahme des Versicherten Kosten, können diese dem Versicherten auferlegt werden.

(5) Zur Sicherung der Qualität der hausarztzentrierten Versorgung kann die AOK Versichertenbefragungen durchführen bzw. durch Dritte durchführen lassen und hierzu die erforderlichen Daten ausschließlich in dem für die Befragung erforderlichen Umfang weiterleiten. Die Teilnahme an einer solchen Befragung ist für die Versicherten freiwillig.

(6) Für Versicherte, die den Tarif für hausarztzentrierte Versorgung gewählt haben, ermäßigt die AOK für die Dauer ihrer Teilnahme die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen oder zahlt eine Prämie, soweit die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten erfüllt sind und das Verzeichnis gemäß Absatz 7 zum jeweiligen Vertrag eine Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung vorsieht.

(7) Die AOK führt ein Verzeichnis über die Versorgungsverträge nach § 73 b SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, den Teilnahmevoraussetzungen, dem Leistungsort sowie zu dem Umfang und der Ausgestaltung und Durchführung einer Ermäßigung oder Prämienzahlung, soweit dies vorgesehen ist. Versicherte sind berechtigt, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch werden Versicherten Inhalte des Verzeichnisses schriftlich zur Verfügung gestellt.

§ 22
Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V

(1) Versicherte können zur Verbesserung des Behandlungsablaufes und der Qualität der medizinischen Versorgung chronischer Erkrankungen an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) nach § 137 f SGB V der AOK teilnehmen, für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung für die Region beantragt wurde oder beantragt wird.

(2) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb der Region durchgeführt werden und für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Beauftragung beantragt wurde oder beantragt wird. Dies gilt auch für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V, die als Modellvorhaben durchgeführt werden.

(3) Inhalt, Ausgestaltung und Dauer der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus den für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Verträgen.

§ 23
Besondere Versorgung
Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V

(1) Die AOK bietet für Versicherte, die an einer besonderen Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, einen Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V an. Die Verträge können – über das Bestehen einer Versicherung bei der AOK hinaus – weitere Teilnahmevoraussetzungen vorsehen. Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung ist freiwillig.

(2) Die Versicherten erklären schriftlich oder elektronisch die Teilnahme an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V unter Verwendung einer Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Näheres, insbesondere der Teilnahmebeginn und die Teilnahmedauer, ergeben sich aus den vertragsspezifischen Regelungen. Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK oder ein durch die AOK beauftragter Dritter dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Näheres ist in den jeweiligen Verträgen nach § 140a SGB V geregelt.

(3) Für Versicherte, die den Tarif für die besondere Versorgung gewählt haben, ermäßigt die AOK für die Dauer ihrer Teilnahme die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen oder zahlt eine Prämie, soweit die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten erfüllt sind und das Verzeichnis gemäß Absatz 4 zum jeweiligen Vertrag eine Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung vorsieht.

(4) Die AOK führt ein Verzeichnis über die Versorgungsverträge nach § 140a SGB V zur besonderen Versorgung. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, den Teilnahmevoraussetzungen, dem Leistungsort sowie zu dem Umfang und der Ausgestaltung und Durchführung einer Ermäßigung oder Prämienzahlung, soweit dies vorgesehen ist. Versicherte sind berechtigt, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch werden Versicherten Inhalte des Verzeichnisses schriftlich zur Verfügung gestellt.

§ 24
nicht besetzt

§ 25
nicht besetzt

§ 26
nicht besetzt

§ 27
nicht besetzt

§ 28
nicht besetzt

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

(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 Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V und § 13 Abs. 3 dieser Satzung berechnet,
3. beträgt im Tarif KG 15 bei den nach Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitgliedern 70 v. H. des durchschnittlichen täglichen Arbeitseinkommens, 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 Tarifausprägung:

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

2. KG 15 0,80 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§ 234 SGB V) maßgebend sind.

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 nicht während des Anspruchs auf Krankengeld (Wahltarif-Krankengeld und Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V) zu entrichten.
3. Die Prämienzahlung endet in den Fällen der Absätze 11, Satz 1 und 3, und 12.

