Satzung

der

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

- Vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz mit Bescheid vom 11. Januar 2012 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 27.04.2012 mit Wirkung zum 01.03.2012 beschlossene Ergänzung des § 38 a und die mit Wirkung ab 01.05.2012 beschlossenen Änderungen der §§ 42 und 43 der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 12.06.2012 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 26.06.2012 mit sofortiger Wirkung beschlossene Ergänzung des § 31 a der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 05.07.2012 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 27.11.2012 mit Wirkung zum 01.12.2012 - §§ 9, 25 -, zum 27.12.2012 und 14.02.2013 - § 15 – und zum 01.01.2013 - §§ 14 a, 14 b, 14 d, Teil II §§ 3, 6 beschlossenen Ergänzungen und Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland sowie die ebenfalls mit Wirkung zum 01.01.2013 beschlossene Neufassung der Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (§ 41 SGB IV (Anlage zu § 53 Abs. 2 der Satzung)) wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 12.12.2012 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 24.06.2013 mit sofortiger Wirkung beschlossenen Ergänzungen und Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - §§ 8, 14 b, 14 d, 23 - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 11.07.2013 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 11.12.2013 mit Wirkung zum 01.08.2013 - §§ 8, 39 – und zum 01.01.2014 – Teil II § 6 - beschlossenen Ergänzungen und Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 20.12.2013 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 10.07.2014 mit sofortiger Wirkung - §§ 16, 21, 22, 23, 25, 31a, 31b, 31c -, mit Wirkung zum 21.07.2014 - § 15 – und mit Wirkung zum 01.08.2014 - §§ 14c, 19, 20 - beschlossenen Ergänzungen und Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 30.07.2014 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 25.09.2014 mit Wirkung zum 01.10.2014 - § 6 - und mit sofortiger Wirkung - § 57 - beschlossenen Ergänzungen und Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 09.10.2014 und 13.10.2014 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 11.11.2014 mit Wirkung zum 01.01.2015 - §§ 31b, 31 d, 31 e - beschlossenen Ergänzungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 05.12.2014 mit Ausnahme des § 31 e Abs. 1 Unterabsatz 4 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 17.12.2014 mit sofortiger Wirkung - § 21- und mit Wirkung zum 01.01.2015 - §§ 36, 47, 25, 38a, 14c, 19, 20 - beschlossenen Änderungen und Ergänzungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 12.01.2015 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 15.04.2015 mit Wirkung zum 22.06.2015 - § 15 - beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 20.05.2015 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 02.10.2015 mit sofortiger Wirkung beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - § 26 - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 22.10.2015 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 08.12.2015 mit sofortiger Wirkung - §§ 8, 11, 12, 18, 45, 46a, 50, 50 a – und mit Wirkung vom 01.01.2016 - §§ 23, 31e, 36, Neufassung der Entschädigungsregelung für die ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland in den §§ 1, 2, 3, 5, 6 und 8 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 21.12.2015 genehmigt..

