AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Wanheimer Straße 72
40468 Düsseldorf

Satzung

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

in der Fassung des 18. Nachtrages vom 07.07.2026

Inkrafttreten: 01.07.2026

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

Zweiter Abschnitt:	Versicherter Personenkreis
§ 3	Mitglieder
§ 4	Familienangehörige
§ 5	Beginn und Ende der Mitgliedschaft

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

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

Fünfter Abschnitt:	Wahltarife/Bonustarife/Zusatzversicherungen
§ 24	- nicht besetzt -
§ 25	Tarif für besondere Versorgungsformen
§ 26	- nicht besetzt -
§ 27	- nicht besetzt -
§ 28	- nicht besetzt -
§ 29	- nicht besetzt -
§ 30	- nicht besetzt -
§ 31	Wahltarif Krankengeld *(vigo select Krankengeld)*
§ 32	Tarif für Teilkostenversicherte
§ 33	- nicht besetzt -
§ 34	- nicht besetzt -
§ 34 a	- nicht besetzt -
§ 35	- nicht besetzt -
§ 36	Wahltarif Selbstbehalt (AOK-Gesund+)
§ 37	- nicht besetzt -
§ 38	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
§ 39	- nicht besetzt -
§ 40	Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

Sechster Abschnitt:	Widerspruchsstellen
§ 41	Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

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

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

Neunter Abschnitt:	Verwaltung der Mittel
§ 53	Rücklage
§ 54	Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung sowie der Jahresrechnung

Zehnter Abschnitt:	Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft ("Ausgleichsverfahren")
§ 55	Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Elfter Abschnitt:	Bekanntmachungen, Aufsicht und Inkrafttreten
§ 56	Bekanntmachungen
§ 56 a	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse
§ 57	Aufsicht
§ 58	Inkrafttreten
Anhang 1	**Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die Mitglieder der Regionalbeiräte**

Anhang 2	**Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft ("Ausgleichsverfahren")**

Anhang 3	**Ausführungsbestimmungen: AOK-Bonusprogramme**

Erster Abschnitt:
Namen und Aufgaben

§ 1
Name, Sitz und Bezirk

(1) Die Krankenkasse führt den Namen AOK Rheinland/Hamburg — Die Gesundheitskasse und hat ihren Sitz in Düsseldorf.

(2) Der Bezirk der AOK Rheinland/Hamburg erstreckt sich auf den Landesteil Rheinland (Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln) des Landes Nordrhein-Westfalen und auf das Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg (Region Rheinland/Hamburg).

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

§ 2
Aufgaben

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg engagiert sich als Gesundheitskasse. Sie hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Als Gesundheitskasse ist es ihr ein besonderes Anliegen, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung zu informieren und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken. Die AOK Rheinland/Hamburg nimmt zudem Aufgaben der Pflegekasse wahr (§ 1 Abs. 3 SGB XI). Überdies nimmt die AOK Rheinland/Hamburg die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes im Landesteil Rheinland (Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln) des Landes Nordrhein-Westfalen nach § 207 Abs. 4 SGB V und auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg nach § 207 Abs. 4 a SGB V wahr.

(2) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Dabei begleitet sie die AOK Rheinland/Hamburg durch Information, Beratung und Leistungen. Sie wirkt auch auf gesunde Lebensverhältnisse hin.

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

(4) Die AOK Rheinland/Hamburg wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik im Land Nordrhein-Westfalen und in der Freien und Hansestadt Hamburg mit. Sie setzt sich für bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgungsstrukturen und für eine ausgewogene Mitglieder- und Risikostruktur sowie für eine qualifizierte Kostensteuerung im Gesundheitswesen ein.

(5) Die AOK Rheinland/Hamburg engagiert sich intensiv bei der Qualitätssicherung in der Medizin, dies sowohl in Gemeinsamkeit mit den Vertragspartnern als auch durch individuelle Wahrnehmung der Interessen ihrer Versicherten.

(6) Im Einzelnen erfüllt die AOK Rheinland/Hamburg die ihr als Krankenkasse und als Landesverband durch Gesetz und Satzung übertragenen sowie die zugelassenen Aufgaben.

Zweiter Abschnitt:
Versicherter Personenkreis

§ 3
Mitglieder

Mitglieder der AOK Rheinland/Hamburg können werden

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,

2. Studenten und Berufspraktikanten,

3. Selbstständige,

4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endet,

5. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten,

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

§ 4
Familienangehörige

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

§ 5
Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder beginnt mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, soweit nicht gesetzliche Vorschriften entgegenstehen. Wurde die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer anderen Krankenkasse gekündigt und die AOK Rheinland/Hamburg gewählt, beginnt die AOK-Mitgliedschaft mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.

(2) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder beginnt mit dem Tag ihres Beitritts, sofern sich aus § 188 Abs. 2 oder Abs. 4 SGB V nichts Anderes ergibt.

(3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt, sofern sich aus § 175 Abs. 4, § 189 Abs. 2, § 190 oder § 192 SGB V nichts Anderes ergibt.

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

Dies setzt voraus, dass

- die Mitgliedschaft mindestens 12 Monate bestanden hat, sofern nicht nach § 175 Abs. 4 SGB V ein vorzeitiges Kündigungsrecht besteht,

  und

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

(4) Erklärt das freiwillige Mitglied wegen der bestehenden Voraussetzung einer Familienversicherung seinen Austritt, so endet die Mitgliedschaft mit dem Tag vor Beginn des Vorliegens der Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 SGB V, ggf. auch rückwirkend.

(5) Die Mindestbindungsfrist von 12 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder sowie die besonderen Bindungsfristen aus Wahltarifen gemäß dem fünften Abschnitt dieser Satzung gelten nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet wird.

Dritter Abschnitt:
Leistungen

§ 6
Art und Umfang der Leistungen

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg gewährleistet, dass

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

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

1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerungen, insbesondere Prävention, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten; pflegebedürftige, Personen, die in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind (§ 45 a SGB XI), oder Bezieher von Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten besondere Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen,

2. bei Krankheit

   a) Krankenbehandlung, insbesondere
      - ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
      - zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
      - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
      - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
      - spezialisierte ambulante Palliativversorgung
      - Krankenhausbehandlung,
      - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
      - stationäre und ambulante Hospizleistungen,

   b) strukturierte Behandlungsprogramme,

   c) Krankengeld

   d) Versorgungsmanagement (vgl. §§ 9 a bis 9 c dieser Satzung)

3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft

   - ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe
   - Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln
   - stationäre Entbindung
   - häusliche Pflege und Haushaltshilfe
   - Mutterschaftsgeld

4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei krankheitsbedingter Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch.

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

(3) Die AOK Rheinland/Hamburg engagiert sich in besonderer Weise für ihre Versicherten in der Prävention, der Krankheitsverhütung und der Selbsthilfeförderung (§ 7 dieser Satzung) sowie im Rahmen von Modellprojekten nach Maßgabe des § 9 dieser Satzung. Die AOK Rheinland/Hamburg trägt mit eigenen Angeboten zur Stärkung der allgemeinen sowie der digitalen Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten bei. Darüber hinaus unterstützt die AOK Rheinland/Hamburg auch träger- und institutionsübergreifende Projekte, die in den unterschiedlichen Lebenswelten ansetzen: in Kindergärten und Schulen, in der Arbeitswelt, in der Familie, in Arztpraxen, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

(4) Die AOK Rheinland/Hamburg bietet ergänzende Wahltarife nach § 53 SGB V an:

- Selbstbehaltregelungen mit Prämienausschüttung
  (§ 36 dieser Satzung)

- Prämienausschüttung bei Teilnahme an besonderen Versorgungsformen
  (§ 25 dieser Satzung)

- einen Wahltarif für Krankengeld (§ 31 dieser Satzung)

- einen Wahltarif für Teilkostenversicherte (§ 32 dieser Satzung)

(5) Die AOK Rheinland/Hamburg unterstützt ihre Versicherten bei der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind.

(6) Die AOK Rheinland/Hamburg bietet ihren Versicherten über das Online-Portal aok24-Privatkunden den internetbasierten Zugang zu Informationen über die von ihnen in den letzten 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten nach Maßgabe des § 17 a dieser Satzung (Elektronische Patientenquittung).

§ 7

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

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg bietet ihren Versicherten im Rahmen der §§ 20, 20a und 20b SGB V Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention und Leistungen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben an. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

Basis für die Leistungen sind die vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von Leistungen zur Primärprävention. Die Ausgestaltung der Leistungen orientiert sich in diesem Rahmen an den Bedürfnissen der Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg. Ein Anspruch auf Leistungen der Primärprävention besteht nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der im Haushaltsplan hierfür vorgesehenen Mittel. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Gesundheitssicherung von Kindern und Jugendlichen und der Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens bei dieser Zielgruppe.

Leistungen zur Primärprävention können in folgenden Handlungsfeldern erbracht werden:

- Bewegungsgewohnheiten
  Leistungen zur Förderung der Herz-, Kreislauffunktion und/oder des Muskel-Skelett-Systems sowie zur Reduzierung von Bewegungsmangel.

- Ernährung
  Leistungen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung und zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht.

- Stressbewältigung/ Entspannung
  Leistungen zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken und stressabhängiger Krankheiten.

- Suchtmittelkonsum
  Leistungen zur Reduktion des Suchtmittelmissbrauchs und zur Förderung des Nichtrauchens.

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

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

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

(2) Die AOK Rheinland/Hamburg erbringt Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) im Rahmen der Vorgabe des § 20 b SGB V. Basis für die Leistungen sind die vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung.

(3) Die AOK Rheinland/Hamburg arbeitet bei der Wahrnehmung der in Abs. 2 Satz 1 genannten Aufgaben mit den zuständigen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterstützt diese im Rahmen der Vorgaben des § 20 c SGB V bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

(4 a) Die AOK Rheinland/Hamburg übernimmt die Kosten für durch die Ständige Impfkommission (StiKo) empfohlene Schutzimpfungen im Sinne des § 20 i Abs. 1 SGB V, soweit sie nach den vertraglichen Regelungen von den in § 132 e SGB V genannten Leistungserbringern durchgeführt werden.

(4 b) Bei durch die Ständige Impfkommission (StiKo) empfohlenen Schutzimpfungen, die nicht nach Absatz 4 a durchgeführt werden, übernimmt die AOK Rheinland/Hamburg die Kosten des Impfstoffes und darüber hinaus die Kosten der ärztlichen Leistung in Anwendung der vertraglichen Regelungen nach § 132e SGB V, soweit sie von den dort genannten Leistungserbringern durchgeführt werden und nicht andere Kostenträger zuständig sind.

(4 c) Die AOK Rheinland/Hamburg übernimmt die Kosten für durch die Ständige Impfkommission (StiKo) empfohlene Reiseschutzimpfungen, soweit sie durch die in § 132 e SGB V genannten Leistungserbringer durchgeführt werden, grundsätzlich als Sachleistung.

Können durch die Ständige Impfkommission (StiKo) empfohlene Reiseschutzimpfungen nicht als Sachleistung erbracht werden, sind die tatsächlich entstandenen Kosten des Impfstoffes, nach Abzug der Zuzahlung auf Grundlage des § 61 Abs. 1 S. 1 SGB V, sowie die ärztliche Leistung, bis maximal 120,00 EUR im Kalenderjahr erstattungsfähig.

Die vorgenannten Regelungen gelten nur für Reiseschutzimpfungen für nicht beruflich bedingte Auslandsaufenthalte. Sofern ein anderer Kostenträger zuständig ist, übernimmt die AOK Rheinland/Hamburg keine Kosten.

(5) Die AOK Rheinland/Hamburg fördert im Rahmen der Vorgaben des § 20 h SGB V Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, wenn diese die Prävention oder Rehabilitation von solchen Krankheitsbildern zum Ziel haben, die im vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind. Die Förderung erfolgt im Rahmen der vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen zur Selbsthilfeförderung und der Vorstandsrichtlinie der AOK Rheinland/Hamburg zur Selbsthilfeförderung.

§ 7 a

Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg fördert auf der Grundlage des § 65 a Abs. 2 SGB V Arbeitgeber und Versicherte, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen umsetzen oder an diesen teilnehmen, mit einem Bonus. Basis für die Umsetzung der Maßnahmen nach Satz 1 ist bei Betrieben mit mehr als 50 Beschäftigten die Einrichtung eines Gesundheitszirkels unter Leitung der AOK Rheinland/Hamburg, eine Befragung der Beschäftigten und eine AU-Datenanalyse unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten zur Identifikation von Schwerpunktthemen.

(2) Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden durch die AOK Rheinland/Hamburg und ihr Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung vorgehalten. Die dem Firmenkunden zustehenden Anteile aus dem AOK-Firmenbonus können mit Aufwendungen für die betriebliche Gesundheitsförderung verrechnet werden.

(3) Der Bonus kann gewährt werden, wenn die Qualität der Maßnahmen nach Abs. 1 den in Richtlinien definierten Qualitätsstandards entsprechen. Die Richtlinien basieren auf § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

(4) Die AOK Rheinland/Hamburg und der Arbeitgeber vereinbaren, welche Maßnahmen nach Abs. 1 mit Erfolg durchgeführt werden müssen, um den Bonus zu erhalten. Die einzelnen Verfahrensschritte, die bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherten Teilnehmer sowie die Durchführung der Maßnahmen sind vom Arbeitgeber ausreichend zu dokumentieren. Die Maßnahmen und deren Umsetzung, die einzelnen Verfahrensschritte und die Dokumentation sind in einem Kooperationsvertrag zwischen Arbeitgeber und AOK Rheinland/Hamburg zu regeln.

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

(5) Der Bonus beträgt pauschal 200,00 EUR und wird für die Beschäftigten um weitere 100 EUR erhöht, sofern im Rahmen der Kooperation eine weitere Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung (Kompaktseminar) durchgeführt wird. Er steht jedem versicherungspflichtig gemeldeten Beschäftigten des Arbeitgebers zu, sofern er bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert ist. Dies gilt ebenso für Beschäftigte des Arbeitgebers, die freiwilliges Mitglied der AOK Rheinland/Hamburg sind. Der Bonus steht jeweils zur Hälfte dem Arbeitgeber und zur Hälfte den teilnehmenden und bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherten Mitgliedern zu. Die Auszahlung des Arbeitgeberanteils erfolgt an den Arbeitgeber, die Auszahlung des Versichertenanteils an die AOK-Mitglieder erfolgt an diese selbst.

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

§ 7 b

Leistungen zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg trägt mit Sachleistungen zur Förderung des selbstbestimmten, gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren durch die Versicherten im Rahmen der Vorgaben des § 20 k SGB V zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz bei. Basis für die Leistungen sind die Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20 k Abs. 2 SGB V.

(2) Die Sachleistungen beinhalten insbesondere die Vermittlung von Wissen in Bezug auf

- digital zur Verfügung stehenden Gesundheitsinformationen,
- digitale Gesundheitsanwendungen,
- Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit im Gesundheitswesen, insbesondere bei telemedizinischen und anderen digitalen Angeboten.

§ 8

Leistungen für neue Behandlungsmethoden

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

§ 9

Ärztliche Zweitmeinung

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

§ 9 a

Strukturierte Behandlungsprogramme

(1) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V (DMP) der AOK Rheinland/Hamburg teilnehmen, für die beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Zulassung für die Regionen Nordrhein und/oder Hamburg beantragt wurde oder beantragt wird.

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

(3) Die Teilnahme ist schriftlich gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg zu erklären (Einschreibung). Mit der Einschreibung erklärt sich der Versicherte zur aktiven Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm bereit. Voraussetzung für die Teilnahme ist die schriftliche Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch einen Arzt, der als koordinierender Vertragsarzt am jeweiligen Behandlungsprogramm teilnimmt oder als angestellter Arzt Leistungen im Rahmen des jeweiligen Programms erbringt.

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

§ 9 b

Besondere Versorgung

(1) Versicherte können an besonderen Versorgungsformen nach § 140 a SGB V teilnehmen.

(2) Die Teilnahme ist schriftlich oder elektronisch gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg zu erklären (Einschreibung). Sie beginnt mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der schriftlichen oder elektronischen Teilnahmeerklärung. Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Rheinland/Hamburg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Rheinland/Hamburg. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK Rheinland/Hamburg dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Richtlinie nach § 217f Abs. 4a SGB V in der jeweils gültigen Fassung gilt entsprechend.

(3) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg kündigen. Die Kündigung wird mit Ablauf des Quartals wirksam in dem die Kündigung bei der AOK Rheinland/Hamburg eingegangen ist. Während der Teilnahme des Versicherten an der besonderen Versorgung bezieht sich das Recht des Versicherten auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen nur auf die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn in einem medizinischen Notfall ein Arzt benötigt wird. Für die Behandlung anderer Erkrankungen, die nicht Gegenstand der jeweiligen besonderen Versorgung ist, ist das Recht des Versicherten auf freie Arztwahl ebenfalls unberührt. Die Teilnahme endet außerdem mit Abschluss des Behandlungspfades.