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

1. sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, von diesem Zeitpunkt an bis zum Tage der vollständigen Entrichtung der rückständigen Prämien und der AOK wegen der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten; eine Zahlung von Krankengeld innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird,

2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; wird die Mitwirkung nachgeholt, wird das Ruhen des Leistungsanspruchs rückwirkend aufgehoben,
3. nach Absatz 12 Nr. 6 ab dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird.
4. sofern Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

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 Tarifausprägung 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 § 802c ZPO,
4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3a 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 bzw. aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen,
4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,
5. wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird,
6. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sei denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,
7. durch Tod.

(13) Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten 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) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit allen AOKs durch.

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

(1) Die bei der AOK freiwillig versicherten DO-Angestellten, Versorgungsempfänger und deren versorgungsberechtigte Hinterbliebene, die von dem Wahlrecht des § 14 Abs. 2 SGB V Gebrauch gemacht haben, erhalten eine Teilkostenerstattung. Diese basiert auf den beihilfefähigen Aufwendungen nach dem jeweils geltenden Beihilferecht. An die Stelle der hiernach zu bewirkenden Leistung treten die aus der freiwilligen Versicherung nach dem SGB V und der RVO bestehenden Ansprüche auf die Kassenleistungen. Im Übrigen bleibt der Beihilfeanspruch insoweit erhalten, als er für freiwillig versicherte Tarifangestellte der Krankenkasse besteht, die einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V erhalten.

(2) Die in Absatz 1 benannten Mitglieder können den „Tarif für Teilkostenversicherte“ wählen.

(3) Die Erklärung zur Wahl der Teilkostenerstattung nach Absatz 1 gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifs für Teilkostenversicherte, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform. Bei Mitgliedern, deren Teilkostenversicherung nach Absatz 1 vor bzw. am 01.01.2009 begonnen hat, gilt der Tarif für Teilkostenversicherte ebenfalls als gewählt, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform. Die Erklärung zur Wahl des Tarifs für Teilkostenversicherte in den Fällen, in denen das Mitglied der Teilnahme am Tarif zunächst widersprochen hat, bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt in diesen Fällen mit Beginn des

nächsten Kalendermonats gerechnet von dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK zugeht, jedoch nicht vor Beginn des Anspruchs auf Teilkostenerstattung nach Absatz 1 und frühestens zu dem vom Mitglied gewählten Datum.

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

(5) Mitglieder, die den Tarif für Teilkostenversicherte gewählt haben, erhalten nach Maßgabe der Absätze 6 bis 8 für die Dauer der Teilnahme eine monatliche Prämie. Der Zeitpunkt der Fälligkeit der monatlichen Prämie entspricht dem Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrages zur Krankenversicherung gemäß den einheitlichen Grundsätzen des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge. Die Gewährung der Prämie erfolgt zweckgebunden zu dem am gleichen Tag fällig werdenden Beitrag zur Krankenversicherung. Mit der Teilnahme an diesem Tarif weist das Mitglied die AOK unwiderruflich an, die ihm zustehende Prämie unmittelbar bei Fälligkeit für den Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) zu vereinnahmen. Abweichend hiervon erfolgt vorrangig die Aufrechnung mit Ansprüchen auf Rückerstattung von Prämien gemäß Absatz 8 Satz 2.

(6) Ausgangswert für die Prämienberechnung sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 240 SGB V in Verbindung mit den einheitlichen Grundsätzen des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge; der § 223 und der § 238 a SGB V gelten entsprechend. Bei der Ermittlung des Ausgangswertes für die Prämienberechnung bleiben die folgenden Einnahmen außen vor:

1. Sozialleistungen, die nach § 224 SGB V beitragsfrei sind,
2. Arbeitsentgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung (§ 249b SGB V),
3. Sozialleistungen, aus denen Beiträge zu erheben sind, die von Dritten getragen werden (§ 251 SGB V).

(7) Die Berechnung der Prämie erfolgt durch Multiplikation des Ausgangswertes mit dem für die jeweilige Einnahmenart maßgeblichen Prämiensatz. Der Prämiensatz beträgt für

1. Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 228 SGB V): 50 vom Hundert des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V,
2. Versorgungsbezüge (§ 229 SGB V): 50 vom Hundert des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V,
3. Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit, soweit es neben der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird: 50 vom Hundert des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V,
4. alle weiteren hinzuzurechnenden Einnahmen: 50 vom Hundert des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 SGB V.