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 19.04.2016 mit sofortiger Wirkung - §§ 14b, 25 – und mit Wirkung zum 01.10.2016 - §§ 47, 48, 51 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 17.05.2016 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 11.07.2016 mit sofortiger Wirkung beschlossenen Änderungen und Ergänzungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - § 28 und § 31a - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 03.08.2016 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 16.12.2016 mit Wirkung zum 01.01.2017 beschlossene Änderung der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - § 22 - wurde vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 23.12.2016 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 12.12.2017 mit Wirkung zum 01.01.2018 beschlossenen Änderungen/Neufassungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - §§ 31 b, 31 e, 31 f, 31 g, 31 h, 31 i, 31 j, 31 k, 31 l, 31 m, 31 n, 36, 46, 46 a, 50, 50 a und Teil II § 6 – wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 22.12.2017 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 14.12.2018 mit Wirkung zum 01.01.2019 beschlossenen Änderungen/Neufassung der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - §§ 31 o – 31 p, § 36, § 53 Abs. 2 und Teil II § 6 – wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 24.01.2019 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 20.08.2019 mit sofortiger Wirkung beschlossenen Änderungen/Neufassung der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - § 21, § 32 und § 34 – wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 20.11.2019 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 17.12.2019 mit Wirkung zum 01.01.2020 beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
  - § 6, § 11, § 31, § 31 i sowie die §§ 42, 43, 44, 45, 46, 46a, 48, 50, 50a, 52,
  Teil II § 10 und die Richtlinien für die Widerspruchsausschüsse wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 29.01.2020 bzw. 04.03.2020 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 26.06.2020 mit Wirkung zum 01.07.2020 beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - § 22 und § 25 - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 25.09.2020 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 16.12.2020 mit Wirkung zum 01.01.2021 beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - §§ 8, 14 a, 14 d, 16, 18, 23 und 31 i, Teil II §§ 6, 8 - wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 01.02.2021, 01.03.2021 und 13.04.2021 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 14.12.2021 mit Wirkung zum 01.01.2022 beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - §§ 15, 23, 25, 27, 29, 36, 47, Teil II §§ 3, 4 und 6 - wurden vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit am 21.12.2021 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 28.03.2022 mit Wirkung zum 01.04.2022 beschlossene Änderung der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - § 31 q - wurde vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit am 29.06.2022 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 16.12.2022 mit Wirkung zum 01.01.2023 beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - §§ 31a, 31b, 31e, 31g, 31i, 31k, 31n, 31p, 31r, 31s, 31t, 36, 54, Teil II § 6 Abs. 2 und 3, die mit Wirkung zum 01.04.2023 beschlossene Änderung des § 31 sowie die mit Wirkung zum 01.01.2023 beschlossene Änderung der Richtlinie für die Widerspruchsausschüsse nach § 41 Abs. 5 - Teil I §§ 10 und 12 - und ab dem Tag der Konstituierung des in 2023 neu gewählten Verwaltungsrates der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland beschlossene Änderung - Teil II §§ 2-12 - wurden vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit am 02.02.2023 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 20.03.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023 beschlossene Änderung der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - § 14 e - wurde vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit am 27.04.2023 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 19.12.2023 mit Wirkung zum 01.01.2024 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - §§ 31 r, 31 t, 31 u, 31 v, 31 w, 32, 41, 47, 49 sowie § 6 im Teil II der Satzung - wurden vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit am 03.01.2024 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 08.04.2024 mit Wirkung zum 01.07.2024 beschlossene Änderung der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - § 14 a- wurde vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit am 11.06.2024 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 18.07.2024 mit sofortiger Wirkung beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - §§ 46, 47 sowie Änderungen der Richtlinie für die Widerspruchsausschüsse der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - § 6 - wurden vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit am 05.09.2024 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 18.12.2024 mit Wirkung zum 01.01.2025 beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - §§ 14e, 31f, 31h, 31i, 31k, 31l, 31m, 31n, 31o, 31p, 31s, 31x, 36, 44, 48, sowie Teil II § 6 sowie Änderung und Ergänzungen der Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (§ 41 SGB IV (Anlage zu § 53 Abs. 2 der Satzung)) - wurden vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit am 23.12.2024 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 03.04.2025 mit Wirkung zum 01.01.2025 - § 15 – sowie mit Wirkung zum 01.05.2025 - § 57 - beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wurden vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit am 21.05.2025 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 17.12.2025 mit Wirkung zum 01.10.2025 - § 15 – sowie mit Wirkung zum 01.01.2026 - §§ 31 i, 31 u, 57 sowie § 6 Teil II - beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wurden vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit am 23.12.2025 genehmigt.

- Die vom Verwaltungsrat in der Sitzung am 29.06.2026 mit Wirkung zum 01.07.2026 - § 34a -beschlossenen Änderungen der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wurden vom Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit am 21.07.2026 genehmigt.

Ausgefertigt:

Eisenberg, den 29.07.2026

Dr. Martina Niemeyer
Vorstandsvorsitzende

Inhaltsverzeichnis

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung **8**

§ 1 Name, Sitz und Bezirk *8*

§ 2 Aufgabenstellung *8*

§ 3 Funktionen und Mitgliedschaften *9*

§ 4 Zusammenwirken *9*

§ 5 Bindung an Verträge und Richtlinien *9*

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis **10**

§ 6 Mitglieder *10*

§ 7 Familienversicherte *11*

§ 8 Beginn und Ende der Mitgliedschaft *11*

Dritter Abschnitt: Leistungen **12**

§ 9 Art und Umfang der Leistungen *12*

§ 10 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge *13*

§ 11 Primäre Prävention durch Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe *13*