§ 9 c

Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Versicherte können an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V teilnehmen.

(2) Die teilnehmenden Hausärzte übernehmen die Steuerung des Behandlungsprozesses für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten und gewährleisten eine Sektor übergreifende Versorgung.

Die teilnehmenden Versicherten profitieren insbesondere durch

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

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

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

(4) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der wirksamen Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V. Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Rheinland/Hamburg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Rheinland/Hamburg. Der Tag der wirksamen Einschreibung und damit der Beginn der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung wird durch die AOK Rheinland/Hamburg festgestellt. Die Richtlinie nach § 217f Abs. 4a SGB V in der jeweils gültigen Fassung gilt entsprechend.

Die Versicherten sind an ihre Pflichten nach Abs. 3 und an die Wahl des Hausarztes/der Hausärztin mindestens ein Jahr gebunden. Eine gleichzeitige Teilnahme eines Versicherten an mehreren Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung ist ausgeschlossen.

Die Versicherte/der Versicherte kann seine Teilnahme frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt fünf Wochen zum Quartalsende. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Quartal. Die Teilnahme kann beendet werden, wenn die Versicherte/der Versicherte ohne Überweisung einen anderen als den gewählten Hausarzt aufsucht. Dies gilt nicht in den in Abs. 3 Satz 2 beschriebenen Fällen.

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

§ 9 d

Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung

(1) Modellvorhaben sind ein wesentliches Element zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der AOK Rheinland/Hamburg. Sie bieten der AOK Rheinland/Hamburg die Möglichkeit, die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung und die Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen für ihre Versicherten zielgenauer auszurichten. Durch die Möglichkeit der Erprobung neuer Instrumente und Ansätze in der Gesundheitsversorgung der Versicherten bieten sie zudem ein hohes Innovationspotenzial. Modellvorhaben tragen dazu bei, den besonderen Bedarf der Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg besser zu erkennen und zu berücksichtigen; sie dienen damit in besonderem Maße dem Erkenntnisgewinn und der Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

(2) Die AOK Rheinland/Hamburg leistet mit der Durchführung von Modellvorhaben einen aktiven Beitrag zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu diesem Zweck kann die AOK Rheinland/Hamburg Modellvorhaben nach § 63 SGB V durchführen oder mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbaren.

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

(3) Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V dienen der Verbesserung von Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie der Verbesserung der Therapieformen. Modellvorhaben können nur zu Leistungen durchgeführt werden, über deren Eignung als Leistung der Krankenkasse der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Fragen der biomedizinischen Forschung sowie Forschungen zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

(4) Die Teilnahme der Versicherten an den Modellvorhaben ist freiwillig.

(5) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg kündigen. Die Kündigung wird mit Ablauf des Quartals wirksam in dem die Kündigung bei der AOK Rheinland/Hamburg eingegangen ist. Das Recht auf freie Arztwahl bleibt davon unberührt.

(6) Die Dauer der Modellvorhaben ist befristet und beträgt längstens acht Jahre; die Neuauflage eines inhaltlich gleichen Modellvorhabens nach Ablauf des Modellvorhabens ist nicht möglich. Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V, in denen von den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V abgewichen werden kann, sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Das Modellvorhaben kann vorzeitig beendet werden, wenn die zugrunde liegenden Ziele bereits erreicht worden sind oder wenn deutlich wird, dass die Ziele nicht erreicht werden können. Es erfolgt eine wissenschaftliche Begleitung gemäß § 65 SGB V.

(7) Die AOK Rheinland/Hamburg führt ein Verzeichnis über die Modellvorhaben nach § 63 SGB V. Der Versicherte ist berechtigt, das Verzeichnis einzusehen. Die AOK Rheinland/Hamburg stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses zur Verfügung.

§ 10

Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

(1) Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort (§ 23 Abs. 2 SGB V) zahlt die AOK Rheinland/Hamburg zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie zu den Fahrkosten einen Zuschuss von 16,00 EUR täglich.

(2) Für chronisch kranke Kleinkinder beträgt dieser Zuschuss 25,00 EUR täglich.

§ 11

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter

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

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

§ 12

Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

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

a) nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, längstens jedoch für die Dauer von 52 Wochen, oder

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

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

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

§ 12 a

Baby-Bonus

Die AOK Rheinland/Hamburg gewährt ihren schwangeren Versicherten einmal je Schwangerschaft ein Budget in Höhe von 250,00 EUR. Im Rahmen dieses Budgets werden nachgewiesene Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V in Höhe von 80 % erstattet:

a) Zusätzliche ärztliche Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach entsprechender ärztlicher Beratung und Aufklärung bei einem Vertragsarzt

- zusätzliche Ultraschalluntersuchungen (z.B. Dopplersonografie). Hiervon ausgeschlossen sind 3D/4D-Ultraschall-Untersuchungen
- zusätzliche folgende Blutuntersuchungen:
  Antikörperbestimmung gegen Ringelröten, Windpocken, Zytomegalie und Toxoplasmose
- B-Streptokokken Untersuchung
- Ersttrimesterscreening, Triple-Test, Nackenfaltenmessung

Die Leistungen dürfen nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein.

b) Nichtverschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

Schwangere Versicherte können die Erstattung von Kosten für die Selbstbeschaffung von allen nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Eisen, Jodid, Magnesium und Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate beanspruchen. Die Erstattung erfolgt, sofern das Arzneimittel von einem Vertragsarzt auf einem Rezept verordnet wurde. Erstattungen von Nahrungsergänzungsmitteln auch mit diesen Wirkstoffen sind nicht möglich. Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß §34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind.

c) Zusätzliche Leistungen für Neugeborene

Versicherte können eine Erstattung, ab der Geburt bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres, für folgende Leistungen beanspruchen:

- Osteopathische Leistungen, die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten erbracht werden,

  - die eine ordentliche Mitgliedschaft im Verband der Osteopathen e. V. oder
  - der Deutschen Gesellschaft für Chirotherapie und Osteopathie e. V oder
  - dem Dachverband BDOÄ bzw. der ihm angeschlossenen Mitgliedsverbände (ÄSOM, DAAO, DÄGO, DGOM) nachweisen können oder
  - eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz oder
  - ein Zertifikat der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e. V. besitzen.

- Folgende Säuglingskurse:

  - Babymassage, die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten erbracht werden, die eine ordentliche Mitgliedschaft beim Deutschen Verband für Physiotherapie oder im Verband Physikalische Therapie nachweisen können oder eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen sowie Hebammen oder Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger mit entsprechender Fortbildung.

  - Babyschwimmen, welches durch Personen erbracht wird, die die Ausbildung zum "zertifizierten Kursleiter Säuglings- und Kleinkinderschwimmen" (SKS) des Deutschen Schwimm Verband e.V. (DSV), des Bundesverbandes für Aquapädagogik oder eine mindestens vergleichbare Qualifikation besitzen.

Abweichend von Satz 2 werden nachgewiesene Kosten für die Inanspruchnahme der dort genannten Leistungen im Rahmen des Budgets in Höhe von 250,00 EUR in Höhe von 100 % erstattet, wenn der Versicherte im Kalenderjahr der Inanspruchnahme der Leistungen nach Satz 2 die Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V erreicht hat.

§ 12 b

Mehrleistungen zu Arznei- und Heilmitteln

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

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

(2) Erstattungsfähig sind die Kosten für die nachstehenden Leistungen, sofern diese von einem Vertragsarzt verordnet wurden:

a) nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die aus der Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden. Ausgenommen sind Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dies sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen, und die vom Gemeinsamen Bundeszuschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind,

b) osteopathische Leistungen, die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten erbracht werden, die eine ordentliche Mitgliedschaft im Verband der Osteopathen e. V. oder der Deutschen Gesellschaft für osteopathische Medizin e. V. oder der Deutschen Gesellschaft für Chirotherapie und Osteopathie e. V oder der Deutschen Ärztegesellschaft für Osteopathie e. V. nachweisen können oder eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz oder ein Zertifikat der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e. V. besitzen.

c) chiropraktische Leistungen, auch durch nicht zugelassene Leistungserbringer, die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten erbracht werden, die eine ordentliche Mitgliedschaft im Bund Deutscher Chiropraktiker (BDC) e.V. oder der Deutschen Chiropraktoren-Gesellschaft (DCG) e.V. oder der Deutschen Gesellschaft für Chirotherapie und Osteopathie e.V. nachweisen können oder eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.

d) Shiatsu-Massagen, auch durch nicht zugelassene Leistungserbringer, die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärzte, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten erbracht werden, die von der Gesellschaft für Shiatsu in Deutschland anerkannt sind oder eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.

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

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

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

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

§ 12 c

Mehrleistungen zur Hebammenhilfe

(1) Weibliche Versicherte haben gemäß § 11 Abs. 6 SGB V Anspruch auf Erstattung der Kosten nach Abs. 2 für Leistungen von Hebammen, die über die in den Verträgen nach § 134 a SGB V des GKV-Spitzenverbandes mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von den Hebammen geleiteten Einrichtungen festgelegten Leistungsinhalte hinausgehen.

(2) Erstattungsfähig sind die Kosten für die nachstehenden Leistungen von Hebammen, vorausgesetzt, die Schwangere ist bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert:

a) Kosten für die Rufbereitschaft und weitere Vorsorgeleistungen der Hebamme, sofern die Rufbereitschaft die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur Geburtshilfe umfasst, bis zu einem Höchstbetrag von 250,00 EUR je Schwangerschaft.

b) Leistungen zur Geburtsvorbereitung für den Vater des erwarteten Kindes bzw. für eine Begleitperson der werdenden Mutter, bis maximal in der Höhe, der in den Verträgen nach § 134 a SGB V für solche Leistungen vereinbarten Vergütung.

Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134 a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist, oder dass die Leistung von einem zugelassen Physiotherapeuten nach § 124 SGB V erbracht wird.

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

(3) Voraussetzung der Kostenerstattung ist die Vorlage einer auf die Versicherte bzw. die Begleitperson ausgestellten Rechnung über die erstattungsfähigen Leistungen.

§ 12 d

Mehrleistungen zur künstlichen Befruchtung

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

Die AOK Rheinland/Hamburg übernimmt in diesem Rahmen insgesamt 75 vom

Hundert der mit dem Behandlungsplan gemäß § 27 a Abs. 3 SGB V genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.

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

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

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

§ 12 e

Mehrleistungen für einfachste Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg kann über die in § 37 Abs. 1, 1a und 2 SGB V genannten Fälle hinaus die von einem Vertragsarzt verordnete häusliche Krankenpflege (Verordnung häuslicher Krankenpflege - Muster 12) im Haushalt des Versicherten als erweiterte Satzungsleistung (§ 11 Abs. 6 SGB V) erbringen, wenn hierdurch die Grundpflege, die Behandlungspflege und/oder die hauswirtschaftliche Versorgung über eine selbstbeschaffte Ersatzkraft, insbesondere durch Angehörige, Nachbarn oder im Rahmen der Quartiershilfe, sichergestellt wird und es sich um einfachste, zeitlich nicht aufwendige, Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege handelt, die keiner besonderen medizinischen Sachkunde oder medizinischer Fertigkeiten bedarf und daher ohne medizinische Vorkenntnisse von Laien erbracht werden können.

Der Verordnungszeitraum stellt die Grundlage für die Dauer der Leistungsgewährung dar.

Die einsatzgleiche Inanspruchnahme eines Pflegedienstes (§ 132 a Abs. 4 SGB V) ist möglich, allerdings ausschließlich für

- die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden,

sofern in den vertraglichen Regelungen mit den Berufsverbänden auf Landesebene nicht die Vergütung einer Leistungspauschale für die Erbringung mehrerer einsatzgleich erbrachter Verrichtungen vorgesehen ist.

(2) Der Leistungsanspruch setzt voraus, dass die Ersatzkraft in der Lage ist, die Behandlungspflege im erforderlichen Umfang und der gebotenen Qualität zu erbringen (§ 11 Abs. 6 Satz 2 SGB V). Die AOK Rheinland/Hamburg hat sich von der Eignung der Ersatzkraft zu überzeugen. Die Beurteilung der Eignung der Ersatzkraft erfolgt in Form von Qualitätssicherungsgesprächen, eine zusätzliche Anleitung durch eine Pflegefachkraft der AOK Rheinland/Hamburg ist möglich.

(3) Als Haushalt des Versicherten gilt auch der Haushalt von Angehörigen, wenn sich der Versicherte überwiegend dort aufhält oder der Versicherte langfristig oder auf Dauer in den Haushalt des Angehörigen aufgenommen wurde.

(4) Der Leistungsanspruch besteht in Höhe von 2,00 EUR je Behandlungspflegeeinsatz für maximal drei Behandlungspflegeeinsätze am Tag.

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

§ 37 Abs. 3 und 5 SGB V gilt für Leistungen nach Absatz 1 nicht.

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

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

(6) Die AOK Rheinland/Hamburg kann die Leistung in Absprache mit dem Versicherten als Monatspauschale festsetzen. Dabei richtet sich die Höhe der Leistung nach den voraussichtlich durchschnittlich zu leistenden Einsätzen. Der volle Monat wird mit 30,42 Tagen angesetzt. Abweichend von Abs. 5 werden die Verordnungen über häusliche Krankenpflege zugrunde gelegt, eine Quittung der Ersatzkraft ist nicht vorzulegen.

Die Monatspauschale wird bei einer täglichen Leistungsabgabe wie folgt festgesetzt:

2,00 EUR-Regelung gemäß Abs. 4 Satz 1:
1 Einsatz täglich: 60,84 EUR
2 Einsätze täglich: 121,68 EUR
3 Einsätze täglich: 182,52 EUR

4,00 EUR-Regelung gemäß Abs. 4 Satz 2:
1 Einsatz täglich: 121,68 EUR
2 Einsätze täglich: 243,36 EUR
3 Einsätze täglich: 365,04 EUR

Der Anspruch besteht nur, wenn die häusliche Krankenpflege im Haushalt des Versicherten erbracht wird (gemäß Abs. 1 S. 1 und Abs. 3).

Begibt sich der Versicherte bis zu 5 Tage ins Krankenhaus, in eine Rehabilitationsbehandlung oder in die Kurzzeitpflege ist das bei der Leistungsabgabe im Rahmen der Monatspauschale unschädlich. Bei Verhinderungspflege bis zu 5 Tagen gilt dasselbe, soweit die selbstbeschaffte Ersatzkraft die Versorgung nicht weiterhin sicherstellt. Bei Unterbrechungen ab 6 Tagen ruht der Leistungsanspruch ab dem auf den ersten Tag der Unterbrechung folgenden Tag. Er lebt am letzten Unterbrechungstag wieder auf. Überzahlte Beträge (2 EUR bzw. 4 EUR je Einsatz) werden in den Folgemonaten verrechnet oder zurückgefordert.

Bei Unterbrechung im Rahmen einer Verhinderungspflege wird die Pauschale fortgewährt, soweit sich der Versicherte durch eine andere selbstbeschaffte Ersatzkraft versorgen lässt.

Im Falle einer dauerhaften Heim-/Hospizaufnahme oder des Versterbens des Versicherten endet der Leistungsanspruch unmittelbar am Tag nach dem Ereignistag.

Die Zahlung der Monatspauschale erfolgt grundsätzlich am elften Arbeitstag des Folgemonats für den Vormonat.

Zur Verfahrensvereinfachung wird bei der Festsetzung einer Monatspauschale seitens der AOK Rheinland/Hamburg auf die monatliche Beibringung von Quittungen/ Leistungsnachweisen verzichtet. Der Versicherte wird gebeten, die Leistungsnachweise für ein Jahr zu verwahren und auf Verlangen einzureichen.

§ 12 f

Mehrleistungen zur Zahnvorsorge

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

Der Leistungsanspruch beinhaltet

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

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

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

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

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

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

§ 12 g

Mehrleistungen zur zahnärztlichen Behandlung

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

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

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

§ 12 h

Sportmedizinische Untersuchung

(1) Versicherte können an einer sportmedizinischen Untersuchung und Beratung teilnehmen, die nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass die sportmedizinische Untersuchung und Beratung durch im Sinne der Bundesärzteordnung approbierte Ärztinnen oder Ärzte erbracht wird, die die Zusatzausbildung „Sportmedizin" absolviert haben und die Bezeichnung „Sportmediziner" führen. § 13 Abs. 4 SGB V bleibt unberührt.

(3) Für die Inanspruchnahme der sportmedizinischen Untersuchung und Beratung nach den Absätzen 1 und 2 erstattet die AOK Rheinland/Hamburg 100 v. H. des Rechnungsbetrages, maximal 70 EUR innerhalb eines Kalenderjahres.