Erhebt die AOK gemäß § 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V i. V. mit § 36a der Satzung der AOK einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag, ist bei der Ermittlung des Prämiensatzes nach Satz 2 der um den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine bzw. ermäßigte Beitragssatz zugrunde zu legen.

(8) Sofern Beiträge zur Krankenversicherung nachzuberechnen sind, ist die Prämie für den Zeitraum der Nachberechnung rückwirkend zu erhöhen; Absatz 5 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend. Sofern Beiträge zur Krankenversicherung erstattet werden, ist die Prämie für den Zeitraum der Beitragserstattung rückwirkend entsprechend zu reduzieren.

(9) Die Teilnahme am Tarif für Teilkostenversicherte kann durch das Mitglied schriftlich gekündigt werden; sie endet mit Ablauf des Monats, in dem die Kündigung der AOK zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist. Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif für Teilkostenversicherte ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. Die Teilnahme am Tarif für Teilkostenversicherte endet unabhängig davon mit dem Ende der Teilkostenversicherung nach Absatz 1 bei der AOK.

(10) Das Mitglied kann den Tarif für Teilkostenversicherte ausnahmsweise vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn das Mitglied nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Teilnahme am Tarif eine unbillige Härte darstellt. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Monats, in dem die Kündigung der AOK zugeht.

§ 31
nicht besetzt

§ 32
nicht besetzt

§ 33
nicht besetzt

§ 34
nicht besetzt

§ 35
nicht besetzt

Fünfter Abschnitt

Beiträge

§ 36
Beitragssätze

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

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

§ 36a
Zusatzbeitrag

Der Zusatzbeitragssatz der AOK gemäß § 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V beträgt 3,5 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 37
Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder

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

§ 38
Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

(1) Laufende Beiträge, die geschuldet werden, werden entsprechend den Regelungen dieser Satzung und der Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes fällig, soweit im Gesetz nichts Abweichendes geregelt ist.

(2) Zahlungspflichtige, die mit der Beitragszahlung im Rückstand sind, werden gemahnt. Für die Mahnung nach § 3 Abs. 3 Verwaltungs-Vollstreckungsgesetz (VwVG) wird eine Mahngebühr erhoben. Sie beträgt ein halbes Prozent des Mahnbetrages, mindestens jedoch 5,00 EUR und höchstens 150,00 EUR. Die Mahngebühr wird auf volle EUR aufgerundet.

§ 39
nicht besetzt

§ 40
Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

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

§ 41
Vorschüsse

Die AOK kann von Arbeitgebern, die

1. innerhalb des Kassenbezirks keine feste Betriebsstätte haben oder sich nur vorübergehend im Kassenbezirk aufhalten oder

2. a) länger als zwei Monate mit der Beitragszahlung in Verzug sind oder
   b) sich in einem Insolvenzverfahren befinden oder
   c) sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
   d) Zahlungsausfälle befürchten lassen oder

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

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

Sechster Abschnitt

Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle

§ 42
Widerspruchsausschüsse und Einspruchsstelle

(1) Bei der AOK werden als Widerspruchsstelle nach § 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG in der erforderlichen Anzahl Widerspruchsausschüsse eingerichtet. Der Sitz der Widerspruchsausschüsse ist Berlin, Teltow, Neubrandenburg und Schwerin. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat bestellt.

(2) Den Widerspruchsausschüssen gehören als Mitglieder je ein Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber des Verwaltungsrates der AOK sowie der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter mit beratender Stimme an. Zu Mitgliedern der Widerspruchsausschüsse können neben stellvertretenden Mitgliedern des Verwaltungsrates auch Personen, die die Wählbarkeitsvoraussetzungen zum Verwaltungsrat der AOK erfüllen, bestellt werden. Für jedes Mitglied der Widerspruchsausschüsse ist mindestens 1 Stellvertreter zu bestimmen. Ist ein Mitglied verhindert, so nimmt das nächstfolgende stellvertretende Mitglied der Gruppe teil.