§ 12 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe *14*

§ 13 Modellvorhaben *14*

§ 14 a Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten *15*

§ 14 b (nicht besetzt) *16*

§ 14 c Wahltarif Integrierte Versorgung *16*

§ 14 d AOK-Bonus-Wahltarif EXTRA *17*

§ 14 e Wahltarif Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit *19*

§ 15 Wahltarife zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) *21*

§ 16 (nicht besetzt) *22*

§ 17 Weiterentwicklung der Versorgung *22*

§ 18 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung *23*

§ 19 Hausarztzentrierte Versorgung *24*

§ 20 Besondere ambulante ärztliche Versorgung *27*

§ 21 (nicht besetzt) *29*

§ 22 (nicht besetzt) *29*

§23 Wahltarif Krankengeld *29*

§ 24 Wahltarif Teilkostenerstattung *33*

§ 25 Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz *34*

§ 26 Medizinische Vorsorgeleistungen *34*

§ 27 (nicht besetzt) *35*

§ 28 Haushaltshilfe *35*

§ 29 (nicht besetzt) *35*

§ 30 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V 35
§ 31 Kostenerstattung 36
§ 31 a Kostenerstattung bei künstlicher Befruchtung 37
§ 31 b Kostenerstattung bei Osteopathie für Kinder und Jugendliche 37
§ 31 c Kostenerstattung bei erweiterten Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche 38
§ 31 d Kostenerstattung für Rufbereitschaft Hebammen 39
§ 31 e Kostenerstattung bei Osteopathie für Erwachsene 40
§ 31 f Kostenerstattung bei Homöopathie 40
§ 31 g Kostenerstattung bei Reiseschutzimpfungen 41
§ 31 h Kostenerstattung bei Hautkrebsvorsorge unter 35 Jahren 42
§ 31 i Kostenerstattung zusätzlicher Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt 42
§ 31 j Kostenerstattung bei Arzneimitteln der Anthroposophie und Phytotherapie 44
§ 31 k Kostenerstattung bei sportmedizinischer Untersuchung 45
§ 31 l Kostenerstattung bei Darmkrebsvorsorge 45
§ 31 m Kostenerstattung bei Check-up unter 35 Jahren 46
§ 31 n Kostenerstattung bei augenärztlicher Vorsorgeuntersuchung für Kinder 46
§ 31 o Kostenerstattung bei Brustkrebsvorsorge 47
§ 31 p Kostenerstattung bei festsitzendem Unterkiefer-Frontzahn Retainer 47
§ 31 q Kinderkopforthesen 48
§ 31 r Mehrleistungen Digitale Gesundheitsanwendungen 48
§ 31 s Neugeborenen-Konto 50
§ 31 t AOK-Zahnkonto 50
§ 31 u Kostenerstattung für die professionelle Zahnreinigung 51
§ 31 v Kostenerstattung bei Hautkrebsvorsorge über 35 Jahren 52
§ 31 w Kostenerstattung bei Check-up über 35 Jahren 52
§ 31x Kostenerstattung bei Naturheilverfahren 53
§ 32 Kostenerstattung bei Behandlung im Ausland 54
§ 33 Leistungsausschluss nach § 52a SGB V 54
§ 34 (nicht besetzt) 55
§ 34 a Übergangsvorschriften 55

Vierter Abschnitt: Beiträge **57**
§ 35 Beitragssätze 57
§ 36 Zusatzbeitrag 57
§ 37 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder 57
§ 38 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge 58
§ 38 a Mahngebühr 58
§ 39 (nicht besetzt) 58
§ 40 Vorschüsse und Beitragserstattungen 58

Fünfter Abschnitt: Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle **59**
§ 41 Widerspruchsausschuss 59

§ 42 (nicht besetzt) 60
§ 43 (nicht besetzt) 60

Sechster Abschnitt: Organe und Struktur der AOK **60**
§ 44 Struktur der AOK 60
§ 44 a Organisatorische Anpassungen 60
§ 45 (nicht besetzt) 60
§ 46 Verwaltungsrat und seine Mitglieder 61
§ 47 Verwaltungsrat 61
§ 47 a Bildung eines „Fusionsausschusses“ 64
§ 48 Vorstand 64
§ 49 Landesbeiräte 65
§ 50 (nicht besetzt) 66
§ 50a (nicht besetzt) 66
§ 51 Vertretung der AOK 66
§ 52 Versichertenälteste, Vertrauensleute 66
§ 53 Amtsdauer, Entschädigung und Haftung der Organmitglieder 67

Siebter Abschnitt: Verwaltung der Mittel **67**
§ 54 Rücklagesoll 67
§ 55 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung 68

Achter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) **68**
§ 56 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) 68

Neunter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten **69**
§ 57 Bekanntmachungen 69
§ 58 Inkrafttreten 69

Teil II – Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) **70**
§ 1 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen 70
§ 2 Beteiligte Arbeitgeber 70
§ 3 Erstattungen 70
§ 4 Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen 71
§ 5 Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber 72
§ 6 Aufbringung der Mittel, Umlage 72
§ 7 Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern 72
§ 8 Verwaltung der Mittel 73
§ 9 Verwaltungsrat 73
§ 10 Widerspruchsausschuss und Einspruchsstelle 73
§ 11 Inkrafttreten 73

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung

§ 1
Name, Sitz und Bezirk

(1) Die Krankenkasse führt den Namen AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse (nachfolgend „AOK“) und hat ihren Sitz in Eisenberg. Sie gehört der Kassenart der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) an.

(2) Der Bezirk der AOK umfasst das Gebiet der Bundesländer Rheinland-Pfalz und Saarland.

(3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 Abs. 1 SGB V) und besitzt Dienstherrenfähigkeit für die von ihr aufgrund des § 7 des Gesetzes zur Neuordnung der Sozialversicherungsträger im Saarland (Sozialversicherungs-Organisationsgesetz Saar) vom 28. März 1960 (BGBl I S. 194) von der Landesversicherungsanstalt für das Saarland übernommenen Beamten.

§ 2
Aufgabenstellung

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

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

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

(4) Die AOK hat die Rechtsstellung eines AOK-Landesverbandes in den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Saarland und nimmt insoweit, nach Zustimmung der obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder nach § 207 Abs. 4a SGB V, auch Aufgaben eines Landesverbandes wahr.

(5) Die AOK wirkt bei Leistungserbringern und Versicherten durch Verträge, Information und Beratung auf eine qualitätsorientierte und preisgünstige Versorgung hin.