§ 13

Hospize

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

§ 14

Sonderregelungen über Krankengeld

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

a) bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Entgeltausfall gezahlt,

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

§ 15

Kostenerstattung

(1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden.

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

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

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

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

(3) Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz in Anspruch genommen werden, nach Maßgabe des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind.

(4) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten.
Der Erstattungsbetrag ist um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen zu mindern. Bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V ist der Erstattungsbetrag zusätzlich um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H., wobei der Abschlag höchstens 40,00 EUR je Antrag beträgt, zu mindern.

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung erfolgt die Kostenerstattung bei gewählter Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V pauschaliert in Höhe von 30 v. H. des jeweiligen Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen Leistungen. Gesonderte Abschläge für Verwaltungskosten sind nicht in Abzug zu bringen. Die Versicherten können mit Einreichen der Rechnung(en) anstelle einer pauschalierten Erstattung jeweils eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages wählen. Die Entscheidung kann für alle allgemein- und fachärztlichen Behandlungen separat und für jede Rechnung neu getroffen werden. Hinsichtlich des individuell ermittelten Erstattungsbetrages gelten die Sätze 1 und 2.
Der individuell für diese Rechnung(en) ermittelte Erstattungsbetrag ist bindend, auch wenn dieser niedriger sein sollte als der Pauschalbetrag.

(5) Versicherten werden über die Regelung von Absatz 4 hinaus die Kosten für Arzneimittel nach Maßgabe des § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V erstattet; Absatz 2 findet in diesem Fall keine Anwendung.

Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend um einen Abschlag, für die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V sowie für die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 5 SGB V in Höhe von 20 v.H. zu mindern; ist der Apothekenverkaufspreis des gewählten Arzneimittels höher als der eines nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 5 SGB V abzugebenden Arzneimittels beträgt der Abschlag 30 v.H.

Gesonderte Abschläge für Verwaltungskosten sind nicht in Abzug zu bringen.

Die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln entsprechend der §§ 31 und 34 SGB V, sowie der Arzneimittelrichtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, bleibt davon unberührt.

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

§ 16
Teilkostenerstattung

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

(2) Die Entscheidung der Angestellten ist schriftlich zu erklären; sie wirkt bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das dem der Erklärung nachfolgt. Die Wirkungsdauer der Erklärung verlängert sich um jeweils zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des jeweiligen Zeitraums keine gegenteilige Erklärung vorliegt.

(3) Teilkostenerstattung wird in Höhe des Vomhundertsatzes gewährt, der den nicht durch die Beihilfe gedeckten Aufwendungen des Erstattungsberechtigten im Verhältnis zu den vollen Kassenleistungen entspricht. Maßgebend für die Feststellung des Erstattungsbetrages, ist die Kassenleistung. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind in voller Höhe zu leisten.

(4) Die Kostenerstattung und die ohne Berücksichtigung des Teilkostenerstattungsanspruchs zustehende Beihilfe dürfen die beihilfefähigen Gesamtaufwendungen nicht überschreiten. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind vom tatsächlichen Erstattungsbetrag abzuziehen.

(5) Der Beihilfeanspruch bleibt jeweils unberührt. Bei unmittelbarer Inanspruchnahme von Kassenleistungen sind die auf die Beihilfe entfallenden Anteilsbeträge der Aufwendungen festzustellen und auf den Sachbuchkonten zu vereinnahmen.
Für die Durchführung des Erstattungsverfahrens gelten die Regelungen der einschlägigen Beihilfebestimmungen entsprechend. Das Nähere bestimmt der Vorstand.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten auch für im Ruhestand befindliche ehemalige DO-Angestellte sowie für Hinterbliebene von DO-Angestellten.

§ 16 a

Leistungsausschluss

(1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 wird verzichtet, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht oder Familienversicherung und dem Tag der Leistungsinanspruchnahme ein Zeitraum von mehr als 12 Monaten liegt.

(2) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann der Medizinische Dienst zur Prüfung eingebunden werden, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsdürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.

(3) Bei Verdacht auf das Vorliegen der Voraussetzungen eines Leistungsausschlusses werden Kostenübernahmeentscheidungen unter dem Vorbehalt des Widerrufes (§ 32 Abs. 2 Nr. 3 SGB X) getroffen.

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

§ 17

Empfangsberechtigung

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

- bei Krankengeld der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und vergleichbarer ärztlicher Nachweise über die Art und Dauer der Arbeitsunfähigkeit,

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

Der Inhaber der Unterlagen hat sich auf Verlangen auszuweisen.

§ 17 a

Auskünfte an Versicherte

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg unterrichtet ihre Versicherten auf deren Antrag über die AOK Online-Geschäftsstelle über die von ihnen in den letzten 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten (Elektronische Patientenquittung).

(2) Die näheren Einzelheiten, insbesondere über das Verfahren der Registrierung und der Nutzungsbedingungen der AOK Online-Geschäftsstelle sowie die im Rahmen der elektronischen Patientenquittung für den registrierten Versicherten abrufbaren Daten, ergeben sich aus der Verfahrensbeschreibung. Diese kann der registrierte Versicherte in der AOK Online-Geschäftsstelle jederzeit einsehen, ausdrucken und/oder abspeichern.

Vierter Abschnitt:
Beiträge

§ 18
Beiträge und Beitragssätze

(1) Die Beiträge sind von den beitragspflichtigen Einnahmen nach Maßgabe gesetzlicher Vorschriften aufzubringen.

(2) Für die Beitragsbemessung der freiwilligen Mitglieder, Rentenantragsteller sowie Mitglieder nach den §§ 5 Abs. 1 Nr. 13 und 192 Abs. 2 SGB V sowie in den Fällen des § 239 Satz 2 SGB V gelten die durch den GKV-Spitzenverband aufgestellten einheitlichen Grundsätze.

(3) Der allgemeine Beitragssatz beträgt gemäß § 241 SGB V 14,6 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

(4) Der ermäßigte Beitragssatz beträgt gemäß § 243 SGB V 14,0 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Der ermäßigte Beitragssatz gilt für Mitglieder, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht. Satz 2 gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4 b SGB V.

(5) Der Zusatzbeitragssatz der AOK Rheinland/Hamburg gemäß § 242 SGB V beträgt 3,29 v. H.

§ 19
- nicht besetzt -

§ 20
Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

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

§ 20 a
- nicht besetzt -

§ 21
- nicht besetzt -

§ 22
Vorschüsse

Die AOK Rheinland/Hamburg kann von Arbeitgebern, die

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

(2) a) sich in einem Vergleichsverfahren befinden oder

b) sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder

c) Zahlungsausfälle befürchten lassen oder

(3) die Beitragsnachweise nicht rechtzeitig einreichen oder

(4) einen längeren Entgeltabrechnungszeitraum als einen Monat haben und nicht mindestens monatliche Abschläge auf die Arbeitsentgelte leisten,

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

§ 23
Erstattungen

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

Fünfter Abschnitt:
Wahltarife/Bonustarife/Zusatzversicherungen

§ 24
- nicht besetzt -

§ 25
Tarif für besondere Versorgungsformen

(1) Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 9 a oder einer besonderen Versorgung nach § 9 b oder einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 9 c dieser Satzung teilnehmen, haben die Möglichkeit, den Tarif für besondere Versorgungsformen zu wählen.

(2) Die Erklärung zur Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm bzw. an der besonderen Versorgung bzw. an der hausarztzentrierten Versorgung gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, der Versicherte widerspricht dem ausdrücklich.

§ 26
- nicht besetzt -

§ 27
- nicht besetzt -

§ 28
- nicht besetzt -

§ 29
- nicht besetzt -

§ 30
- nicht besetzt -

§ 31

Wahltarif Krankengeld *(vigo select Krankengeld)*

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

1. Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben,

2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts aufgrund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter),

3. nach dem KSVG versicherte Künstler und Publizisten.

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

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

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

Die Wahlerklärung wirkt rückwirkend ab Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft bzw. 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 Tarifausprägungen des Wahltarifes Krankengeld können gewählt werden:

1. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Mitglieder können eine Tarifausprägung 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 eine Tarifausprägung 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 bei den nach Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V und § 14 dieser Satzung berechnet,

3. beträgt in der Tarifausprägung KG 15 bei den nach Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitgliedern 70 v. H. des durchschnittlichen täglichen Bruttoarbeitseinkommens, das der Beitragsbemessung für die letzten 12 Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt wurde; § 47 Abs. 4 Satz 2 bis 4 SGB V gilt,

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

(5) Die Prämie beträgt:

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

2. für die Tarifausprägung KG 15 0,8 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§ 234 SGB V) maßgebend sind.

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

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 5 wird zum gleichen Zeitpunkt fällig, wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.

2. Die Prämien sind nicht während des Anspruchs auf Krankengeld (Wahltarif Krankengeld und gesetzliches Krankengeld) zu entrichten.

3. Die Prämienzahlung endet in den Fällen der Absätze 11, Satz 1 und 3, und 12.

4. Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der fällig werdenden Prämien zu erteilen.

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

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

2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; wird die Mitwirkung nachgeholt wird das Ruhen des Leistungsanspruchs rückwirkend aufgehoben.

3. nach Absatz 12 Nr. 6 ab dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird.

4. sofern Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

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

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

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

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

(9) Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahltarif-Krankengeldes angerechnet.

(10) Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.

(11) Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich. Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:

1. bei Erhalt von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II,
2. bei Erhalt von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
3. bei Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung nach § 802c ZPO,
4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3 a SGB V.

Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam.

Ein Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V besteht nicht.

(12) Unabhängig von einer Kündigung endet der Krankengeld-Wahltarif

1. wenn der Versicherte nicht mehr zum Personenkreis nach Absatz 1 zählt, es sei denn, die Versicherung oder die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 ist längstens einen Monat unterbrochen oder der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 1 und 2,

2. mit Ablauf des Kalendermonats, der dem Monat vorausgeht, ab dem die abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beansprucht werden könnte, und zwar unabhängig davon, ob der Versicherte den Rentenanspruch tatsächlich hat,

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 Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V vom Versicherten mit Wirkung für die Zukunft widerrufen wurde, es sein denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,

7. durch Tod.

(13) Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personen ruht der Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 10 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung.

Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 1 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf.

Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifes.

Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend bei Widerruf der Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V.

(14) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Rheinland/Hamburg den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit allen AOKs durch.

§ 32

Tarif für Teilkostenversicherte

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

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

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

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

Die Erklärung zur Wahl des Tarifes in den Fällen, in denen das Mitglied der Teilnahme am Tarif zunächst widersprochen oder gemäß Absatz 7 die Teilnahme am Tarif gekündigt hat, bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt in diesen Fällen mit Beginn des nächsten Kalendermonats gerechnet von dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK Rheinland/Hamburg zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Teilkostenversicherung und frühestens zu dem vom Mitglied gewählten Datum.

(3) Mitglieder, die den Tarif für Teilkostenversicherte gewählt haben, erhalten nach Maßgabe der Absätze 4 bis 6 für die Dauer der Teilnahme eine monatliche Prämie.

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

Die Gewährung der Prämie erfolgt zweckgebunden zu dem am gleichen Tag fällig werdenden Beitrag zur Krankenversicherung; sie wird dementsprechend unmittelbar bei Fälligkeit durch die AOK Rheinland/Hamburg für den Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) vereinnahmt. Abweichend hiervon erfolgt vorrangig die Aufrechnung mit Ansprüchen auf Rückerstattung von Prämien gemäß Abs. 6 Satz 2.

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

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

1. Sozialleistungen, die nach § 224 SGB V beitragsfrei sind.

2. Arbeitsentgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung (§ 249 b SGB V).

3. Sozialleistungen, aus denen Beiträge zu erheben sind, die von Dritten getragen werden (§ 251 SGB V).

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

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

b) bezogen auf Versorgungsbezüge (§ 229 SGB V) 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V,

c) bezogen auf Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit, soweit es neben der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird, 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V,

d) bezogen auf alle weiteren dem Ausgangswert hinzuzurechnenden Einnahmen, aus denen die Beiträge zur Krankenversicherung über den ermäßigten Beitragssatz nach § 243 SGB V zu erheben sind, 50 v. H. des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 SGB V,

e) bezogen auf alle weiteren dem Ausgangswert hinzuzurechnenden Einnahmen, aus denen die Beiträge zur Krankenversicherung über den allgemeinen Beitragssatz nach § 241 SGB V zu erheben sind, 50 v. H. des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 SGB V, zuzüglich der Beitragssatzdifferenz zwischen dem allgemeinen und dem ermäßigten Beitragssatz.

f) bezogen auf die in den Buchstaben a bis e genannten Einnahmen zusätzlich 50 v. H. des Zusatzbeitragssatzes der AOK Rheinland/Hamburg gemäß § 18 Abs. 5.

(6) Sofern Beiträge zur Krankenversicherung nach zu berechnen sind, ist die Prämie für den Zeitraum der Nachberechnung rückwirkend entsprechend zu erhöhen; Absatz 3 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

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

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

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

§ 33

- nicht besetzt -

§ 34

- nicht besetzt -

§ 34 a

- nicht besetzt -

§ 35

- nicht besetzt -

§ 36

Wahltarif Selbstbehalt (AOK-Gesund+)

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg zahlt im Rahmen dieses Wahltarifs nach § 53 Abs. 1 SGB V Prämien an Mitglieder, wenn sie jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der AOK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt).

(2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Tarifes. Ergänzend zur schriftlichen Wahlmöglichkeit, können Mitglieder ihre Teilnahme an dem Tarif auch digital in der Online-Geschäftsstelle erklären. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V).

Die Wahl wird wirksam zum Beginn des Monats, in dem die Erklärung bei der AOK Rheinland/Hamburg eingeht, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und frühestens zu dem vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt.

Bei Mitgliedern, die am 31.12.2024 am AOK-Bonus-Plus nach § 36 der Satzung in der Fassung vom 08.10.2024 teilgenommen haben, wird die Wahl rückwirkend zum 01.01.2025 wirksam, sofern die Erklärung bis spätestens 31.03.2025 bei der AOK Rheinland/Hamburg eingeht, frühestens jedoch zu dem vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt.

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

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

Die Teilnahme endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit dem Ende der Bindungsfrist.

Ist ein rechtmäßiger Wechsel der Krankenkasse im Sinne des § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V erfolgt, endet die Teilnahme am Tarif mit Beginn der Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse.

(4) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Teilnahme für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt; das Nähere ergibt sich aus Absatz 5.
Ergänzend zur schriftlichen Kündigung, können Mitglieder ihre Teilnahme an dem Tarif auch digital in der Online-Geschäftsstelle kündigen.

Ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 53 Abs. 8 Satz 3 SGB V besteht auch bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Die Teilnahme endet in diesen Fällen zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats.

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

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass regelmäßig nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten.

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

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

(6) Mit der Wahl des Tarifes gemäß Abs. 2, wählt das Mitglied unter Berücksichtigung des zu erwartenden Bruttoeinkommens eine vorläufige Tarifstufe. Die endgültige Zuordnung in eine Tarifstufe erfolgt durch die AOK bei der Erstellung der Abrechnung. Maßgeblich sind dafür die Einnahmen zum Lebensunterhalt im Sinne des § 62 SGB V.

Die Höhe der maximal möglichen Prämie pro Kalenderjahr orientiert sich an der jeweiligen Tarifstufe.

Einkünfte (brutto, jährlich)	Tarifstufe	Maximale Prämie
bis 9.999.99 EUR	1	100 EUR
bis 29.999.99 EUR	2	200 EUR
ab 30.000,00 EUR	3	300 EUR
ab 40.000,00 EUR	4	400 EUR
ab 50.000,00 EUR	5	500 EUR

(7) Teilnehmende übernehmen jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten (Selbstbehalt). Selbstbehalte fallen an, wenn für Teilnehmende ein Arzneimittel verordnet und über die AOK abgerechnet wird. Die Höhe der vom Teilnehmenden jeweils zu tragenden pauschalen Selbstbehalte betragen je nach Tarifstufe:

Tarifstufe	Selbstbehalt je Arzneimittel
1	25,00 EUR
2	50,00 EUR
3	75,00 EUR
4	100,00 EUR
5	125,00 EUR

Gesetzliche Zuzahlungen nach dem SGB V sowie geringere Arzneimittelkosten mindern den Selbstbehalt nicht.

Für Leistungen, die aufgrund einer Schwangerschaft einschließlich der Entbindung entstehen, fallen keine Selbstbehalte an. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24 a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen.

(8) Die AOK ermittelt bis zum Ende des zweiten Quartals des Folgejahres den Unterschiedsbetrag zwischen Prämie und Selbstbehalten für das jeweils vergangene Kalenderjahr. Daraus ergibt sich entweder eine Prämienzahlung oder eine Forderung für die Teilnehmenden.