(3) Die Widerspruchsausschüsse wählen aus ihrer Mitte je einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden. Sie führen den Vorsitz bei gegenseitiger Stellvertretung abwechselnd für je ein Jahr. Der Vorsitzende und der Stellvertretende Vorsitzende dürfen nicht derselben Gruppe angehören.

(4) Die Widerspruchsausschüsse entscheiden über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist. Ausgenommen hiervon sind Widerspruchsbescheide aufgrund von Widersprüchen von Leistungserbringern. Die Widerspruchsausschüsse nehmen auch die Befugnisse nach § 112 Abs. 2 SGB IV, § 69 OWiG (Einspruchsstelle) wahr. Näheres über die Führung der Verwaltungsgeschäfte bestimmt der Vorstand in Richtlinien (§ 36a in Verbindung mit § 35 Abs. 2 SGB IV).

(5) Mit Ausnahme von konstituierenden Sitzungen können die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen.

Auf Feststellung eines Mitglieds können in außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen die Widerspruchsausschüsse auch ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung (digi-

tale Sitzung) beraten und abstimmen. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation oder in besonders eiligen Fällen ein Mitglied des Widerspruchsausschusses dieser Feststellung widerspricht. Über die Angelegenheit ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

Werden die Sitzungen hybrid oder digital durchgeführt, erfolgt die Abgabe der Stimme während der Sitzung durch eindeutiges Handzeichen oder elektronisch. Technisch bedingte Störungen der Wahrnehmbarkeit, die nachweislich im Verantwortungsbereich der AOK liegen, sind von dem Vorsitzenden festzustellen, die Sitzung darf nicht fortgesetzt werden. Sonstige Störungen sind unbeachtlich. Über die offenen Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Bereits getroffene Beschlüsse behalten ihre Gültigkeit. Das Nähere zur Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

(6) Die Widerspruchsausschüsse können in eiligen Fällen oder aus einem anderen wichtigen Grund schriftlich abstimmen. Wenn mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

(7) Für die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse gelten u. a. die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes, insbesondere über den Amtsverlust, die Amtsdauer, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung entsprechend.

Siebter Abschnitt

Organe

§ 43
Organe der AOK

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

(2) Im Rahmen der jeweiligen Aufgabenwahrnehmung innerhalb der Gremienstrukturen des AOK-Bundesverbandes berücksichtigen Verwaltungsrat und Vorstand die dem jeweils anderen Organ gesellschaftsvertraglich sowie nach den maßgeblichen Regelungen des Sozialgesetzbuches zustehenden Kompetenzen.

§ 44
Verwaltungsrat und seine Mitglieder

(1) Der Verwaltungsrat der AOK hat 30 Mitglieder. Er setzt sich aus je 15 Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber zusammen. Für die Stellvertretung der Verwaltungsratsmitglieder gilt § 43 Abs. 2 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV.

(2) Mitglieder des Verwaltungsrates und ihre Stellvertreter werden Mitglieder des Verwaltungsrates an dem Tag, an dem die erste Sitzung des Verwaltungsrates stattfindet (Konstituierende Sitzung).

(3) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich jeweils zum 1. Januar.

§ 45
Aufgaben des Verwaltungsrates

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

(2) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere

1. Grundsatzentscheidungen der sozial- und unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK in gesundheits- und sozialpolitischen und strategischen Fragen,

2. Wahl des Vorstandes und aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden,

3. Vertretung der AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern,

4. Vereinbarung von strategischen Zielen der Sozial- und Unternehmenspolitik mit dem Vorstand innerhalb der Grenzen der Grundsatzentscheidungen,

5. Überwachung des Vorstandes u. a. durch Entgegennahme der Berichte des Vorstandes über die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen, die finanzielle Situation und Entwicklung sowie die Erreichung der Jahresziele (§ 197 Abs. 1 Nr. 1a SGB V, § 35a Abs. 2 SGB IV),

6. Bestellung eines externen Prüfers für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV) und Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung,