§ 3
Funktionen und Mitgliedschaften

(1) Die AOK ist Mitglied des GKV-Spitzenverbandes.

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

(3) Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung arbeitet die AOK mit den übrigen Landesverbänden der Krankenkassen und mit Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen.

§ 4
Zusammenwirken

Zur Förderung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des AOK-Systems arbeitet die AOK – insbesondere in ihrer Rechtsstellung als Landesverband in den Ländern Rheinland-Pfalz und Saarland – eng mit dem AOK-Bundesverband zusammen.

§ 5
Bindung an Verträge und Richtlinien

Die vom GKV-Spitzenverband kraft Gesetzes abzuschließenden Verträge sowie die

- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Sicherung der ärztlichen Versorgung (§ 92 SGB V),

- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Versorgung und der grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 137 SGB V,

- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung und der grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 137 SGB V,

- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und über Grundsätze der Fort- und Weiterbildung (§ 282 SGB V)

sind für die AOK verbindlich (§ 210 Abs. 2 SGB V).

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

§ 6
Mitglieder

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

- Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) sowie

- die anderen in § 5 SGB V genannten Personen, wenn sie die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllen und nicht nach den §§ 6 bis 8 SGB V versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.

(2) Als freiwillige Mitglieder können bei der AOK die in § 9 Abs. 1 SGB V genannten Personenkreise versichert sein, wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind. Freiwillige Mitglieder sind auch solche Personen, die vor dem 01.01.1989 ihre Mitgliedschaft begründet haben.

Ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung obliegt auch den Personen, die ab dem 31. Dezember 2018 als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind.

(3) Schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 2 Abs. 2 SGB IX können lediglich bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres der freiwilligen Mitgliedschaft bei der AOK beitreten (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

(4) Für die Wahl der Mitgliedschaft bei der AOK und die Ausübung der Wahlrechte gelten die §§ 173 ff. SGB V.

§ 7
Familienversicherte

Als Familienangehörige sind bei der AOK versichert

- Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) und Kinder der Mitglieder sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, Stiefkinder, Enkelkinder und Pflegekinder,

wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

§ 8
Beginn und Ende der Mitgliedschaft

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

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

(3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt, mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt.

(4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet im Falle des Austritts zwei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anders ergibt. Die freiwillige Mitgliedschaft kann ohne Einhaltung der Kündigungsfrist und der Bindungswirkung durch Kündigung zu dem Zeitpunkt beendet werden, zu dem ohne die freiwillige Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V bestehen würde. Die Versicherung als Angehöriger gemäß § 10 SGB V bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist zu diesem Zeitpunkt nachzuweisen.

(5) Die Bindungsfrist von 12 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet wird.

(6) Die sich aus der Teilnahme an Wahltarifen ergebenden besonderen Mindestbindungsfristen (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V) gelten nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.

Dritter Abschnitt: Leistungen

§ 9
Art und Umfang der Leistungen

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

(1) Leistungen im Rahmen der Prävention, betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung (§§ 20 - 24 SGB V)

(2) Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 - 26 SGB V)

(3) bei Krankheit

a) Krankenbehandlung, insbesondere

- ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung (§ 28 Abs. 1 und 3 SGB V), zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung (§§ 28 Abs. 2, 29, 55 SGB V),

- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§§ 31 - 36 SGB V),

- häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V),

- Soziotherapie (§ 37a SGB V),

- spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V),

- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V),

- Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V),

- Zuschuss für ambulante und stationäre Hospizleistungen (§ 39a SGB V),

- medizinische und ergänzende Maßnahmen bzw. Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen (§§ 40 - 43a SGB V),

- medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung) (§ 27a SGB V),

b) Teilnahme an zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen (§§ 137f - 137g SGB V)

c) Krankengeld, auch bei Erkrankung eines Kindes (§§ 44 - 51 SGB V)

(4) bei Schwangerschaft und Mutterschaft

- ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe (§ 24d SGB V),

- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln (§ 24e SGB V),
- ambulante oder stationäre Entbindung (§ 24f SGB V),
- häusliche Pflege (§ 24g SGB V),
- Haushaltshilfe (§ 24h SGB V),
- Mutterschaftsgeld (§ 24i SGB V)

(5) Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

(6) Beratung und Information zu ihren Rechten als Patienten sowie zum gesundheitlichen Verbraucherschutz im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen, Unterstützung bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V)

§ 10
Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

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

§ 11
Primäre Prävention durch Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

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

§ 12
Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

(1) Die AOK stellt Leistungen zur Primärprävention im Sinne des § 20 Abs. 1 SGB V zur Verfügung, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfaden in der jeweils geltenden Fassung entsprechen. Diese Leistungen umfassen den individuellen Ansatz und den Settingansatz. Sie beinhalten insbesondere die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement sowie Suchtmittelkonsum. Im Settingansatz liegt der Schwerpunkt auf gesundheitsfördernden Maßnahmen in Schulen, Kindertagesstätten und Kommunen.