Mit AOK-Gesund+ beläuft sich die maximale Forderung - unabhängig von der Höhe der pauschalen Selbstbehalte - auf 10% der jährlichen Prämie.

Tarifstufen		Selbstbehalt		Finanzielles Risiko (gedeckelt pro Kalenderjahr)	
Stufe	Prämie in EUR	je Verordnung in EUR		maximaler Selbstbehalt in EUR	Risiko in EUR
1	100	¼	25	110	10
2	200	¼	50	220	20
3	300	¼	75	330	30
4	400	¼	100	440	40
5	500	¼	125	550	50

Der Auszahlungsbetrag darf 20% der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V). Die Prämie wird mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres ausgezahlt. Forderungen sind 14 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK Rheinland/Hamburg fällig, auch wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde.

Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe eines Kalenderjahres, vermindern sich die kalenderjährliche Prämie und die Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme an diesem Wahltarif bestanden hat.

§ 37

- nicht besetzt -

§ 38

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Versicherte können am AOK-Fit+ oder am AOK-Vital+ teilnehmen. Zur organisatorischen Abwicklung der Bonusprogramme werden die Versicherten gebeten, ihren Wunsch zur Teilnahme zu erklären. Dies hat lediglich deklaratorischen Charakter. Auswirkungen auf die Leistungsansprüche ergeben sich bei ausbleibender Erklärung nicht. Eine parallele Teilnahme an den vorgenannten Bonusprogrammen ist ausgeschossen.

(2) Versicherte erhalten gemäß § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V einen Gesundheitsbonus für die Inanspruchnahme von

a) Leistungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a und 26 SGB V) oder Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i SGB V),

oder

b) Zahnvorsorge (§§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V) oder Mutterschaftsvorsorge (§ 24d SGB V, Mutterschafts-Richtlinien),

oder

c) Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V),

oder

d) vergleichbaren und qualitätsgesicherten Angeboten nach Maßgabe des Anhangs 3 (Ausführungsbestimmungen, vergleiche Abs. 6) zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens.

(3) Die Inanspruchnahme bzw. Durchführung von Maßnahmen ist von den Versicherten in geeigneter Form nachzuweisen. Diese Nachweise sollen zeitnah, spätestens bis zum 31.12. des Folgejahres, bei der AOK eingereicht werden. Es können nur Maßnahmen anerkannt werden, die den Anforderungen des Abs. 2 entsprechen.

(4) Der Bonus wird den Versicherten beim AOK-Fit+ als Geldprämie für Nachweise gemäß Abs. 3 ausgezahlt. Für Nachweise nach Abs. 3 können Versicherte beim AOK-Vital+ Zuschüsse zu Gesundheitsleistungen erhalten.

Der Bonus beim AOK-Fit+ und beim AOK-Vital+ ergibt sich aus den Ausführungsbestimmungen gemäß Abs. 6.

(5) Im Falle einer missbräuchlichen Nutzung des AOK-Fit+ oder AOK-Vital+, z. B. der „Meine AOK"-App oder eines Wearables, durch Manipulationen technischer Schnittstellen, aufgrund falscher Angaben oder sonstiger Verstöße, sind die Teilnehmenden anzuhören und die Leistung bzw. Auszahlung gegebenenfalls zurückzufordern.

(6) Näheres zu den Bonusprogrammen regeln die Ausführungsbestimmungen im Anhang 3 der Satzung.

§ 39

- nicht besetzt -

§ 40

Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

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

Sechster Abschnitt:
Widerspruchsstellen

§ 41
Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

(1) Die Aufgaben der Widerspruchsstelle werden durch besondere Ausschüsse nach § 36 a SGB IV (Widerspruchsausschüsse) wahrgenommen. Widerspruchsausschüsse werden bei den örtlichen Regionaldirektionen sowie dem Bereich Recht – Datenschutz und dem Bereich Krankenhaus – Reha gebildet (§ 46). Die Mitglieder der bei den örtlichen Regionaldirektionen zu bildenden Widerspruchsausschüsse und deren Stellvertreter werden von dem jeweiligen Regionalbeirat bestellt.

Die Mitglieder des beim Bereich Recht – Datenschutz zu bildenden Widerspruchsausschuss und deren Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat bestellt.

Die Mitglieder des beim Bereich Krankenhaus - Reha zu bildenden Widerspruchsausschusses und ihre Stellvertreter werden vom Vorstand bestellt.

(2) Dem Widerspruchsausschuss beim Bereich Recht – Datenschutz gehören je ein Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie der Vorsitzende des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg oder ein von ihm Beauftragter mit beratender Stimme an. Zu Mitgliedern des Widerspruchsausschusses können auch Stellvertreter von Mitgliedern des Verwaltungsrates bestellt werden. Für jedes Mitglied ist mindestens ein Stellvertreter zu bestimmen.

(3) Beim Bereich Krankenhaus – Reha wird als Widerspruchsstelle nach § 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG ein hauptamtlicher Widerspruchsausschuss eingerichtet. Der hauptamtliche Widerspruchsausschuss besteht aus zwei Bediensteten der AOK Rheinland/Hamburg. Diese sind fachlich nicht weisungsgebunden. Dem Widerspruchsausschuss dürfen keine Bediensteten der Stelle angehören, die den Ausgangsbescheid erlassen haben; dasselbe gilt für die aus fachlicher Sicht zuständigen vorgesetzten Bediensteten dieser Personen. Für jedes Mitglied ist je ein Stellvertreter zu bestimmen.

(4) Bei jeder Regionaldirektion werden mindestens ein bis maximal drei Widerspruchsausschüsse gebildet. Den Widerspruchsausschüssen der örtlichen Regionaldirektionen gehören je ein Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber des Regionalbeirates sowie der Regionaldirektor oder ein vom ihm Beauftragter mit beratender Stimme an. Zu Mitgliedern der Widerspruchsausschüsse können auch stellvertretende oder ehemalige Mitglieder des Regionalbeirates bestellt werden. Für die Mitglieder ist mindestens ein Stellvertreter je Gruppe zu bestimmen. Näheres bestimmt der Vorstand in der Richtlinie über die Führung der Verwaltungsgeschäfte gemäß § 36 a i. V. m. § 35 Abs. 2 SGB IV.

(5) Die Widerspruchsausschüsse entscheiden über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK Rheinland/Hamburg, sofern durch Rechtsvorschriften nichts Anderes bestimmt ist. Näheres über die Führung der Verwaltungsgeschäfte bestimmt der Vorstand in Richtlinien (§ 36 a i. V. m. § 35 Abs. 2 SGB IV).

(6) Der beim Bereich Recht – Datenschutz gebildete Widerspruchsausschuss ist zuständig für solche Widersprüche, die nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften einem AOK-Landesverband zur Entscheidung übertragen sind.

(7) Der beim Bereich Krankenhaus – Reha gebildete hauptamtliche Widerspruchsausschuss entscheidet über Widersprüche von Leistungserbringern gemäß § 275c Abs. 3 und 5 SGB V gegen Verwaltungsakte der AOK, sofern durch

Rechtsvorschriften nichts Anderes bestimmt ist. Näheres über die Führung der Verwaltungsgeschäfte bestimmt der Vorstand in Richtlinien (§ 35 Abs. 2 SGB IV).

(8) Die Widerspruchsausschüsse bei den örtlichen Regionaldirektionen entscheiden über Widersprüche vorbehaltlich der Regelung in Absatz 5. Die örtliche Zuordnung erfolgt innerhalb des Bezirks der AOK Rheinland/Hamburg (§ 1 Abs. 2) nach dem Wohnort bzw. Sitz des Widerspruchsführers. Widersprüche von Widerspruchsführern, die ihren Wohnsitz bzw. Sitz außerhalb des Bezirks der AOK Rheinland/Hamburg haben, werden wie folgt nach Sachgebieten zugeordnet:

Widerspruchsausschuss der Regionaldirektionen	**Wohnort bzw. Sitz außerhalb sowie Sachgebiet**
Bergisches Land	Entgeltersatzleistungen/Forderungen Krankenhaus – Reha Marketing – Prävention
Bonn-Rhein-Sieg-Kreis Euskirchen	Versicherung – Beiträge Entscheidungen der Geschäftsstellen
Hamburg	Leistungen Hilfsmittel - Fahrkosten
Oberbergisches Land	Pflege

Widersprüche in Angelegenheiten der Gewährung von Fördermitteln gemäß § 39 a Abs. 2 SGB V fallen in die Zuständigkeit des Widerspruchsausschusses der Regionaldirektion Düsseldorf - Mettmann sofern der Widerspruchsführer seinen Sitz außerhalb des Kassenbezirkes der AOK Rheinland/Hamburg hat.

(9) Für ehrenamtliche Mitglieder der Widerspruchsausschüsse gelten die gesetzlichen Vorschriften über Führung des Ehrenamtes, Verlust der Mitgliedschaft, Amtsdauer, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung (§§ 40 bis 42, §§ 58, 59 und § 63 Abs. 3a und 4, § 64 Abs. 1 und 2 SGB IV) sowie über die Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden (§ 62 SGB IV) entsprechend.
Die für den Verwaltungsrat geltenden Regelungen über hybride und digitale Sitzungen im Sinne des § 48 Abs. 5, 6 und 9 gelten für die Widerspruchsausschüsse und Einspruchsstellen entsprechend mit der Maßgabe, dass statt des Vorsitzenden ein Mitglied des Widerspruchs-ausschusses/ der Einspruchsstelle den Ausnahmefall nach § 64a Absatz 2 Satz 1 SGB IV (außergewöhnliche Notsituation oder in besonders eiligen Fällen) feststellt und eine digitale Sitzung nicht stattfindet, wenn ein Mitglied widerspricht.

(10) Die Widerspruchsausschüsse nehmen zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (§ 112 Abs. 2 SGB IV) wahr.

Siebter Abschnitt:
Mitgliedschaften und Zusammenwirken

§ 42
Mitgliedschaften

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg ist Gesellschafterin des AOK-Bundesverbandes (GbR).

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

§ 43
Zusammenwirken

(1) Zur Förderung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des AOK-Systems arbeitet die AOK Rheinland/Hamburg - insbesondere in ihrer Rechtsstellung als Landesverband - eng mit dem AOK-Bundesverband (GbR) zusammen. Sie hat bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben gemeinsame Interessen zu berücksichtigen.

(2) Ferner arbeitet die AOK Rheinland/Hamburg im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Krankenkassen und Landesorganisationen der anderen Kassenarten sowie mit Einrichtungen des Gesundheitswesens im Land Nordrhein-Westfalen und in der Freien und Hansestadt Hamburg zusammen.

§ 44
Bindung an Grundsatzentscheidungen

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

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

sind für die AOK Rheinland/Hamburg verbindlich.

§ 45
Bindung an Verträge und Richtlinien

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

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

sind für die AOK Rheinland/Hamburg verbindlich.

Achter Abschnitt:
Organisationsstruktur und Selbstverwaltung

§ 46
Organisationsstruktur

(1) Die Organisation der AOK Rheinland/Hamburg gliedert sich in

a) Bereiche

und

b) Stabsbereiche

Die Kundenbetreuung vor Ort wird durch die zehn Regionaldirektionen des Bereiches Kunde und Markt sichergestellt.

(2) Zahl und Abgrenzungen der Regionaldirektionen kann der Vorstand mit Ausnahme der Regionaldirektion Hamburg unter unternehmenspolitischen und/oder betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten sowie nach den Erfordernissen des Marktes nach vorheriger Zustimmung durch den Verwaltungsrat festlegen.

(3) In den örtlichen Regionaldirektionen werden Geschäftsstellen unterhalten, bei deren Zahl sich der Vorstand an den Erfordernissen einer kundennahen Betreuung der Versicherten und deren Arbeitgeber orientiert.

§ 47
Organe der AOK Rheinland/Hamburg

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

§ 48
Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK Rheinland/Hamburg sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 33 Abs. 1 und 3 SGB IV, § 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

(2) Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK Rheinland/Hamburg von grundsätzlicher Bedeutung sind. (§ 33 Abs. 1 und 3 SGB IV, § 197 Abs. 1 Nr. 1a und 1 b SGB V). Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(2 a) Der Verwaltungsrat hat die Bestellung eines Prüfers für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV) vorzunehmen.

(2 b) Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V.

(3) Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB IV, § 194 Abs. 1 Nr. 5 SGB V). Die Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich zum 1. Januar (§ 62 Abs. 3 SGB IV). Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende dürfen nicht derselben Gruppe angehören (§ 62 Abs. 1 SGB IV).

(4) Für die Stellvertretung verhinderter Mitglieder des Verwaltungsrates gilt § 43 Abs. 2 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV.

(5) Zur Feststellung des Haushaltsplans und zur Abnahme der Jahresrechnung finden in der Regel jährlich vier Sitzungen des Verwaltungsrates statt, im Übrigen nach Bedarf (ordentliche Sitzungen). Der Vorsitzende des Verwaltungsrates beruft die Sitzungen ein. Die Sitzungen des Verwaltungsrates und seiner Ausschüsse sind grundsätzlich als Präsenzsitzungen durchzuführen.

Darüber hinaus ist der Verwaltungsrat unverzüglich einzuberufen, wenn

a) der Vorsitzende des Verwaltungsrates und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates es gemeinsam für erforderlich halten,

b) mindestens ein Drittel der stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates es verlangt,

c) der Vorstand es beantragt oder

d) die Aufsichtsbehörde es verlangt.

Mit Ausnahme von konstituierenden Sitzungen können die Mitglieder mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung unter Verwendung eines geeigneten von der AOK vorgegebenen Konferenzsystem teilnehmen (hybride Sitzung).

Ein Mitglied des Verwaltungsrates, das eine Sitzungsteilnahme durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung beabsichtigt, soll dies dem Büro der Selbstverwaltung der AOK möglichst spätestens 10 Tage vor der Sitzung mitteilen.

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 mittels eines von der AOK vorgegebenen geeigneten Konferenzsystems beraten und abstimmen (digitale Sitzung). Eine außergewöhnliche Notsituation liegt insbesondere im Fall einer Katastrophe, einer epidemischen Lage, einer anderen schwerwiegenden Gefahr und Bedrohungslage sowie bei gravierenden und flächendeckenden Einschränkungen der allgemeinen Mobilität vor. Ein besonders eiliger Fall liegt vor, wenn die Eilbedürftigkeit der Beschlussfassung die rechtzeitige Organisation einer Präsenzsitzung bzw. einer hybriden Sitzung ohne Schaden oder Gefahr nicht zulässt. Das Vorliegen der außergewöhnlichen Notsituation oder des besonders eiligen Falles wird vom Vorsitzenden des Verwaltungsrates festgestellt. Soweit die Sitzung öffentlich ist, 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. Die Widerspruchserklärungen müssen spätestens drei Tage nach Zugang der Einladung in Textform im Büro der Selbstverwaltung der AOK eingehen. Über die Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

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

(6) Werden die Sitzungen hybrid oder digital durchgeführt, ist durchgeeignete technische Maßnahmen sicherzustellen, dass alle Teilnehmenden die Möglichkeit haben, sich in gleicher Weise an der Beratung, Willensbildung und Beschlussfassung zu beteiligen; insbesondere müssen für jeden Teilnehmenden die anderen Teilnehmenden sichtbar und ihre Redebeiträge akustisch verständlich sein. Die Abgabe der Stimme erfolgt während der Sitzung durch eindeutiges Handzeichen oder elektronisch mittels eines von der AOK vorgegebenen geeigneten Systems. Die Mitglieder des Verwaltungsrates sind dafür verantwortlich, dass sie durch die von ihnen genutzten Geräte die übrigen Teilnehmenden sehen und hören können, dass sie die Sitzungsleitung unverzüglich informieren, wenn dies nicht mehr der Fall ist, und dass über die von ihnen genutzten Geräte keine Unbefugten die Sitzung oder Teile davon verfolgen können. Technisch bedingte Störungen der Wahrnehmbarkeit, die nachweislich im Verantwortungsbereich der AOK liegen, sind vom Vorsitzenden festzustellen, die Sitzung darf nicht fortgesetzt werden. Sonstige Störungen sind unbeachtlich, solange die Beschlussfähigkeit im Sinne des Abs. 9 noch gegeben ist. Über die offenen Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Bereits getroffene Beschlüsse behalten ihre Gültigkeit.

Das Nähere bestimmt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates

(7) An den Sitzungen des Verwaltungsrates nehmen die Mitglieder des Vorstandes mit beratender Stimme teil. Der Verwaltungsrat kann Mitarbeiter der AOK Rheinland/Hamburg zu seinen Sitzungen hinzuziehen. Sofern aus der Mitte des Verwaltungsrates beantragt wird, die Mitglieder des Vorstandes für einzelne Punkte der Tagesordnung von der Teilnahme an der Sitzung auszuschließen, ist deren weitere Anwesenheit nur zulässig, wenn die Mehrheit der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates für ihre weitere Teilnahme stimmt.