7. Feststellung des Haushaltsplans,

8. Aufstellung und Änderung der Satzung,

9. Zustimmung zur Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung und des Stellenplans,

10. Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,

11. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat,

12. Beschlussfassung über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen,

13. Wahrnehmung von Aufgaben in den anderen, durch Gesetz oder maßgebendes Recht bestimmten Fällen.

(3) Bei Satzungsänderungen ist der Verwaltungsrat nur beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder; aus denen sich der Verwaltungsrat zusammensetzt, anwesend und stimmberechtigt ist. Beschlüsse über Änderungen der Satzung bedürfen der einfachen Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder. Im Übrigen gilt § 64 SGB IV. Satzungsänderungen nach § 44 Abs. 4 SGB IV bedürfen der Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder.

(4) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen über

1. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,

2. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung sowie Änderungen von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhaltes zur Beseitigung offenbarer Unrichtigkeiten handelt,

3. Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,

4. Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen oder besonders eilbedürftig sind. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, stellen die Verwaltungsratsvorsitzenden gemeinsam fest.

Wenn mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrats zu beraten und abzustimmen. Ergibt sich bei der schriftlichen Abstimmung 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.

(5) Auf Feststellung des Vorsitzenden kann in außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen der Verwaltungsrat auch ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung (digitale Sitzung) beraten und abstimmen. Ist die Sitzung öffentlich, ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche zeitgleiche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung des Vorsitzenden widerspricht. Über die Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Das Nähere zur Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

(6) Zur Aufgabenwahrnehmung finden jährlich mindestens vier Sitzungen des Verwaltungsrates statt. Mit Ausnahme von konstituierenden Sitzungen können die Mitglieder mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates beruft zu den Sitzungen ein. Er soll hierbei im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden handeln. Darüber hinaus kann der Vorsitzende des Verwaltungsrates im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates bei Bedarf weitere Sitzungen einberufen, insbesondere wenn

1. mindestens ein Drittel der Verwaltungsratsmitglieder oder
2. der Vorstand dieses beantragt oder
3. die Aufsichtsbehörde es verlangt.

(7) Werden die Sitzungen hybrid oder digital durchgeführt, erfolgt die Abgabe der Stimme während der Sitzung durch eindeutiges Handzeichen oder elektronisch. Technisch bedingte Störungen der Wahrnehmbarkeit, die nachweislich im Verantwortungsbereich der AOK liegen, sind von dem Vorsitzenden festzustellen, die Sitzung darf nicht fortgesetzt werden. Sonstige Störungen sind unbeachtlich. Über die offenen Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Bereits getroffene Beschlüsse behalten ihre Gültigkeit.

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

(9) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere

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

§ 46
Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus bis zu drei Mitgliedern. Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahre. Wiederwahl ist möglich.

(2) Der Vorstand führt die Geschäfte der AOK, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Im Rahmen der dem Vorstand obliegenden Gesamtverantwortung und der aufgestellten Richtlinien führt jedes Mitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand, bei Stimmengleichheit der Vorsitzende des Vorstandes (§ 35a Abs. 1 und 3 SGB IV).

(4) Soweit Beschlüsse der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes nicht der Zustimmung des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes bedürfen, hat sich der Vorstand unverzüglich nach Einberufung der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes mit den Vorsitzenden des Verwaltungsrates darüber abzustimmen, wie die Gesellschafterrechte der AOK unter Beachtung der satzungsmäßigen und gesetzlichen Aufgaben und Befugnisse des Verwaltungsrates der AOK wahrgenommen werden.

(5) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:

1. die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Aufgaben der Unternehmenspolitik und -strategie, der Sozial- und Gesundheitspolitik im Rahmen seiner gesetzlichen Zuständigkeit,

2. die Zielplanung und Aufstellung von Jahreszielen im Rahmen der mit dem Verwaltungsrat getroffenen Zielvereinbarungen,

3. Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über
   a) Umsetzung von Grundsatzentscheidungen,
   b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
   c) die Einhaltung der Jahresziele,

4. Aufstellung von Richtlinien für den Vorstand,

5. Bericht gegenüber dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen,

6. sonstige Aufgaben, die durch Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht dem Vorstand zugewiesen sind.