(2) Die AOK erbringt Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach Maßgabe des § 20b SGB V, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfaden in der jeweils geltenden Fassung entsprechen. In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind dies insbesondere die Handlungsfelder Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, überbetriebliche Vernetzung der Beratung. Die AOK unterstützt die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach Maßgabe des § 20c SGB V.

(3) Die AOK fördert Selbsthilfegruppen und -organisationen, wenn diese die gesundheitliche Prävention oder Rehabilitation zum Ziel haben sowie die gesundheitsbezogene Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen, die themen-, bereichs- und integrationsgruppenübergreifend tätig sind.

Die Förderung erfolgt im Rahmen der vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche.

(4) Bei einer wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände erforderlichen wohnortfern erbrachten, verhaltensbezogenen Präventionsleistung zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrtkosten einen Zuschuss von 16,00 Euro täglich. Voraussetzung ist, dass diese Präventionsleistung dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes entspricht.

§ 13
Modellvorhaben

Zur Weiterentwicklung der Versorgung kann die AOK Modellvorhaben nach den §§ 63 ff. SGB V in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Vertragsärzten, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern, wie z. B. ambulanten Pflegediensten, Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung oder Behandlungsmaßnahmen zur Vermeidung und Verkürzung von stationärer Krankenhausbehandlung durchführen.
Das Nähere bleibt vertraglichen Vereinbarungen vorbehalten.

Dem Vorstand obliegt die Entscheidung über die Ausgestaltung der Modellvorhaben, insbesondere über die nähere Ausgestaltung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung.

Die Modellvorhaben beginnen mit dem Inkrafttreten der mit den anderen Beteiligten zu schließenden Vereinbarungen und sind maximal auf fünf Jahre befristet.

Das Ergebnis wird nach der Auswertung veröffentlicht. § 75 SGB X ist zu beachten.

§ 14 a
Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die AOK bietet Ihren Versicherten ein Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65 a SGB V an, das sowohl in elektronischer Form (papierlos) als auch in Papierform durchgeführt werden kann. Das Bonusprogramm soll Versicherte motivieren und befähigen, die Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung auszuschöpfen.

(2) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten ab dem vollendeten 15. Lebensjahr. Versicherte erklären ihre Teilnahme elektronisch nach vorheriger Registrierung und Authentifizierung im Online-Kundencenter der AOK unter Verwendung der dafür bereitgestellten technischen Applikation „Meine AOK" bzw. direkt im Online-Kundencenter, schriftlich oder in anderer Form. Die Teilnahme beginnt nach erfolgreicher Einschreibung mit dem Tag der Anmeldung oder zu dem von den Versicherten gewählten, in der Zukunft liegenden Zeitpunkten.

(3) Die Aktivitäten gesunder Lebensführung im Sinne des Absatzes 1 weisen die Teilnehmer/innen in elektronischer Form oder in anderer geeigneter Weise, insbesondere durch Übersendung des ausgefüllten Bonusheftes, nach. Für die Nachweise schreibt die AOK die in den Ausführungsbestimmungen für die jeweilige Aktivität festgelegten Bonuspunkte gut. 100 (einhundert) Bonuspunkte entsprechen 1,00 Euro.

(4) Nachweise sind bis zum 31.03. des Folgejahres zu übermitteln, damit die Bonuspunkte für das vergangene Kalenderjahr gutgeschrieben werden können. Für nicht bis zu diesem Zeitpunkt nachgewiesene Aktivitäten werden keine Bonuspunkte gutgeschrieben. Teilnehmer/innen können ihre gesammelten Bonuspunkte in die Folgejahre übertragen.

(5) Die Teilnahme am Bonusprogramm kann jederzeit elektronisch bzw. schriftlich beendet werden. In diesem Fall endet die Teilnahme mit Ablauf des Monats, in welchem die Erklärung zur Beendigung bei der AOK eingegangen ist. Im Falle des begründeten Verdachts der missbräuchlichen Nutzung des Bonusprogramms, insbesondere durch Manipulation aufgrund falscher Angaben, Übermittlung ungeeigneter Nachweise oder Sammlung von Bonuspunkten unter Verstoß gegen diese Satzung bzw. die Ausführungsbestimmungen, können Teilnehmer/innen von der weiteren Teilnahme am Bonusprogramm mit sofortiger Wirkung ausgeschlossen werden. Bereits erworbene Bonusansprüche entfallen und können von den Teilnehmer/innen zurückgefordert werden. Vor dem Ausschluss sind sie zu hören.

Ausgeschlossene Teilnehmer/innen dürfen das Bonusprogramm für die Dauer von drei Jahren nicht mehr wählen. Im Übrigen endet die Teilnahme am Bonusprogramm mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses zur AOK.

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

(7) Das Nähere zur Teilnahme, Ausgestaltung und Durchführung des Bonusprogramms wird in den Ausführungsbestimmungen geregelt, die durch den Vorstand festgelegt werden.

§ 14 b (nicht besetzt)

§ 14 c
Wahltarif Integrierte Versorgung

(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgung kann die AOK Verträge zur Integrierten Versorgung nach den §§ 140a ff. SGB V in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Vertragsärzten, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern schließen.