(8) Die Sitzungen des Verwaltungsrates sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten, Grundstücksangelegenheiten oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nicht öffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben.

(9) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen und zwei Drittel der stimmberechtigten Mitglieder, jedoch mehr als die Hälfte aus jeder Gruppe, anwesend sind. Als anwesend gelten auch Mitglieder, die unter Verwendung eines geeigneten von der AOK vorgegebenen Konferenzsystems im Falle einer hybriden Sitzung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung zugeschaltet sind oder an einer digitalen Sitzung durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung teilnehmen. Bei Beschlussunfähigkeit ist binnen zwei Wochen zu einer erneuten Sitzung einzuladen; der Vorsitzende des Verwaltungsrates kann anordnen, dass auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 vorgesehene Mehrheit nicht anwesend ist; hierauf ist in der Einladung hinzuweisen.

(10) Die Beschlüsse werden, soweit durch Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt ist, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Auf Antrag kann geheime Abstimmung beschlossen werden. Stimmenthaltungen und ungültige Stimmen gelten als nicht abgegeben. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(11) Anträge auf Änderung oder Ergänzung der vorläufigen Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung schriftlich beim Büro der Selbstverwaltung eingereicht werden; die Mitglieder des Verwaltungsrates sind hiervon unverzüglich zu unterrichten. Sonstige Angelegenheiten werden zur Beratung nur zugelassen, wenn ein entsprechender Tagesordnungsantrag vor Feststellung der Tagesordnung von mindestens einem Drittel der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates gestellt wird. Die Beschlussfassung wird jedoch bis zur nächsten Sitzung ausgesetzt, wenn ein Drittel der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht. Anträge auf Änderung dieser Satzung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung schriftlich gestellt werden. Für die Feststellung der Tagesordnung gilt Absatz 10.

(12) Über die Sitzungen des Verwaltungsrates werden Niederschriften gefertigt. Näheres bestimmt die Geschäftsordnung.

(13) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen über

a) Änderungen dieser Satzung und der Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,

b) Änderungen dieser Satzung und der Dienstordnung sowie Änderung von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts zur Beseitigung von offenbaren Unrichtigkeiten handelt,

c) Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,

d) von ihm bestimmte Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen.

e) Weiter kann der Verwaltungsrat im Einvernehmen der alternierenden Vorsitzenden schriftlich abstimmen, wenn hierfür ein wichtiger Grund vorliegt. Dieser setzt voraus, dass die Durchführung einer Präsenzsitzung des Verwaltungsrates

aa) tatsächlich unmöglich wäre, weil infolge erheblicher Störungen der Verkehrsinfrastruktur (z. B. aufgrund einer Naturkatastrophe) so viele Mitglieder und stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates an einem Erscheinen am Sitzungsort gehindert sind, dass keine Beschlussfähigkeit des Verwaltungsrates erreicht werden kann,

bb) rechtlich unzulässig wäre (z. B. wegen eines gesetzlichen Verbotes von Zusammenkünften mehrerer Personen) oder

cc) mit Gefahren für die Gesundheit der Mitglieder des Verwaltungsrates verbunden wäre (z. B. im Falle einer Epidemie, Pandemie, Naturkatastrophe oder ähnlicher Bedrohungslagen).

Weitere Voraussetzung einer schriftlichen Abstimmung aus wichtigem Grund ist das Bestehen eines Entscheidungsbedarfs, der eine Beschlussfassung vor dem Zeitpunkt, zu dem der wichtige Grund voraussichtlich wegfallen wird, erforderlich erscheinen lässt.

Wenn 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen. Ergibt sich bei der schriftlichen Abstimmung Stimmengleichheit, so wird über die Angelegenheit in der nächsten

Sitzung des Verwaltungsrates beraten und abgestimmt. Kommt auch bei der zweiten Abstimmung keine Mehrheit zustande, so gilt der Antrag als abgelehnt. Die Widerspruchserklärungen nach Satz 1 müssen spätestens drei Tage nach Zugang der Einladung zur schriftlichen Abstimmung in Textform im Büro der Selbstverwaltung der AOK eingehen.

(14) Der Verwaltungsrat bildet zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse; sie sind je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammengesetzt. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung. Die Regelungen für den Verwaltungsrat über die Durchführung von hybriden oder digitalen Sitzungen gelten für die Fachausschüsse als Vorbereitungsausschüsse im Sinne des Teils II der Geschäftsordnung des Verwaltungsrates entsprechend. Für die besonderen Ausschüsse gemäß § 36a SGB IV gilt § 41 (Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen). Für den Fachausschuss für Immobilienangelegenheiten (Immobilienausschuss) gemäß § 22 der Geschäftsordnung des Verwaltungsrates gelten die Regelungen für den Verwaltungsrat über die Durchführung von hybriden oder digitalen Sitzungen entsprechend mit der Maßgabe, dass lediglich ein Mitglied des Immobilienausschusses den Ausnahmefall nach § 64a Abs. 2 Satz 1 (außergewöhnliche Notsituation oder besonders eilige Fälle) feststellt und eine digitale Sitzung nach § 64a Abs. 2 Satz 1 nicht stattfindet, wenn lediglich ein Mitglied des Immobilienausschusses widerspricht.

(15) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere:

a) Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK Rheinland/Hamburg maßgebendes Recht verstoßen (§ 38 SGB IV).

b) Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei der Ergänzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

§ 49

Vorstand

(1) Der Verwaltungsrat wählt einen aus drei Personen bestehenden Vorstand und aus dessen Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; Wiederwahl ist möglich.

(2) Der Vorstand verwaltet hauptamtlich die AOK Rheinland/Hamburg und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK Rheinland/Hamburg maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorsitzende ist zur Alleinvertretung der AOK Rheinland/Hamburg befugt.
Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig.

(3) Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstands seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende.

(4) Soweit Beschlüsse der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes nicht der Zustimmung des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes bedürfen, hat der Vorstand unverzüglich nach Einberufung der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes die Zustimmung des Verwaltungsrates über die Ausübung der Gesellschaftsrechte der AOK einzuholen.

§ 50
Regionalbeiräte

(1) Bei jeder örtlichen Regionaldirektion wird zur Stärkung des Regionalbezuges der AOK Rheinland/Hamburg ein Regionalbeirat gebildet. Dieser besteht aus mindestens je fünf Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.

a) Bei Regionaldirektionen, deren zu betreuende Anzahl der Versicherten ab 220.000 beträgt, kann die Zahl auf sechs Vertreter je Gruppe erhöht werden.

b) Bei Regionaldirektionen, deren zu betreuende Anzahl der Versicherten ab 300.000 beträgt, kann die Zahl auf sieben Vertreter je Gruppe erhöht werden.

c) Bei Regionaldirektionen, deren zu betreuende Anzahl der Versicherten ab 330.000 beträgt, kann die Zahl auf acht Vertreter je Gruppe erhöht werden.

d) Bei Regionaldirektionen, deren zu betreuende Anzahl der Versicherten ab 350.000 beträgt, kann die Zahl auf neun Vertreter je Gruppe erhöht werden.

Kann in den Fällen der Buchstaben a) bis d) die jeweils mögliche Zahl der Vertreter von einer der beiden oder von beiden Gruppen im Regionalbeirat von der jeweils zuständigen Sozialpartnerorganisation nach Absatz 2 nicht benannt werden, werden sich die zuständigen Sozialpartnerorganisationen über die Anzahl der zu wählenden Vertreter je Gruppe verständigen und einen gemeinsamen Antrag an den Verwaltungsrat über die Besetzung des Regionalbeirates stellen. Die paritätische Besetzung des Regionalbeirates ist zu gewährleisten. Die Mindestbesetzung nach Absatz 1 Satz 2 bleibt unberührt.

(2) Die in den Regionalbeirat zu wählenden Vertreter der Versicherten werden von den im Verwaltungsrat amtierenden Vertretern der Versicherten, die Vertreter der Arbeitgeber von den im Verwaltungsrat amtierenden Vertretern der Arbeitgeber auf Vorschlag der Sozialpartnerorganisationen gewählt. Dasselbe gilt für die Stellvertreter.

(3) Die Wahl des Vorsitzenden des Regionalbeirates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz von Jahr zu Jahr jeweils zum 1. Januar. Die Wahl des Vorsitzenden erfolgt aus den Gruppen.

(4) Für die Regionalbeiräte bzw. ihre Mitglieder gelten die gesetzlichen Vorschriften über Führung des Ehrenamtes, Verlust der Mitgliedschaft, Amtsdauer, Ergänzung, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung (§§ 40 bis 42, §§ 58 bis 60, §§ 63 Abs. 1 bis 4 und § 64 Abs. 1 und 2 SGB IV) entsprechend; für die Stellvertretung verhinderter Mitglieder gilt § 43 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB IV in Verbindung mit § 40 SGB IV.

(5) Den Regionalbeiräten obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

a) Regionale gesundheitspolitische Beratung, insbesondere die Vermittlung von Erfahrungen und Erwartungen aus dem kommunalpolitischen Leben sowie aus der Arbeitswelt und der Wirtschaft einschließlich dem Handwerk, sowie Beratung bei der regionalen Umsetzung der AOK-Markenwerte.

b) Unterstützung des Netzwerks der AOK vor Ort, insbesondere in ihrer Eigenschaft als Vertreter der Institutionen der regionalen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Mitglieder und Meinungsbildner der Kommunalpolitik und der regionalen Wirtschaft und des Gesundheitswesens.

c) Mitwirkung bei der regionalen gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit und Unterstützung bei der Bekanntmachung der Standpunkte der Versichertengemeinschaft der AOK Rheinland/Hamburg.

d) Austausch zu Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden und Vorschläge zur Beseitigung.

e) Begleitung und Unterstützung bei den öffentlichkeitswirksamen Vorhaben der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung gemäß § 20 SGB V.

f) Mithilfe und Unterstützung bei der Stärkung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Wirtschaft, Handwerk und Gesundheitswesen der Region.

g) Mitwirkung bei der regionalen Planung und Realisierung von Maßnahmen im Rahmen des Regionalbudgets für Prävention, Selbsthilfe, Gesundheitsförderung und Gesundheitsnetzwerke.

h) Beratung zu den Erkenntnissen und geplanten Maßnahmen aus den regelmäßigen regionalen Kundenzufriedenheitsmessungen.

i) Beratung zu Vorschlägen, die der Verbesserung des allgemeinen, kundenrelevanten Angebots und der AOK-Serviceleistungen und Servicequalität in den Geschäftsstellen der AOK vor Ort dienen.

j) Austausch zu grundsätzlichen Fragen der medizinischen Versorgung und der Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung in der Region.

k) Bestellung der Mitglieder und der stellvertretenden Mitglieder des Widerspruchsausschusses bei der Regionaldirektion (§ 36 a SGB IV in Verbindung mit § 41 dieser Satzung).

(6) Die Sitzungen der Regionalbeiräte sollen im Kalenderjahr drei- bis viermal stattfinden. Die Sitzungen der Regionalbeiräte sind grundsätzlich als Präsenzsitzungen durchzuführen. Der Regionalbeirat wird unverzüglich zu einer Sitzung einberufen, wenn mindestens ein Drittel seiner stimmberechtigten Mitglieder es verlangt. Der Vorsitzende des Regionalbeirates beruft im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden zu den Sitzungen ein.

(7) Mit Ausnahme der Regelungen für die Teilnahme der Öffentlichkeit, gelten die für den Verwaltungsrat geltenden Vorschriften über die Durchführung von hybriden und digitalen Sitzungen entsprechend oder sinngemäß.

(8) Ein Regionalbeirat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen wurden und mehr als die Hälfte jeder Gruppe anwesend ist § 48 Abs. 9 gilt entsprechend.

§ 51

Vertretung der AOK Rheinland/Hamburg

(1) Der Vorstand vertritt die AOK Rheinland/Hamburg gerichtlich und außergerichtlich (§ 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

(2) Unbeschadet des § 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV wird die AOK Rheinland/Hamburg vertreten

a) durch den Vorsitzenden des Vorstandes, im Verhinderungsfall durch den stellvertretenden Vorsitzenden,

b) im Einzelfall auf Beschluss des Vorstandes durch ein anderes Vorstandsmitglied (§ 35 a Abs. 1 Satz 2 SGB IV).

(3) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK Rheinland/Hamburg gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern (§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Das Vertretungsrecht wird durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

§ 52

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

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die Mitglieder der Regionalbeiräte üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

(2) Die Entschädigung nach § 41 SGB IV richtet sich nach der als Anhang 1 beigefügten Regelung, die Bestandteil dieser Satzung ist.

(3) Die Haftung der Mitglieder des Selbstverwaltungsorgans sowie der Mitglieder der Regionalbeiräte richtet sich nach § 42 SGB IV.

Neunter Abschnitt:
Verwaltung der Mittel

§ 53
Rücklage

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

§ 54
Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung sowie der Jahresrechnung

(1) Der Verwaltungsrat hat im Hinblick auf die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IV) jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung für das abgelaufene Geschäftsjahr prüfen zu lassen (§ 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V). Diese Prüfung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb. Sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Jahresrechnung ist von einem Wirtschaftsprüfer oder einem vereidigten Buchprüfer zu prüfen und zu testieren (§ 77 Abs. 1 Satz 5 SGB IV). Der Verwaltungsrat bestimmt den/die Prüfer.

(2) Der Vorstand hat die Jahresrechnung in geeigneter Weise prüfen zu lassen. Die Bestellung der Prüfer erfolgt durch den Verwaltungsrat (§ 31 SVHV). Der Vorstand hat die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Feststellungen des Prüfberichts dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

(3) Der Vorstand ist verpflichtet, die Kasse und Buchführung der AOK Rheinland/Hamburg mindestens zweimal im Jahr zu prüfen. Die Prüfung erstreckt sich auch darauf, ob das Vermögen vorschriftsmäßig angelegt ist und wie die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden (§ 4 SVRV i. V. m § 7 SRVwV). Ferner sind mindestens zweimal jährlich die Bestände an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln bei der Unternehmenssteuerung unvermutet zu prüfen. Der Vorstand kann zur Durchführung dieser Aufgaben im Einzelfall die interne Revision einsetzen.

(4) Die interne Revision hat mindestens zweimal jährlich die Bestände an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln bei den Regionaldirektionen und den Geschäftsstellen unvermutet zu prüfen.

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

§ 55
Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

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

Elfter Abschnitt:
Bekanntmachungen, Aufsicht und Inkrafttreten

§ 56
Bekanntmachungen

(1) Öffentliche Zustellungen von Verwaltungsakten können durch Aushang in den Geschäftsstellen und durch Veröffentlichung auf den Internetseiten der AOK Rheinland/Hamburg oder durch Veröffentlichung im elektronischen Bundesanzeiger erfolgen.

(2) Die Bekanntmachung dieser Satzung oder sonstigen autonomen Rechts der AOK Rheinland/Hamburg sowie Ort, Zeitpunkt und Tagesordnung des öffentlichen Sitzungsteils einer Sitzung des Verwaltungsrats erfolgt durch Aushang in den Geschäftsstellen der AOK Rheinland/Hamburg und ist auf der Internetpräsenz der AOK bekannt zu geben; § 196 SGB V findet Anwendung. In den Fällen des § 48 Abs. 13 Buchstabe e) erfolgt die Bekanntmachung wegen der Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Versicherten abweichend von Satz 1 durch Veröffentlichung auf den Internetseiten der AOK Rheinland/Hamburg. Auf den wesentlichen Inhalt und den Zeitpunkt des Inkrafttretens wird jeweils in den nächsten Ausgaben der Kundenzeitschrift hingewiesen.

(3) Die Aushangfrist für Bekanntmachungen dieser Satzung und sonstigen autonomen Rechts der AOK Rheinland/Hamburg sowie Ort, Zeitpunkt und Tagesordnung des öffentlichen Sitzungsteils einer Sitzung des Verwaltungsrats beträgt eine Woche. Für öffentliche Zustellungen gelten die Aushangfristen des § 10 Abs. 2 VwZG. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens und der Abnahme, bei öffentlichen Zustellungen auf den Internetseiten der AOK Rheinland/Hamburg oder im elektronischen Bundesanzeiger der Veröffentlichungszeitraum, sichtbar zu vermerken.

§ 56 a
Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

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

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

§ 57
Aufsicht

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

§ 58
Inkrafttreten

Der 18. Nachtrag zur Satzung tritt rückwirkend zum 01.07.2026 in Kraft.