§ 47
Vertretung der AOK

(1) Der Vorstand vertritt die AOK unbeschadet des Absatzes 3 gerichtlich und außergerichtlich.

(2) Jedes Vorstandsmitglied nimmt das Vertretungsrecht des Vorstandes in den Grenzen der durch die Richtlinien des Vorstandes ihm übertragenen Geschäftsführungsbefugnis allein wahr. Im Einzelfall kann durch den Vorstand bestimmt werden, dass auch einzelne Mitglieder des Vorstandes die AOK vertreten können.

(3) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern. Das Vertretungsrecht wird gemeinsam durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

§ 48
Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten oder andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, die Rechte und Pflichten eines Mitgliedes des Verwaltungsrates (§ 40 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB IV).

(2) Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten Entschädigungen und Erstattungen nach der als Anlage 2 beigefügten Regelung (§ 41 Abs. 1 und Abs. 2 SGB IV).

(3) Die Mitglieder des Verwaltungsrates haften nach Maßgabe des § 42 SGB IV.

§ 49
Versichertenälteste, Vertrauensleute

(1) Von den Vertretern der Versicherten im Verwaltungsrat können Versichertenälteste und von den Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat Vertrauensleute gewählt werden (§ 39 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB IV). Gewählt werden kann auch, wer nicht Mitglied im Verwaltungsrat ist. Im Regelfall ist für jeden dieser Gewählten ein Stellvertreter zur Vertretung im Fall der Verhinderung zu wählen. Bei Ausscheiden des Versichertenältesten oder des Vertrauensmannes rückt sein Stellvertreter im Amt nach. Für die Amtsdauer gilt § 58 Abs. 2 SGB IV entsprechend.

(2) Versichertenälteste können gewählt werden für

1. Teile des Bezirks der AOK,
2. Betriebe,
3. Berufsgruppen.

(3) Die Versichertenältesten haben insbesondere die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung mit den Versicherten und den Anspruchsberechtigten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen (§ 39 Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

(4) Vertrauensleute können gewählt werden für

1. Teile des Bezirks der AOK,
2. Gruppen von Arbeitgebern.

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

Achter Abschnitt

Verwaltung der Mittel

§ 50
Rücklage

Die Rücklage beträgt 20 vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Zwecke.

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

(1) Der Vorstand hat die Betriebs- und Rechnungsführung der AOK zu prüfen. Der Vorstand kann zur Durchführung dieser Aufgaben die interne Revision einsetzen, die an den laufenden Verwaltungsgeschäften nicht beteiligt sein darf. Die Prüfung erstreckt sich auch darauf, ob die übrigen Geldanlagen vorschriftsmäßig angelegt sind und wie die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden.

(2) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt; der Vorstand veranlasst eine interne oder externe Rechnungsprüfung (§ 77 Abs. 1 Satz 1 SGB IV, § 31 SVHV).

(3) Der Verwaltungsrat bestellt den externen Prüfer für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV). Die Abnahme der Jahresrechnung erfolgt durch den Verwaltungsrat.

Neunter Abschnitt

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§ 52
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

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

Zehnter Abschnitt

Bekanntmachungen, Veröffentlichungen und Inkrafttreten

§ 53
Bekanntmachungen/Veröffentlichungen

(1) Die Satzung wird förmlich im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlicht.

(2) Die Bekanntmachungen der AOK erfolgen im Übrigen im Bundesanzeiger oder in Tageszeitungen oder durch Auslage in den Geschäftsräumen oder durch öffentlichen Anschlag.

(3) Der Vorstand ist befugt, Schreibfehler und ähnliche offenbare Unrichtigkeiten jederzeit zu berichtigen.

(4) Die AOK veröffentlicht nach § 305b SGB V zum 30. November eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und auf der eigenen Internetpräsenz. Darüber hinaus werden die Informationen in den Mitgliederzeitschriften der AOK und zur Einsicht in den Geschäftsstellen veröffentlicht.

§ 54
Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 01.01.2011 in Kraft.

Anlage 1

zur Satzung der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

in der Fassung des 51. Nachtrags vom 18.12.2025 mit Wirkung ab 01.01.2026

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

---

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

Maßgebende Rechtsnormen

§ 1
Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen

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

Beteiligte Arbeitgeber

§ 2
Beteiligte Arbeitgeber

(1) An dem Ausgleichsverfahren nehmen die Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer im Sinne des § 1 und des § 3 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) beschäftigen.