Das Nähere bleibt vertraglichen Vereinbarungen vorbehalten.

Dem Vorstand obliegt die Entscheidung über die Ausgestaltung der Integrierten Versorgung.

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Versicherte erklären ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der AOK. Versicherte sind vor Abgabe der Teilnahmeerklärung umfassend über den Inhalt und die Ziele des jeweiligen Vertrages sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem jeweiligen Vertrag ergeben, zu informieren.

Zudem sind die Versicherten vor Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich umfassend über die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten aufzuklären. Die Aufklärung der Versicherten in die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten hat im Regelfall textlich hervorgehoben in dem Formular zur Teilnahmeerklärung enthalten und gesondert zu unterzeichnen zu sein; anderenfalls ist eine gesonderte Aufklärung in Textform erforderlich. Stimmen die Versicherten der im Rahmen des Vertrages vorgesehenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten nicht durch gesonderte Unterzeichnung dieser Datenschutzerklärung zu, so ist die Teilnahmeerklärung als Ganzes unwirksam.

Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der

Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

§ 14 d
AOK-Bonus-Wahltarif EXTRA

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

(2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des "AOK-Bonus-Wahltarifs EXTRA". Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V).

Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft, und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von drei Jahren ab Teilnahmebeginn. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der AOK-Bonus-Wahltarif EXTRA jeweils um zwölf Kalendermonate.

Für die Dauer der Teilnahme am AOK-Bonus-Wahltarif EXTRA ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V gilt entsprechend.

Bei Vorliegen eines besonderen Härtefalles kann der AOK-Bonus-Wahltarif EXTRA abweichend von Satz 4 und 6 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonates gekündigt werden. Ein besonderer Härtefall liegt insbesondere bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII vor.

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

(4) Mitgliedern steht ein Gesundheitsbonus von 70,00 Euro kalenderjährlich zu, wenn sie Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V und Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und öffentlich empfohlene Schutzimpfungen nach § 11 der Satzung nachweisen. Stattdessen genügt der Nachweis körperlicher Fitness durch einen sportwissenschaftlich entwickelten Walkingtest,

Ergometertest oder durch die Vorlage eines Leistungsabzeichens des Deutschen Sportbundes, des Deutschen Leichtathletikverbandes, des Deutschen Schwimmverbandes oder des Bundes Deutscher Radfahrer oder der Nachweis der körperlichen Fitness durch die jährliche Belastungsübung nach FwDV 7 (Atemschutz) für Feuerwehrleute, die Untersuchung G26 Atemschutzgeräte für Feuerwehrleute oder das Deutsche Feuerwehr-Fitnessabzeichen (DFFA). Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen dürfen nicht älter als zwei Jahre sein.

(5) Mitgliedern steht ein kalenderjährlicher Zusatzbonus zu, wenn sie in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren, in denen sie am Tarif teilgenommen haben, keine Eigenbeteiligung nach Absatz 6 tragen mussten. Das erste Kalenderjahr der Tarifteilnahme gilt in diesem Zusammenhang als erfüllt, wenn mindestens 3 Monate des Jahres mit einer Zugehörigkeit zum Tarif belegt sind.

Der Zusatzbonus beträgt pro vollständigem Kalenderjahr 50,00 Euro in Tarifstufe I, 60,00 Euro in Tarifstufe II, 100,00 Euro in Tarifstufe III. Die Zahlung des Zusatzbonus für die ersten drei Teilnahmejahre erfolgt zusammenhängend erstmalig mit der Abrechnung des dritten Teilnahmejahres, sofern die Voraussetzung für den Zusatzbonus erfüllt wurde. In Folgejahren erfolgt die Zahlung jährlich bei Erfüllung der in Satz 1 genannten Voraussetzung mit der jährlichen Abrechnung des Tarifes. Muss das Mitglied in einem Kalenderjahr eine Eigenbeteiligung nach Abs. 6 tragen, wird kein Zusatzbonus gewährt und es muss vor der nächsten Zahlung des Zusatzbonus der Zeitraum von drei vollständigen Kalenderjahren ohne Zahlung einer Eigenbeteiligung erneut erfüllt werden.

(6) Mitglieder tragen Eigenbeteiligungen bis zu einem kalenderjährlichen Höchstbetrag von 160,00 Euro in Tarifstufe I, 220,00 Euro in Tarifstufe II, 460,00 Euro in Tarifstufe III.

Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 20,00 Euro in Tarifstufe I, 27,50 Euro in Tarifstufe II, 57,50 Euro in Tarifstufe III.

Die Eigenbeteiligungen je stationärer Krankenhausbehandlung betragen 40,00 Euro in Tarifstufe I, 55,00 Euro in Tarifstufe II, 115,00 Euro in Tarifstufe III. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen.

Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich Geburt anfallen, werden nicht mit Eigenanteilen belegt. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen.