Anhang 1

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg — Die Gesundheitskasse

Entschädigungsregelung

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

§ 1

Ersatz barer Auslagen

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

(1) Tagegeld

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

mehr als 8 Stunden	14,00 EUR
24 Stunden (voller Kalendertag)	28,00 EUR

Für An- und Abreisetag bei mehrtägigen Dienstreisen (unabhängig von der tatsächlichen Abwesenheit) jeweils 14,00 EUR.

b) Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag werden die Abwesenheitszeiten an diesem Tag zusammengerechnet.

c) Bei Sitzungen im Ausland richtet sich die Zahlung von Auslandstagegeld nach der Verordnung über die Reisekostenvergütung bei Auslandsdienstreisen.

d) Übersteigen die unvermeidbaren Auslagen das Tagegeld, so sind diese in tatsächlicher Höhe zu erstatten.

e) Sofern ein Organmitglied aufgrund körperlicher Behinderung nicht in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug selbst zu führen, wird für den Fahrer Tagegeld entsprechend den vorgenannten Regelungen gezahlt.

(2) Übernachtungsgeld

a) Wenn eine Übernachtung erforderlich ist, wird ohne belegmäßigen Nachweis ein Übernachtungsgeld von 20,00 EUR gezahlt. Die Zahlung entfällt, wenn eine Übernachtung unentgeltlich zur Verfügung gestellt wird.

b) Sind die nachgewiesenen Übernachtungskosten höher, werden sie erstattet, sofern sie unvermeidbar waren. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind um 20 Prozent des Tagegeldes für einen vollen Kalendertag zu kürzen.

c) § 1 Abs. 1 Buchstaben c und e gelten für das Übernachtungsgeld entsprechend.

(3) Fahrkosten

Fahrkosten werden wie folgt erstattet:

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

b) bei Benutzung eines Flugzeuges werden die Kosten der niedrigsten buchbaren Klasse ersetzt;

c) bei Benutzung eines Kraftwagens eine Kilometerentschädigung in Höhe der Pauschbeträge nach § 5 Abs. 2 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes. Bei einem Kraftwagen sind das z. Zt. 0,30 EUR je Kilometer.

d) für die regelmäßige Nutzung eines Fahrrads wird Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 3 BRKG i. V. m. Ziff. 5.3. BRKGVwV geleistet. Bei einem Fahrrad sind das z. Zt. 5,00 EUR pro Monat.

(4) Parkgebühren sowie sonstige Nebenkosten für die An- und Abfahrt zur Bahn oder zum Flugplatz, für Gepäckbeförderung, Gepäckaufbewahrung usw. werden in nachgewiesener Höhe erstattet.

§ 2

Verdienstausfall

(1) Den Mitgliedern des Verwaltungsrates und den Mitgliedern der Regionalbeiräte wird der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und der den Arbeitnehmeranteil übersteigende Betrag nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI erstattet. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV).

(2) Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, so wird der Verdienstausfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Absatz 1 Satz 2 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ersetzt. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt. Die letzte angefangene Stunde wird voll angerechnet.

§ 3

Pauschbetrag für Zeitaufwand

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder der Regionalbeiräte erhalten 90,00 EUR als Pauschbetrag für Zeitaufwand für jeden Kalendertag einer Sitzung des Verwaltungsrates und seiner Fachausschüsse sowie der Regionalbeiräte. Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag wird der Pauschbetrag nur einmal gezahlt. Die Sätze 1 und 2 gelten für die virtuelle Teilnahme (hybrid oder digital) an Sitzungen entsprechend. Digitale oder hybride Sitzungen (gemäß § 64a SGB IV) sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten. Für die Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung ist die gleiche Sitzungsvergütung wie für in Präsenz teilnehmende Mitglieder vorzusehen.

(2) Als Sitzungstage gemäß Absatz 1 gelten auch solche Tage, an denen zur Vorbereitung der Tagesordnung für Sitzungen des Verwaltungsrates (oder seiner Fachausschüsse) bzw. der Regionalbeiräte im Interesse einer zügigen Abwicklung der Vollsitzungen eine Gruppenvorbesprechung stattfindet.

Dies gilt auch für die Tätigkeit der Organmitglieder in den Ausschüssen des Verwaltungsrates sowie der ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse mit der Maßgabe, dass die Vorsitzenden der Ausschüsse für die Tätigkeit im Ausschuss den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 3 Abs. 1) beanspruchen können.

(3) Den Pauschbetrag nach Absatz 1 erhalten die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder der Regionalbeiräte auch für die Teilnahme an Verhandlungen, Besprechungen, Tagungen und Veranstaltungen sowie für sonstige Anlässe, wenn die Teilnahme auf einem besonderen Auftrag des Gremiums beruht. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

§ 4

Ersatz barer Auslagen der Vorsitzenden und der stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates sowie der Regionalbeiräte außerhalb der Sitzungen

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

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

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

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

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

§ 5

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

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

dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter ein monatlicher Pauschbetrag von je 720,00 EUR

und den Vorsitzenden der Regionalbeiräte und deren Stellvertretern ein monatlicher Pauschbetrag von je 180,00 EUR

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

§ 6

Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Organmitgliedern mit Familien- oder Pflegeaufgaben werden auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gemäß § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 BGleiG erstattet. § 3 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

Unabwendbare Betreuungskosten liegen vor, wenn

- die Betreuungskosten ohne eine Sitzungsteilnahme nicht entstanden wären,

- die regelmäßig genutzten und vorrangig zu nutzenden Betreuungsmöglichkeiten nicht ausreichen bzw. nicht in Anspruch genommen werden können und

- die Betreuung erforderlich ist und nicht mit geringeren Kosten oder ohne zusätzliche Kosten sichergestellt werden kann. Die Betreuung ist nur dann als erforderlich anzusehen, wenn auch bei einer privat bedingten Abwesenheit für eine Betreuung gesorgt wird oder gesorgt würde. Eine Betreuung ist nicht mit geringeren Kosten oder ohne zusätzliche Kosten sicherzustellen, wenn zumutbare und übliche Alternativen nicht preiswerter sind und auf eine kostenlose Betreuung, beispielsweise durch Angehörige, nicht zurückgegriffen werden kann.

Die Betreuung von Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres ist grundsätzlich als erforderlich anzusehen. Bei älteren Kindern zwischen 14 und 18 Jahre kann eine Betreuung erforderlich sein, wenn sich deren Notwendigkeit aus der Person des Kindes oder den Umständen ergibt. Kinder sind eigene, leibliche, angenommene und in Vollzeitpflege aufgenommene Pflegekinder sowie die im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder des Partners oder der Partnerin.

Betreuungskosten werden als Zuschuss grundsätzlich bis zur Erreichung der folgenden Höchstsätze erstattet:

- pro Stunde in Höhe des gesetzlichen Mindestlohns
- pro 24 Stunden in Höhe der Summe von 10 x Mindestlohn pro Stunde
- pro Jahr in Höhe des in § 3 Nr. 34 a Buchstabe b EStG genannten Betrages

Die Höhe des Mindestlohns ergibt aus der jeweils gültigen Fassung des Mindestlohngesetzes und der Mindestlohnanpassungsverordnung.

Abweichungen, insbesondere zur Anpassung an das Lohnniveau im Ausland, sind möglich. 24 Stunden sind ab Beginn der Kostenentstehung zu zählen, nicht pro Kalendertag.

Werden mehrere Kinder getrennt voneinander betreut, gelten die vorstehenden Sätze für jedes Kind. Werden zwei oder mehr Kinder gemeinsam betreut, erhöht sich der Satz je Stunde auf das Eineinhalbfache des einfachen Stundensatzes und der Satz je 24 Stunden auf das Zehnfache des erhöhten Stundensatzes. Der Jahressatz bleibt unverändert.

Die Erstattung der Betreuungskosten ist davon unabhängig, ob die Betreuung am Wohnort der zu betreuenden Person, bei der Betreuungsperson oder am Ort der Sitzung erfolgt.

Kosten für die Hin- und Rückfahrt der Betreuungspersonen zu oder von der zu betreuenden Person können erstattet werden, wenn die Betreuungsperson die Betreuung kostenlos leistet.

Erstattungsfähig sind die Kosten für das preiswerteste zumutbare Verkehrsmittel im Rahmen der vorgenannten Höchstgrenzen.

Erfolgt die Betreuung bei der Betreuungsperson, können Umwegkosten des Organmitglieds und Fahrtkosten der zu betreuenden Person unter den gleichen Voraussetzungen erstattet werden. Sofern die Betreuung am Ort der Sitzung erfolgt, können Übernachtungskosten für die zu betreuende Person (beispielsweise die Kosten für ein Beistellbett für das mitgenommene Kind) sowie Fahrtkosten der zu betreuenden Person oder der Betreuungsperson im Rahmen der Höchstgrenzen erstattet werden.

Anhang 2

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg — Die Gesundheitskasse

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

Abschnitt A
Maßgebende Rechtsnormen

§ 1

Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen

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

Abschnitt B
Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

§ 2

Beteiligte Arbeitgeber

(1) An dem Ausgleichsverfahren wegen der Entgeltfortzahlung (§ 1 Abs. 1 AAG) nehmen die Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer im Sinne des § 3 Abs. 1 AAG beschäftigen. Bei der Errechnung der Gesamtzahl der Arbeitnehmer bleiben schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX außer Ansatz.

(2) An dem Ausgleichsverfahren der Aufwendungen bei Mutterschaft (§ 1 Abs. 2 AAG) nehmen alle Arbeitgeber teil.

(3) Nicht an dem Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG beteiligt sind die in § 11 Abs. 1 AAG genannten Personen und Einrichtungen; eine Teilnahme am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 2 AAG findet statt. An dem Ausgleichsverfahren nach § 1 AAG sind die in § 11 Abs. 2 und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen nicht beteiligt.

Abschnitt C
Erstattungen

§ 3

Erstattungsanspruch

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg erstattet den an dem Ausgleichsverfahren beteiligten Arbeitgebern

a) 60 v. H. des für den in § 3 und den in § 9 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgelts (Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit), wobei die Aufwendungen höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden.

b) 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 20 Abs. 1 MuSchG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld und des vom Arbeitgeber nach § 18 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgeltes (Aufwendungen bei Mutterschaft) sowie der auf das Arbeitsentgelt entfallenden und vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung und nach § 172 a SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI; anstelle der tatsächlichen Beiträge wird der Arbeitgeberanteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrages mit 20 v. H. des nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 AAG zu erstattenden Betrages abgegolten - maximal 20 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung.

(2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der in Absatz 1 Buchstabe a aufgeführte Erstattungssatz auf 70 v. H. erhöht. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden.

(3) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der in Absatz 1 Buchstabe a aufgeführte Erstattungssatz auf 50 v. H. ermäßigt. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden.

§ 4

Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen

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

§ 5

Vorschüsse

(1) Dem Arbeitgeber können auf Antrag angemessene Vorschüsse für die Erfüllung seiner Verpflichtungen nach den in § 3 genannten Rechtsgrundlagen gewährt werden.

(2) Über die Gewährung von Vorschüssen kann der Vorstand Richtlinien erlassen.

Abschnitt D
Umlagen

§ 6
Aufbringung der Mittel

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

(2) Bei der gesetzlichen Entgeltfortzahlung beträgt die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit

a) nach § 3 Abs. 1 Buchstabe a
= 2,05 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG

b) nach § 3 Abs. 2
= 2,89 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG

c) nach § 3 Abs. 3
= 1,60 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG

(3) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Abs. 1 Buchstabe b) beträgt 0,45 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG.

(4) Ist lediglich die Umlage nach Absatz 3 zu zahlen, kann die AOK Rheinland/Hamburg mit dem umlagepflichtigen Arbeitgeber abweichende Vereinbarungen über Nachweis und Fälligkeit (§ 1) dieser Umlage treffen, sofern der Verwaltungsaufwand des Arbeitgebers bei der monatlichen Zahlung der Umlage in keinem angemessenen Verhältnis zu dem Umlagebetrag stehen würde; dies ist bei einem Jahresbetrag, der 36 EUR nicht übersteigt, der Fall.

Abschnitt E
Widerspruchsstellen

§ 7
Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

(1) § 41 der Satzung gilt auch für Widersprüche im Rahmen des Ausgleichsverfahrens.

(2) Bei der Bestimmung der Regionalbeiräte nach § 50 Abs. 5 Buchstabe l der Satzung ist bezüglich des Ausgleichsverfahrens § 8 dieses Anhangs entsprechend zu berücksichtigen.

(3) Die Widerspruchsausschüsse nehmen zugleich Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (§ 112 Abs. 2 SGB IV) wahr.

Abschnitt F
Organe der Selbstverwaltung

§ 8
Mitwirkung

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

(2) Den Vorsitz führt der im Selbstverwaltungsorgan als Vorsitzender bzw. stellvertretender Vorsitzender amtierende Vertreter der Gruppe der Arbeitgeber. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter einen Stellvertreter.

Abschnitt G
Verwaltung der Mittel

§ 9
Betriebsmittel

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

(2) Es werden getrennte Betriebsmittel gebildet

a) für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit,

b) für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft.

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

§ 10
Haushaltsplan

(1) Der Haushaltsplan wird vom Vorstand aufgestellt.

(2) Die Feststellung des Haushaltsplans obliegt dem Verwaltungsrat.

§ 11

Jahresrechnung

(1) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt. Der Vorstand hat die Jahresrechnung in geeigneter Weise prüfen zu lassen. Die Bestellung der Prüfer erfolgt durch den Verwaltungsrat (§ 31 SVHV). Der Vorstand hat die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Feststellungen des Prüfberichts dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

(2) Zur Prüfung der Jahresrechnung wählt der Verwaltungsrat einen Rechnungsprüfungsausschuss (Fachausschuss Grundsatzfragen). Der Fachausschuss Grundsatzfragen hat in Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens die Rechte, die sich aus § 55 Abs. 1 der Satzung ergeben.

(3) Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung des Vorstandes.

Anhang 3

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg — Die Gesundheitskasse

Ausführungsbestimmungen:
AOK-Bonusprogramme

(§ 38 – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten)

1. Teilnahme

Zur organisatorischen Abwicklung der Bonusprogramme werden die Versicherten gebeten, ihren Wunsch zur Teilnahme zu erklären. Dies hat lediglich deklaratorischen Charakter. Auswirkungen auf die Leistungsansprüche ergeben sich bei ausbleibender Erklärung nicht. Die Leistungsansprüche aus dem Bonusprogramm ergeben sich nach dem Gesetz und diesen Ausführungsbestimmungen.

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK. Teilnehmende Versicherte erhalten Bonuspunkte für Gesundheitsmaßnahmen. Die Summe der Bonuspunkte je Kalenderjahr bestimmt die Höhe des Gesundheitsbonus.

Die Versicherten können aus einem von zwei Bonusmodellen wählen. Die parallele Teilnahme an beiden Bonusprogrammen ist nicht möglich.

- AOK-Fit+
  Teilnehmende Versicherte können ihre Bonuspunkte in eine Geldprämie einlösen.

- AOK-Vital+
  Teilnehmende Versicherte können ihre Bonuspunkte in einen Zuschuss für Gesundheitsleistungen einlösen.

Die Zuschüsse zu Gesundheitsleistungen sind zweckgebunden und werden gegenüber Geldprämien höher bonifiziert, da die AOK die Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielen möchte.

Die Entscheidung zur Teilnahme an einem dieser Bonusprogramme gilt für ein Kalenderjahr. Ein Wechsel soll frühestens mit Beginn eines neuen Kalenderjahres erfolgen.

Die Erklärung zur Teilnahme am Bonusprogramm kann formlos erfolgen. Für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres erfolgt die Erklärung durch gesetzlich Vertretende.

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Erklärung zur Teilnahme, frühestens mit Beginn eines Versicherungsverhältnisses bei der AOK.

Es werden alle Gesundheitsmaßnahmen bonifiziert, die im Kalenderjahr der Teilnahme während der Versicherung bei der AOK durchgeführt und nachgewiesen werden.

1.1 Teilnahme am AOK-Fit+

Alle Teilnehmenden, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, sammeln Bonuspunkte auf einem eigenen, nicht übertragbaren Bonuskonto. Die Bonuspunkte von Teilnehmenden bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres werden auf dem Bonuskonto des Elternteils mitgesammelt, über den die Familienversicherung besteht.

Beim AOK-Fit+ wird jede Gesundheitsmaßnahme nach § 65a Abs. 1 SGB V mit 3.000 Bonuspunkten und jede Gesundheitsmaßnahme nach § 65a Abs. 1a SGB V mit 1.000 Bonuspunkten bonifiziert.