(2) Nicht an dem Ausgleichsverfahren beteiligt sind die in § 11 und in § 12 AAG genannten Personen, Einrichtungen und Verbände.

(3) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen alle Arbeitgeber teil.

Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber

§ 3
Erstattungsgrundlagen

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

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

(2) Die AOK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern

1. das nach § 18 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) bei Beschäftigungsverbot gezahlte Arbeitsentgelt (Mutterschutzlohn) sowie den vom Arbeitgeber nach § 20 Abs. 1 MuSchG gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld gemäß § 1 Abs. 2 AAG in voller Höhe sowie

2. den Arbeitgeberanteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrages für das nach § 18 MuSchG gezahlte Arbeitsentgelt.

§ 4
Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen

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

§ 5
Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

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

Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage, Vorschüsse

§ 6
Aufbringung der Mittel

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

(2) Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig.

§ 7
Umlagesätze und Erstattungssätze

(1) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (§ 3 Abs. 1) beträgt

1. 1,8 vom Hundert bei einem Erstattungsanspruch von 55 vom Hundert,
2. 2,5 vom Hundert bei einem Erstattungsanspruch von 65 vom Hundert.

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

(2) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Abs. 2 Nr. 1) beträgt 0,47 vom Hundert bei einem Erstattungsanspruch von 100 vom Hundert.

(3) Der Umlage liegt die Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG zugrunde.

§ 8
Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern

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

Verwaltung der Mittel

§ 9
Verwaltung der Mittel

(1) Die AOK verwaltet die Mittel für das Ausgleichsverfahren als Sondervermögen.

(2) Es werden getrennte Betriebsmittel gebildet

1. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (§ 3 Abs. 1, § 7 Abs. 1) und
2. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft (§ 3 Abs. 2, § 7 Abs. 2).

§ 10
Haushaltsplan

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

(2) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat stellen den Haushaltsplan fest.

§ 11
Jahresrechnung

(1) Der Vorstand stellt die Jahresrechnung in Ausgleichsangelegenheiten auf. Der Vorstand hat die Jahresrechnung in geeigneter Weise prüfen zu lassen (§ 77 Abs. 1 Satz 1 SGB IV, § 31 SVHV).

(2) Die Vertreter der Arbeitgeber in dem Verwaltungsrat nehmen die Jahresrechnung ab und erteilen dem Vorstand Entlastung.

Verwaltungsrat

§ 12
Mitwirkung

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

§ 13
Vorsitz

(1) Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, in Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder zum stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates gewählt worden ist.

(2) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat wählen für Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens aus ihrer Mitte einen stellvertretenden Vorsitzenden.

Widerspruchsausschüsse und Einspruchsstelle

§ 14
Widerspruchsausschüsse und Einspruchsstelle

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

Inkrafttreten

§ 15
Inkrafttreten

Diese Anlage zur Satzung tritt am 01.01.2011* in Kraft.

* Aktuelle Fassung: Fassung des 51. Nachtrags vom 18.12.2025 mit Wirkung ab 01.01.2026.

Anlage 2

zur Satzung der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Entschädigungsregelung

für die ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltung

der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

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

§ 1
Erstattung der Auslagen

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates oder ihre Stellvertreter erhalten Entschädigung für ihre baren Auslagen (§ 41 Abs. 1 Satz 1 SGB IV) nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamten des Bundes (BRKG).

(2) Erstattet werden die tatsächlichen Beförderungskosten; die Organmitglieder haben selbst verantwortlich zu prüfen, welches Beförderungsmittel zweckmäßig ist. Bei der Benutzung eines Kraftwagens wird der Pauschbetrag nach § 5 Abs. 2 BRKG in der jeweils gültigen Fassung gezahlt. Ist die Inanspruchnahme eines Flugzeugs notwendig, sind grundsätzlich nur die Kosten der Economy-Class erstattungsfähig, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Für die regelmäßige Nutzung eines Fahrrades wird Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 3 BRKG i. V. m. Ziff. 5.3. BRKGVwV geleistet.