(7) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Eigenbeteiligungen für das Kalenderjahr bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Der sich aus den Selbstbehalt-Tarifelementen (Grundbonus nach Abs. 3 und Zusatzbonus nach Abs. 5) für das Mitglied ergebende Auszahlungsbetrag darf 20 % der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten. Ist die Summe der Boni höher als die der Eigenbeteiligungen, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Ist die Summe der Eigenbeteiligungen höher als die Summe der Boni, ist der Unterschiedsbetrag (Malus) 14 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig, auch wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Wird der Malus trotz Zahlungsaufforderung in zwei aufeinander folgenden Jahren nicht beglichen, kann die Teilnahme an diesem Tarif von Seiten der AOK zum jeweiligen Jahresende gekündigt werden.

(8) Beginnt die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus, der Zusatzbonus, der Gesundheitsbonus und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um 1/12 für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Gleiches gilt bei Ende der Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres; hiervon ausgenommen ist der Zusatzbonus, da der Anspruch auf einen Zusatzbonus nach Abs. 5 dieser Satzung nur für volle Kalenderjahre besteht.

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

(10) Auf die Bestandteile des AOK-Bonus-Wahltarifs EXTRA, die einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten vorsehen, findet § 65a Abs. 3 SGB V Anwendung. Für die Bestandteile des AOK-Bonus-Wahltarifs EXTRA, die dem Selbstbehalttarif nach § 53 Abs. 1 SGB V zuzuordnen sind, gilt § 53 Abs. 9 SGB V.

§ 14 e
Wahltarif Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit

(1) Der Wahltarif Prämienzahlung ist ein Wahltarif nach § 53 Abs. 2 SGB V. In diesem Tarif erhalten die Mitglieder eine Prämie, wenn

- sie im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren und
- sie und ihre nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen keine Leistungen zu Lasten der AOK in Anspruch genommen haben.

(2) Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

- Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung vorliegt (§§ 224 und 225 SGB V),
- der Leistungsanspruch gesetzlich ruht oder ausgeschlossen ist,
- ein Beitragsrückstand in der Krankenversicherung oder ein Zahlungsrückstand in einem Wahltarif der AOK besteht.

(3) Die Teilnahme am Tarif beginnt zum Ersten des Folgemonats nach Eingang der vollständig ausgefüllten Teilnahmeerklärung, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. Ein rückwirkender Abschluss des Tarifes ist nicht möglich. Abweichend von Satz 1 beginnt die Teilnahme am Wahltarif bei Zugang der Teilnahmeerklärung zwischen dem 01.10. und 31.12. eines Kalenderjahres immer am 01.01. des Folgejahres.

Die Mindestbindungsfrist beträgt ein Jahr. Sofern das Mitglied die Teilnahme am Tarif nicht bis drei Monate vor Ablauf der Mindestbindungsfrist kündigt, verlängert sich der Tarif um ein Jahr. Die Mindestbindungsfrist verlängert sich entsprechend. Ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen bleibt davon unberührt.

Unabhängig davon endet die Teilnahme mit dem Ende des Kalendermonats, in dem ein oder mehrere Ausschlusskriterien nach Absatz 2 vorliegen.

(4) Die Mitgliedschaft bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V bleibt unberührt. Endet die Mitgliedschaft und folgt keine nahtlose weitere Mitgliedschaft bei der AOK, so endet die Teilnahme am Wahltarif Prämienzahlung zum selben Zeitpunkt.

(5) Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen während der Teilnahme an diesem Wahltarif unschädlich:

- der Leistungen nach dem Dritten und Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V (ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten) und nach den §§ 24 (Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter), 24 a (Empfängnisverhütung) und 24 b (Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation).
- Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V, in deren Rahmen auch keine weiteren zahnärztlichen Leistungen erbracht werden.
- derjenigen Satzungsleistungen nach §§ 31 c, g, h, i, l, m, n, o, u, v, w die Vorsorgecharakter haben.
- der Leistungen für nach § 10 SGB V mitversicherte Familienangehörige, die das 18. Lebensjahr bei der Leistungsinanspruchnahme noch nicht vollendet haben.

(6) Bei der Teilnahme für ein gesamtes Kalenderjahr beträgt die Prämie 1/12 der im Kalenderjahr während der Teilnahme für das Mitglied gezahlten Beiträge zur Krankenversicherung, maximal jedoch 200 Euro. Nimmt das Mitglied nicht für ein volles Kalenderjahr teil, so vermindert sich die Prämie für dieses Kalenderjahr um 1/12 für jeden vollen Kalendermonat, den das Mitglied nicht am Wahltarif teilgenommen hat. Für die Prämienhöhe gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V). Prämienzahlungen für Wahltarife nach § 53 Abs. 4 und 6 SGB V bleiben dabei unberücksichtigt. Die Prämie wird jeweils bis zum Ende des dritten Quartals des auf die Teilnahme folgenden Kalenderjahres an das Mitglied ausgezahlt.