100 Bonuspunkte entsprechen einer Geldprämie von 1,00 EUR.

1.2 Teilnahme am AOK-Vital+

Teilnehmende Mitglieder sammeln auf einem eigenen, nicht übertragbaren Bonuskonto. Nach § 10 SGB V teilnehmende Angehörige, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können wählen, ob sie über das Bonuskonto des Mitgliedes, über das die Familienversicherung besteht, oder auf einem eigenen, nicht übertragbaren Bonuskonto sammeln.

Sofern auf dem Bonuskonto des Mitgliedes teilnehmende Angehörige sammeln, sind diese auf der Teilnahmeerklärung des Mitgliedes aufzuführen.

Die Bonuspunkte von Teilnehmenden bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres werden immer auf dem Bonuskonto des Mitgliedes gesammelt, über den die Familienversicherung besteht.

Beim AOK-Vital+ wird jede Gesundheitsmaßnahme nach § 65a Abs. 1 oder Abs. 1a SGB V mit 1.000 Bonuspunkten bonifiziert.

100 Bonuspunkte entsprechen einem Zuschuss zu Gesundheitsleistungen von 2,00 EUR.

2. Bonifizierung und Auszahlung der Prämie

Die AOK belohnt gesundheitsbewusstes Verhalten mit Bonuspunkten, die in eine Geldprämie (AOK-Fit+) oder in einen Zuschuss (AOK-Vital+) eingelöst werden können.

Sofern nicht alle Bonuspunkte im Rahmen der Bezuschussung von Leistungen eingelöst wurden, verbleiben die restlichen Bonuspunkte im Bonuskonto. Diese können weiterhin in einen Zuschuss jedoch nicht in eine Geldprämie eingelöst werden.

Gesammelte, aber nicht eingelöste Bonuspunkte werden für jedes abgelaufene Kalenderjahr festgeschrieben. Ein Übertrag von Bonuspunkten auf andere Kalenderjahre oder Personen ist nicht möglich. Ansprüche aus diesem Bonusprogramm verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind. Zu diesem Zeitpunkt verfallen auch bis dahin nicht eingelöste Bonuspunkte.

Eine Einlösung ist ab 1.000 Bonuspunkten jederzeit möglich. Voraussetzung dafür ist eine gültige Bankverbindung. Eine Auszahlung ist auch bei einer gekündigten Mitgliedschaft möglich.

Die Vorschriften der §§ 51 bis 54 SGB I gelten entsprechend. Eine Rechtsnachfolge findet nicht statt.

3. Nachweis eines gesundheitsbewussten Verhaltens

Teilnehmende Versicherte erhalten bei Inanspruchnahme bzw. Durchführung qualitätsgesicherter Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens einen Bonus von der AOK.

Die Inanspruchnahme von Leistungen oder die regelmäßige Teilnahme an entsprechend qualitätsgesicherten Angeboten muss nachgewiesen werden. Die Bestätigung der Inanspruchnahme kann, abhängig von der jeweiligen Maßnahme, durch vertrags(zahn-)ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Leistungserbringende, Anbietende oder Kursleitende erfolgen. Die genauen Anforderungen zur qualitätsgesicherten Durchführung der Maßnahmen ergeben sich aus den jeweiligen Beschreibungen zu den einzelnen Maßnahmen.

Sofern Versicherten für die Durchführung einer solchen Maßnahme Kosten entstehen, werden diese von der AOK nicht erstattet – es sei denn, der Leistungsumfang der GKV sieht eine

Kostenübernahme vor (z. B. Schutzimpfungen). Sofern Leistungserbringende für die Ausstellung eines Nachweises den Teilnehmenden Kosten in Rechnung stellen (z. B. ärztliches Attest), werden diese ebenfalls nicht erstattet.

Zur Übermittlung von Nachweisen können teilnehmende Versicherte die von ihnen präferierten Kontaktkanäle wählen und nutzen. Sofern Belege für Maßnahmen elektronisch eingesendet oder hochgeladen werden, sind die teilnehmenden Versicherten verpflichtet, die Originale mindestens zwölf Monate zu Prüfzwecken aufzubewahren.

Teilnehmende können sich die Inanspruchnahme von Maßnahmen auch auf dem von der AOK zur Verfügung gestellten Scheckbogen bestätigen lassen und diesen dann als Nachweis einreichen.

Die Nachweise zur Bonifizierung von Maßnahmen sollen zeitnah, spätestens bis zum 31.12. des Folgejahres, bei der AOK eingereicht werden.

4. Gesundheitsmaßnahmen

Versicherte erhalten einen Gesundheitsbonus,

- wenn sie Leistungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a und 26 SGB V), oder Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i SGB V) in Anspruch genommen haben, oder

- wenn sie Zahnvorsorge (§§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V) oder Mutterschaftsvorsorge (§ 24d SGB V, Mutterschafts-Richtlinien) in Anspruch genommen haben, oder

- wenn sie regelmäßig Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) oder vergleichbare qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens in Anspruch genommen haben.

Manche Maßnahmen werden als Komplex abgerechnet. Das bedeutet, dass darunter mehrere Einzelmaßnahmen zu einem Komplex zusammengefasst werden.

Ein solcher Maßnahmenkomplex ist als eine Maßnahme zu verstehen. Somit kann dafür auch nur einmal ein Bonus gewährt werden - nicht für jede nachgewiesene einzelne Maßnahme aus diesem Komplex.

Folgende Gesundheitsmaßnahmen werden bonifiziert:

Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 SGB V	**AOK-Fit+**	**AOK-Vital+**
Gesundheitsuntersuchung (Check-up)	3.000 Punkte	1.000 Punkte
Hautkrebsvorsorge (ab 35 Jahren)	3.000 Punkte	1.000 Punkte
Kinder- und Jugendvorsorge ausgenommen sind die U10, U11 und J2	3.000 Punkte	1.000 Punkte
Krebsfrüherkennung	3.000 Punkte	1.000 Punkte
Schutzimpfungen	3.000 Punkte	1.000 Punkte

Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V	**AOK-Fit+**	**AOK-Vital+**
Betriebliches Gesundheitsmanagement	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Chlamydien-Screening	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Fitnessstudio	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Geburtsvorbereitungskurs	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Gesundheitswerte (BMI, Blutzucker, Cholesterin, Blutdruck)	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Hautkrebsvorsorge (im Alter von 18-34 Jahren)	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Hochschul-/Betriebssport	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Kinder- und Jugendvorsorge U10, U11, J2	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Mutterschaftsvorsorge	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Präventionskurs	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Rückbildungsgymnastik	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Sonderaktionen der AOK	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Sport-AG	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Sportabzeichen/Fitnesstest	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Sportmedizinische Untersuchung	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Sportverein	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Zahnreinigung (PZR)	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Zahnvorsorge für Erwachsene	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Zahnvorsorge für Kinder	1.000 Punkte	1.000 Punkte

4.1 Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 SGB V

Die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Leistungen orientieren sich an den §§ 25, 25a, und § 26 SGB V sowie § 20i SGB V und sind außerdem unter den Ziffern 4.1.1 - 4.1.5 beschrieben.

4.1.1 Gesundheitsuntersuchung Check-up

Versicherte haben nach § 25 Abs. 1 SGB V im Alter zwischen 18 und 34 Jahren Anspruch auf Durchführung einer einmaligen Gesundheitsuntersuchung. Ab einem Alter von 35 Jahren besteht Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung im Rhythmus von drei Jahren (Check-up 35).

4.1.2 Hautkrebsscreening

Versicherte haben ab 35 Jahren jedes zweite Jahr Anspruch auf Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebs (Hautkrebsscreening).

Sofern das Hautkrebsscreening im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt wurde, entfällt in dem aktuellen und dem darauffolgenden Kalenderjahr die Bonifizierung dieser Maßnahme.

Jede einzelne Maßnahme darf nur einmal bonifiziert werden. Doppelbonifizierungen sind unzulässig.

4.1.3 Kinder- und Jugendvorsorge

Die Inanspruchnahme bzw. Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen/speziellen Früherkennungsuntersuchungen aus dem Kinderuntersuchungsheft (z. B. Pulsoxymetrie-Screening, Erweitertes Neugeborenen-Screening, Screening auf Mukoviszidose, Neugeborenen-Hörscreening) wird bonifiziert. Die Inanspruchnahme kann anhand des U-Heftes nachgewiesen werden.

Versicherte Kinder haben gemäß der Richtlinie für Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten Anspruch auf zahnärztliche Früherkennungs-untersuchungen.

- 6. - 9. Lebensmonat (einmalig)
- 10. - 20. Lebensmonat (einmalig)
- 21. - 33. Lebensmonat (einmalig)
- 34. Lebensmonat bis Vollendung 6. Lebensjahr drei Untersuchungen (Abstand mind.12 Monate)

Jede zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung wird bonifiziert.

4.1.4 Krebsfrüherkennung

Alters- oder geschlechtsspezifische Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung gemäß §§ 25, 25a SGB V werden als Maßnahme bonifiziert.

4.1.5 Schutzimpfungen

Versicherte haben gemäß § 20i SGB V und nach § 7 Abs. 4a–c der Satzung der AOK Anspruch auf Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Schutzimpfungen).

Voraussetzung für einen Bonus ist, dass eine vollständige Immunisierung erfolgte und diese ärztlich bestätigt oder per Impfausweis nachgewiesen werden-kann. Innerhalb eines Kalenderjahres können mehrere Impfungen bonifiziert werden.

Eine Impfung kann mehrere Arztbesuche umfassen, falls diese zum Aufbau einer vollständigen Immunisierung notwendig ist. Die Bonuspunkte werden für das Kalenderjahr angerechnet, in dem die vollständige Immunisierung abgeschlossen wurde, also für das Kalenderjahr des letzten Arztbesuchs.

Mehrfachimpfungen, die in einer Behandlung verabreicht werden (z. B. Tetanus-Diphtherie-Impfung), zählen als eine Impfung.

4.2 Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V

Die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Leistungen sind unter den Ziffern 4.2.1 - 4.2.19 beschrieben.

4.2.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Versicherte, die an einer Maßnahme (auch online durchgeführt) des betrieblichen Gesundheitsmanagements teilnehmen, erhalten einmal jährlich einen Bonus.

Eine Anerkennung dieser Maßnahme setzt voraus, dass Teilnehmende am Bonusprogramm an mindestens 80 % der vorgesehenen Kurstermine teilgenommen haben. Die Teilnahme wird durch eine schriftliche Bestätigung des Leistungserbringers oder des Arbeitgebers nachgewiesen.

Eine Bonifizierung erfolgt nicht für Maßnahmen aus § 65a Abs. 2 SGB V, die bereits nach § 7a der Satzung bonifiziert werden.

4.2.2 Chlamydien-Screening

Versicherte Frauen bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr haben einmal jährlich Anspruch auf ein Chlamydien-Screening.

4.2.3 Fitnessstudio

Teilnehmende Versicherte ab Vollendung des 15. Lebensjahres, die sich regelmäßig sportlich in einem qualifizierten Fitnessstudio betätigen und einen Nachweis darüber erbringen, erhalten dafür einmal jährlich einen Bonus.

Eine Regelmäßigkeit ist dann gegeben, wenn nachgewiesen werden kann, dass mindestens zweimal pro Monat im Fitnessstudio trainiert wurde.

Ein qualifiziertes Fitnessstudio im Sinne dieses Bonusprogramms erfüllt die Voraussetzungen der Zertifizierung nach DIN EN 17229 bzw. DIN-Norm 33961. Das Training sollte unter Anleitung einer Trainerin oder eines Trainers mit mindestens A-Lizenz erfolgen.

Grundsätzlich wird empfohlen, zuerst ein Probetraining in Anspruch zu nehmen, auch um eine qualifizierte Einweisung in die Benutzung der Fitnessgeräte zu erhalten.

4.2.4 Geburtsvorbereitungskurs

Versicherte, die regelmäßig (mindestens an 80% der Termine) an einem Geburts-vorbereitungskurs teilgenommen haben, der durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger durchgeführt wurde, erhalten nach Beendigung des Kurses und je Schwangerschaft einen Bonus. Der Nachweis erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung von Kursleitenden.

4.2.5 Gesundheitswerte

BMI
Versicherte, deren Body-Mass-Index sich durch gesundheitsbewusstes Verhalten von außerhalb des Normbereichs in den Normbereich entwickelt hat und über einen Zeitraum von mindestens 12 Wochen im Normbereich verblieben ist oder sich durch gesundheitsbewusstes

Verhalten um mindestens 10 % des Ausgangsgewichts dem Normwert angenähert hat und dieses Gewicht für mindestens 12 Wochen gehalten haben, können einen Bonus erhalten. Nach WHO liegt der Normbereich beim BMI zwischen 18,5 und 24,9.

Blutzucker, Cholesterin, Blutdruck
Versicherte Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können einen Bonus für die Einhaltung der Normwerte Blutzucker (Nüchternglukosewert nach WHO bis 5,6 mmol/l), Cholesterin (Gesamtcholesterin unter 200 mg/dl), Blutdruck (unter 120/80 mmHg nach WHO) er-halten, wenn sich diese durch gesundheitsbewusstes Verhalten von außerhalb des Normbereichs in den Normbereich entwickelt haben und durch mindestens 2 aufeinanderfolgende Messungen im Abstand von jeweils mindestens 4 Wochen dort gehalten wurden. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung von Ärzten oder Apotheken.

Für jeden Wert gibt es jährlich einmalig einen Bonus.

4.2.6 Hautkrebsvorsorge

Versicherte haben im Alter von 18 bis 34 Jahren jedes zweite Jahr Anspruch auf Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebs (Hautkrebsscreening).

4.2.7 Hochschul-/Betriebssport

Die regelmäßige Teilnahme (mindestens zweimal pro Monat) wird einmal jährlich bonifiziert. Eine Bestätigung des Trainers/ der Trainerin wird als Nachweis anerkannt.

Eine Bonifizierung erfolgt nicht für Maßnahmen aus § 65a Abs. 2 SGB V, die bereits nach § 7a der Satzung bonifiziert werden.

4.2.8 Kinder- und Jugendvorsorge

Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2 wird bonifiziert.

4.2.9 Mutterschaftsvorsorge

Zu den regulären Vorsorgeuntersuchungen gehören ausschließlich jene Untersuchungen, die im Mutterpass aufgeführt und laut Mutterschafts-Richtlinien vorgeschrieben sind. Die Vorsorgetermine sollen zuerst einmal monatlich und ab der 32. Schwangerschaftswoche vierzehntäglich erfolgen. Im Rahmen dieser Schwangerschaftsvorsorge sind zudem drei Ultraschalluntersuchungen vorgesehen: im dritten, sechsten und achten Schwangerschaftsmonat. Werden alle regulären Vorsorgeuntersuchungen vollständig wahrgenommen, wird für jede Ultraschalluntersuchung der Bonus gutgeschrieben.

4.2.10 Präventionskurse

Die AOK zertifiziert die Anbietenden von Gesundheitskursen, die die gesetzlichen Bestimmungen nach § 20 SGB V erfüllen und qualitätsgesicherte Maßnahmen nach dem Leitfaden für Präventionsleistungen erbringen. Hierzu zählen auch zertifizierte Präventionskurse, die online durchgeführt werden.

Eine Anerkennung dieser Maßnahme setzt voraus, dass Teilnehmende am Bonusprogramm an mindestens 80 % der vorgesehenen Kurstermine teilgenommen haben. Der Nachweis kann durch Vorlage der Teilnahmebestätigung von Anbietenden erfolgen und wird je Teilnehmenden am Bonusprogramm zweimal jährlich bonifiziert.

4.2.11 Rückbildungsgymnastik

Versicherte, die regelmäßig (mindestens an 80% der Termine) an einem Rückbildungsgymnastikkurs teilgenommen haben, der durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger durchgeführt wurde, erhalten nach Beendigung des Kurses einmal nach Ende der Schwangerschaft einen Bonus. Der Nachweis erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung der Kursleitenden.

4.2.12 Sonderaktionen

Die AOK veranstaltet bzw. unterstützt regelmäßig Aktionen zur Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensweise. Diese Veranstaltungen sind entsprechend gekennzeichnet.

Eine Bestätigung der Teilnahme erfolgt durch die AOK während der Sonderaktion. Bei den Sonderaktionen muss es sich um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung handeln oder um Maßnahmen, die einen vergleichbaren Gesundheitsbezug haben. Dazu zählen z. B. Gesundheitsseminare, Laufveranstaltungen oder Ernährungsberatungen.
Eine Regelmäßigkeit liegt vor, wenn innerhalb eines Kalenderjahres mindestens vier gleiche oder unterschiedliche Sonderaktionen in Anspruch genommen wurden. Teilnehmende erhalten dafür dann 4.000 Bonuspunkte.

Werden weniger als vier Teilnahmen nachgewiesen, werden keine Bonuspunkte gutgeschrieben. Werden fünf oder mehr Teilnahmen nachgewiesen, erhalten die Teilnehmenden 4.000 Bonuspunkte. Die zusätzlichen Teilnahmen werden nicht bonifiziert.