(3) Bei der Inanspruchnahme eines Kraftfahrers durch das Organmitglied wird für den Fahrer Tage- und Übernachtungsgeld nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamten des Bundes gezahlt, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

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

§ 2
Ersatz des Arbeitsverdienstes

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

§ 3
Pauschbetrag für den Zeitaufwand

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates oder ihre Stellvertreter erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung unabhängig von der Zahl der Sitzungen als Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Abs. 3 Satz 1 SGB IV) 90,00 Euro. Virtuelle oder hybride Beratungen, denen eine schriftliche Abstimmung folgt, sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu werten.

(2) Den Pauschbetrag nach Absatz 1 erhalten Verwaltungsratsmitglieder, die nicht zugleich Vorsitzende des Verwaltungsrates sind, im Einzelfall bei einer außergewöhnlichen Inanspruchnahme auch außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen, wenn sie im Auftrag des Verwaltungsrates oder der Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder der Vorsitzenden des Ausschusses tätig werden. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Interessen. In Betracht kommt für diese Fälle die Gewährung eines Pauschbetrages für Sitzungen oder eines Bruchteiles hiervon.

§ 4
Gruppenvorbesprechungen, Ausschusssitzungen und Sprechstundentätigkeit von Versichertenältesten/Vertrauensleuten

(1) Für die Gruppenvorbesprechungen, soweit sie vom Verwaltungsrat beschlossen worden sind, gelten die §§ 1, 2 und 3 sinngemäß. Dies gilt auch für die Tätigkeit der Organmitglieder in Ausschüssen des Verwaltungsrates, mit der Maßgabe, dass die Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Ausschüsse für die Tätigkeit im Ausschuss den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 3) beanspruchen können.

(2) Die für Versichertenälteste und Vertrauensleute für ihre Sprechstundentätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen werden durch einen monatlichen Pauschbetrag von 52 Euro abgegolten.

§ 5
Entschädigung für den Verwaltungsratsvorsitzenden und seinen Stellvertreter für Tätigkeit außerhalb der Sitzungen

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält zur Abgeltung der Auslagen für seine Tätigkeit außerhalb der Sitzungen (§ 41 Abs. 1 Satz 2 SGB IV) einen Pauschbetrag von je 74,00 Euro monatlich und für den Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen (§ 41 Abs. 3 Satz 2 SGB IV) einen Pauschbetrag von je 720,00 Euro monatlich. Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält entsprechende Pauschbeträge nach Satz 1.

§ 6
Entschädigung bei Aufgabenwahrnehmung nach dem SGB XI

(1) Die vorstehend genannten Regelungen gelten sinngemäß, soweit die Verwaltungsratsmitglieder Aufgaben nach dem SGB XI wahrnehmen.

(2) Soweit nach den vorstehend genannten Regelungen Pauschbeträge gewährt werden, sind diese auf die im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung nach dem SGB V gewährten Pauschbeträge anzurechnen.

§ 7
Inkrafttreten

Diese Entschädigungsregelung tritt am 01.01.2011* in Kraft. Die in der Sitzung des Verwaltungsrates am 18.12.2012 beschlossenen Änderungen der Entschädigungsregelung treten am 01.01.2013 in Kraft. Die in der Sitzung des Verwaltungsrates am 17.12.2015 beschlossenen Änderungen der Entschädigungsregelung treten am 01.01.2016 in Kraft. Die in der Sitzung des Verwaltungsrates am 18.12.2018 beschlossenen Änderungen der Entschädigungsregelung treten am 01.01.2019 in Kraft. Die in der Sitzung des Verwaltungsrates am 17.12.2021 beschlossenen Änderungen der Entschädigungsregelung treten am 01.01.2022 in Kraft. Die in der Sitzung des Verwaltungsrates am 20.12.2022 beschlossenen Änderungen der Entschädigungsregelung treten am 01.01.2023 in Kraft. Die in der Sitzung des Verwaltungsrates am 01.04.2025 beschlossenen Änderungen der Entschädigungsregelung treten am 01.05.2025 in Kraft.

* Erstfassung