4.2.13 Sport-AG

Die AOK fördert das regelmäßige sportliche Engagement von Schülerinnen und Schülern. Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhalten einmal jährlich Bonuspunkte, wenn sie außerhalb des Regelunterrichts an Sport-AGs teilnehmen. Als Nachweis können das Zeugnis oder die Teilnahmeurkunde genutzt werden.

4.2.14 Sportabzeichen/Fitnesstest

Der Nachweis eines Sportabzeichens in Form eines Leistungsabzeichens einer Mitgliedsorganisation des Deutschen Olympischen Sportbundes (z. B. des DLV, DSV, BDR oder der DLRG) wird je Teilnehmenden am Bonusprogramm einmal jährlich mit Bonuspunkten belohnt. Der Erwerb eines solchen Abzeichens lässt auf regelmäßiges Training bzw. längere Vorbereitung schließen.

Alternativ können Versicherte ab Vollendung des 15. Lebensjahres einen der folgenden Fitnesstests in einem Fitnessstudio gemäß Ziffer 4.2.3 absolvieren:

- Zwei-Kilometer-Walking-Test
- PWC-Fahrradergometer-Test
- IPN-Fahrradergometer-Test

Der Nachweis kann durch Vorlage der Urkunde oder durch eine Bestätigung der Leistungserbringenden, eines Trainers oder einer Trainerin oder von Veranstaltenden erfolgen.

4.2.15 Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung

Die sportmedizinische Untersuchung wird je Versicherten einmal jährlich bonifiziert. Der Nachweis kann durch Vorlage des Untersuchungsberichtes oder durch eine Bestätigung der vertragsärztlichen Praxis erfolgen.

4.2.16 Sportverein

Für eine regelmäßige und aktive Mitgliedschaft in einem Verein einer Mitglieds-organisation des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) kann je Teilnehmenden am Bonusprogramm jährlich ein Bonus gutgeschrieben werden. Dafür ist eine Bestätigung des Vereins über eine aktive Mitgliedschaft erforderlich.

Eine regelmäßige, aktive Mitgliedschaft im Sinne dieses Bonusprogramms liegt dann vor, wenn Versicherte mindestens dreimal pro Monat oder 2,5 Stunden pro Monat einer sportlichen Aktivität nachgehen.

4.2.17 Zahnreinigung (PZR)

Eine professionelle Zahnreinigung in einer vertragszahnärztlichen Praxis wird je Versicherten einmal jährlich bonifiziert.

4.2.18 Zahnvorsorge für Erwachsene

Die nachgewiesene Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V in einer vertragszahnärztlichen Praxis wird je Versicherten einmal je Kalenderhalbjahr bonifiziert.

4.2.19 Zahnvorsorge für Kinder

Ab dem 6. Lebensjahr wird jede Maßnahme der Individualprophylaxe nach § 22 Abs. 1 SGB V bonifiziert. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der vertragszahnärztlichen Praxis.

Zudem können Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einmal jährlich für die Versiegelung ihrer Fissuren nach § 22 Abs. 3 SGB V einen Bonus erhalten. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der vertragszahnärztlichen Praxis.

5. AOK-Fit+: „Meine AOK"-App

Beim AOK-Fit+ haben teilnehmende Versicherte die Möglichkeit, das Bonusprogramm bzw. ihr Bonuskonto mit Hilfe der App selbst zu verwalten – von der Teilnahmeerklärung über das Einreichen von Nachweisen bis hin zur Auszahlung der Geldprämie. Die App steht sowohl im Google Play Store als auch im App Store zum Download zur Verfügung. Voraussetzung für die Nutzung der App ist die vorherige, vollständig abgeschlossene Anmeldung in der Online-Geschäftsstelle der AOK (OGS). Das ist allen Versicherten ab Vollendung des 15. Lebensjahres möglich.

6. AOK-Vital+: Zuschuss zu Gesundheitsleistungen

Am AOK-Vital+ teilnehmende Versicherte, können ihre Bonuspunkte in einen Zuschuss für nachfolgend aufgeführte Gesundheitsleistungen einlösen. Voraussetzung hierfür ist, dass sie am Tag der Inanspruchnahme der Leistung bei der AOK versichert waren.

Für den Zuschuss genügt ein personalisierter Nachweis bzw. Zahlungsbeleg (z. B. Quittung, Rechnung), ein ärztliches Rezept, eine privatärztliche Verordnung oder ein grünes Rezept, worauf die Leistung bzw. die Kosten der Leistung erkennbar sind.

Ein Zuschuss für eine Gesundheitsleistung wird grundsätzlich nur dann gewährt, wenn keine Kostenübernahme bzw. -beteiligung der AOK nach einer anderen Rechtsvorschrift (u. a. Satzungsregelung) erfolgte. Ausgenommen davon sind Inlays, Onlays, Implantate, Kunststofffüllungen, Brillen bzw. Kontaktlinsen, die sportmedizinische Untersuchung und die professionelle Zahnreinigung (PZR).

Der Zuschuss ist auf die Höhe des Rechnungsbetrages bzw. die tatsächlichen Aufwendungen begrenzt, maximal auf den erreichten Bonusbetrag.

Werden nicht alle Bonuspunkte im Rahmen der Bezuschussung einer Leistung eingelöst, verbleiben die restlichen Bonuspunkte im Bonuskonto. Diese können weiterhin in einen Zuschuss jedoch nicht in eine Geldprämie eingelöst werden.

6.1 Alternative Heilmethoden

Versicherte können Zuschüsse zu Leistungen erhalten, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen oder zu vermeiden, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualifiziert erfolgt. Nähere Erläuterungen dazu sind in den Ausführungen zu der jeweiligen Leistung zu finden.

- Akupunktur bei Migräne durch vertragsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte.
- Ayurveda-Therapien die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte oder Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werden, die eine ordentliche Mitgliedschaft im Verband Europäischer Ayurveda-Mediziner & -Therapeuten e. V. nachweisen können, oder durch Heilpraktizierende, die eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.
- Chiropraktische Leistungen, die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erbracht werden oder durch Heilpraktizierende, die eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.
- Homöopathische Behandlung bei vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten.
- Lichttherapie bei saisonal depressiver Störung („Winterdepression“), die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie erbracht wird oder durch Heilpraktizierende, die eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.
- Osteopathie die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte, Heilpraktizierende oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erbracht wird, die eine ordentliche Mitgliedschaft in einem Osteopathenverband (z. B. Verband der Osteopathen Deutschland e. V.) oder eine vergleichbare Qualifikation nachweisen können.
- Phytotherapeutische Behandlung durch vertragsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte.
- Shiatsu-Massagen, die durch zugelassen oder nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder durch Heilpraktizierende erbracht werden, die eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.
- Sonstige Massagen (Fußreflexzonenmassagen, Akupunkturmassagen, Massagen des ganzen Körpers, Ganz- bzw. Vollmassagen, Massagen mittels Gerät, Unterwassermassagen mittels automatischer Düsen) die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder durch Heilpraktizierende erbracht werden, die eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.

6.2 Arzneimittel

Bezuschussung von OTC-Arzneimitteln und Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie), die über Apotheken bezogen werden. Nicht erstattungsfähig sind Aufzahlungen und gesetzliche Zuzahlungen für Arzneimittel.

6.3 Empfängnisverhütung

Ein Zuschuss wird für sämtliche empfängnisverhütende Mittel ohne Altersbegrenzung gewährt, die über Apotheken oder Ärztinnen oder Ärzte bezogen werden. Für den Zuschuss ist ein personalisierter Nachweis bzw. Zahlungsbeleg (z. B. Quittung, Rechnung) einzureichen, aus dem hervorgeht welches Produkt/Mittel abgegeben wurde.

6.4 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung

- Auflichtungsmikroskopie im Rahmen eines Hautkrebsscreenings
- Augenärztliche Untersuchung bei Kleinkindern (Sehscreening)
- Blutuntersuchung zur Früherkennung häufiger Erkrankungen, z. B. Analyse der Blutfett- oder Blutzuckerwerte sowie Leber-, Bauchspeicheldrüsen- oder Nierenwerte
- Chlamydientest (ab 25 Jahren)
- Gesundheitsuntersuchung (ab 25 Jahren)
- Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebsfrüherkennung
- ThinPrep®-Pap-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs
- HPV-Test zur Früherkennung eines erhöhten Risikos für Gebärmutterhalskrebs
- Glaukom-Untersuchung
- Darmkrebs-Früherkennung (ab 18 Jahren)

6.5 Leistungen für die junge Familie

- Babyschlafsack: Erstattungen sind für teilnehmende Versicherte möglich, wenn diese den Kauf eines zweckgebundenen (z. B. sicherer Babyschlaf / Prävention „Plötzlicher Kindstod“) Babyschlafsacks für familienversicherte Kinder (§ 10 SGB V) bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres nachweisen.
- Erste-Hilfe-Kurs für Notfälle bei Babys und Kleinkindern für teilnehmende Versicherte mit mitsammelnden Kindern im Alter von bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres.
- Familien- oder Elternzimmer, d. h. die Unterbringung des begleitenden Elternteils im Elternzimmer bei Entbindungen bzw. bei einem stationären Aufenthalt von Kindern im Krankenhaus bis zur Vollendung des zehnten Lebensjahres.
- Hebammenzusatzleistungen während der Schwangerschaft und rund um die Versorgung des Kindes bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres, z. B. Akupunktur, Still-Beratung, Yoga-Kurse.
- PEKiP®-Kurse

6.6 Weitere Gesundheitsleistungen

- Anaphylaxieschulung, wenn die Durchführung von Trainierinnen und Trainern mit AGATE Zertifikat erfolgt.
- Brillen und Kontaktlinsen inklusive Reinigungsmittel.
  Es werden alle drei Kalenderjahre Zuschüsse für die Anschaffung von Brillen, Kontaktlinsen oder Reinigungsmitteln gezahlt**.**
- Gesundheits-Apps: Zuschuss für den Kauf bzw. die Nutzung
- Kinesio-Tapes sollten im Rahmen einer Physiotherapiebehandlung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten empfohlen und auch angebracht worden sein.
- Malariaprophylaxe sowie Malaria-Notfall-Medikamente
- Meningokokken-B-Impfung für Kinder und Jugendliche, wenn diese nicht als Indikations- oder Reiseschutzimpfung indiziert ist und als solche abgerechnet wird.
- Sportärztliche Untersuchung/Sport-Check, wenn diese Leistung durch zugelassene und durch nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte erbracht wird, die die Zusatzausbildung „Sportmedizin“ absolviert haben und die Bezeichnung „Sportmediziner“ führen. Sofern teilnehmende Versicherte Anspruch auf Kostenübernahme oder –beteiligung nach § 12h dieser Satzung haben, wird von dem maximal möglichen Erstattungsbetrag der Erstattungsbetrag nach § 12h dieser Satzung abgezogen.
- Teilnahmegebühren oder Beiträge für Sportvereine, Fitnessstudios oder für Fitness- oder Sportkurse im In- und Ausland.
- Beiträge zu privaten Zusatzversicherungen, welche nach ihrem Hauptzweck unmittelbar mit der Gesundheit der Versicherten in Zusammenhang stehen (Versicherungen zur Kostenübernahme/ -ergänzung von Zahnersatz, Brillen oder alternativen Behandlungsmethoden).

Ausgeschlossen ist die Erstattung von Beiträgen für „Komfort"-Versicherungen wie Chefarztbehandlung oder Unterbringung im Ein-/Zweibettzimmer im Krankenhaus oder

- Versicherungen, die vorrangig andere (i.d.R. finanzielle) Risiken abdecken sollen (z. B. Krankentagegeld-, Berufsunfähigkeits-, Altersvorsorgeversicherungen etc.).
- Wearables (Anschaffung):
  Es wird alle fünf Kalenderjahre ein Zuschuss für die Anschaffung eines Wearables gezahlt. Voraussetzung für den Zuschuss ist, dass im Kalenderjahr der Anschaffung die Durchführung einer Gesundheitsmaßnahme nach Ziffer 4.2.3 bis 4.2.7 oder 4.2.10 bis 4.2.16 nachgewiesen wird.

Die Rechnung kann nur bezuschusst werden, wenn diese personalisiert ist und der angegebene Name auf der Rechnung mit Teilnehmenden der Maßnahme übereinstimmt. Eine Bezuschussung erfolgt nur, wenn das Wearable über den Handel oder Hersteller des Wearables erworben wurde.

Die Versicherten informieren die AOK über eine Rückgabe bzw. Rückzahlung bei bzw. durch Hersteller des Wearables sowie auch über eine Weitergabe/Veräußerung des Wearables gegenüber Dritten, sofern die Anschaffung des Wearables nicht länger als ein Jahr zurückliegt. In diesem Zusammenhang kann die AOK die Bonuszahlung voll oder teilweise von den Versicherten zurückfordern.

Sofern die Teilnehmenden am Bonusprogramm nicht innerhalb von vier Wochen – bezogen auf den Zeitpunkt, zu dem die Teilnehmenden nicht mehr über das Eigentum an dem Wearable verfügen – über diesen Sachverhalt informieren, liegt eine missbräuchliche Nutzung des Bonusprogramms vor.

6.7 Zahnärztliche Leistungen

- Festsitzende Retainer, Inlays, Onlays, Implantate und Kunststofffüllungen im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung. Bezuschusst werden die jeweiligen Eigenanteile.
- Professionelle Zahnreinigung (PZR) für alle Versicherten.
  Sofern teilnehmende Versicherte Anspruch auf Kostenübernahme oder -beteiligung nach § 12 f dieser Satzung haben, reduziert sich der Erstattungsbetrag um 35 EUR.
- Anti-Schnarch-Schiene
- Sportmundschutz
- Versiegelung der Prämolaren bei Kindern.
- Vollnarkose oder Lachgassedierung bei Zahnärztinnen und Zahnärzte

7. Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Änderungen an den Bonusprogrammen sind insbesondere aufgrund rechtlicher, aufsichtsbehördlicher oder gerichtlicher Änderungen möglich. Sollte es zu Änderungen kommen, werden diese umgehend veröffentlicht.

8. Beendigung

Endet die Versicherung bei der AOK, endet automatisch auch die Teilnahme am Bonusprogramm mit dem letzten Tag der Versicherung. Der Anspruch auf eine Bonuszahlung ist davon unberührt.

9. Missbräuchliche Nutzung

Im Fall eines begründeten Verdachts auf missbräuchliche Nutzung, z. B. der Meine AOK-App oder eines Wearables, insbesondere durch Manipulation technischer Schnittstellen, aufgrund

falscher Angaben oder sonstiger Verstöße, sind die Teilnehmenden anzuhören und die Leistung bzw. Auszahlung gegebenenfalls zurückzufordern.

10. Datenschutz

Die AOK hat als Verantwortlicher für die Verarbeitung der Daten im Rahmen der Bonusprogramme die datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und den Sozialdatenschutz, einzuhalten.

Versicherte haben Anspruch darauf, dass für die sie betreffenden personenbezogenen Daten (Sozialdaten) das Sozialgeheimnis gewahrt wird (§ 35 SGB I).

Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung ergibt sich aus § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 i. V. m. § 65a SGB V und § 38 der Satzung der AOK und für die lokale Speicherung von Daten aus der Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a) und Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.

10.1 Verarbeitung von Daten

Folgende Daten der Teilnehmenden am Bonusprogramm werden verarbeitet: Vorname, Name, Geschlecht, Titel, Adresse, ggf. Telefonnummer und E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, KassenNummer, KV-Nummer, TeilnehmendenID, Steuer-ID, Erfassungsdatum und Datum der Anmeldung zur Teilnahme, Beginn der Teilnahme, Nachweise über Maßnahmen, Datum der Durchführung der Maßnahmen, Höhe der Bonuspunkte, ausgezahlte Geldprämie oder Zuschuss und das Datum der Auszahlung.

Die zur Abwicklung der Bonusprogramme erhobenen Daten werden bei der AOK und den von ihr beauftragten Dienstleistern, insbesondere IT-Dienstleistern, verarbeitet. Die Angaben aus eingereichten Nachweisen über Gesundheitsmaßnahmen (Art, Datum und Bonushöhe) werden in oscare® erfasst.

Empfangende der Daten sind nach § 71 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB X i. V. m § 10 EStG die Finanzbehörden.

10.2 Sozialdatenschutz bei Verwendung der Meine-AOK-App

Die Nutzenden/Teilnehmenden der Meine AOK-App müssen aus Sicherheitsgründen sicherstellen, dass immer die aktuelle Version auf dem Smartphone installiert ist.

11. Inkrafttreten

Die Ausführungsbestimmungen treten am 01.01.2025 in Kraft.