(7) Die AOK ist berechtigt, den Tarif gegenüber allen Tarifteilnehmern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende zu kündigen, wenn die Ausgaben für Prämienzahlungen und Verwaltungskosten für die Tarifabwicklung sich nicht dauerhaft durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen durch die Nichtinanspruchnahme von Leistungen finanzieren lassen. Gleiches gilt, wenn die Aufsichtsbehörde der AOK die Schließung des Tarifs anordnet oder die Genehmigung des Tarifs widerruft oder sich eine gesetzliche Änderung ergibt. Voraussetzung für eine Kündigung durch die AOK ist, dass die Aufsichtsbehörde die Änderung und/oder Auflösung des Tarifs genehmigt.

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

(9) Die gleichzeitige Teilnahme an weiteren Wahltarifen der AOK nach § 53 Abs. 1 SGB V ist ausgeschlossen.

§ 15
Wahltarife
zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

(1) Die AOK bietet ihren Versicherten in Rheinland-Pfalz Wahltarife gemäß § 53 Abs. 3 SGB V i.V. mit § 137f SGB V an.

1. Die nachfolgenden strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) werden gemäß §§ 140a ff. SGB V als Selektivverträge durchgeführt:

   - Asthma bronchiale
   - Brustkrebs
   - Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)
   - Diabetes mellitus Typ 1
   - Diabetes mellitus Typ 2
   - Koronare Herzerkrankung (KHK)
   - Osteoporose

2. Inhalt, Ausgestaltung und Dauer der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus den §§ 137f und g SGB V i. V. m. §§ 24 ff. RSAV sowie den für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für soziale Sicherung zugelassenen Verträgen

(2) Die AOK bietet ihren Versicherten im Saarland Wahltarife gemäß § 53 Abs. 3 SGB V i.V. mit § 137f SGB V an.

1. Die nachfolgenden strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) werden gemäß § 137 f SGB V als Strukturverträge durchgeführt:

   - Asthma bronchiale
   - Brustkrebs
   - Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)
   - Diabetes mellitus Typ 1
   - Diabetes mellitus Typ 2
   - Koronare Herzerkrankung (KHK)
   - Osteoporose

2. Inhalt, Ausgestaltung und Dauer der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus den §§ 137f und g SGB V i. V. m. §§ 24 ff. RSAV sowie den für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Verträgen.

(3) Regionen außerhalb des Saarlandes und Rheinland-Pfalz

1. Versicherte der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland können gemäß § 137f SGB V an strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, die von einer AOK außerhalb des Erstreckungsbereichs der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland durchgeführt werden und für die beim Bundesamt für soziale Sicherung die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Beauftragung erteilt wurde. Dies gilt auch für Modellvorhaben nach §§ 63ff. SGB V.

2. Inhalt, Ausgestaltung und Dauer der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus den §§ 137f und g SGB V i. V. m. § 24 ff. RSAV sowie den für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für soziale Sicherung zugelassenen Verträgen.

§ 16 (nicht besetzt)

§ 17
Weiterentwicklung der Versorgung

(1) Die AOK erprobt im Rahmen der §§ 63 SGB V i. V. m. 64 SGB V die Weiterentwicklung der Versorgung, insbesondere Formen der Direktvergütung an die Ärzte.

(2) Die Modellprojekte sollen primär zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung oder zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringer durchgeführt und vereinbart werden.

(3) Teilnehmen können alle Versicherten der AOK, die sich bei den an dem Modellprojekt teilnehmenden Ärzten in Behandlung befinden.

(4) Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist bei der Weiterentwicklung der Versorgung zu beachten.

(5) Die vom Gesetzgeber in der jeweils aktuellen Fassung geltenden Grundsätze für die Weiterentwicklung der Versorgung sind bei Realisierung der Modellvorhaben und deren Konzepte sowie vertraglichen Vereinbarungen zu berücksichtigen.

(6) Alles Nähere bleibt den vertraglichen Vereinbarungen vorbehalten.

(7) Dem Vorstand obliegt die Entscheidung über die Ausgestaltung der Modellvorhaben, insbesondere über die nähere Ausgestaltung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung.

(8) Modellvorhaben nach dieser Satzungsbestimmung beginnen mit dem Inkrafttreten der mit den anderen Beteiligten zu schließenden Vereinbarung, sind auf fünf Jahre befristet und – soweit dies vom Gesetzgeber gefordert ist – durch die Aufsichtsbehörde zu genehmigen.

(9) Ergebnisse von Auswertungen oder wissenschaftlichen Begleituntersuchungen werden unter Beachtung des Datenschutzes veröffentlicht.

(10) Sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Förderung von Modellprojekten nach dieser Satzungsbestimmung wegfallen, endet automatisch – spätestens mit Wegfall der Rechtsgrundlage – das Modellvorhaben.

§ 18
Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Arbeitgeber und Arbeitnehmer erhalten einen Bonus nach § 65a Abs. 2 SGB V, wenn sie ein mit der AOK vereinbartes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Das Programm muss sich an den jeweils geltenden Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20b SGB V orientieren. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet ist, kann kein Bonus gewährt werden.

(2) Die AOK kann auf Antrag des Arbeitgebers mit diesem einen Vertrag schließen, der die Voraussetzung der Bonusgewährung, den Nachweis der Erfüllung dieser Voraussetzungen sowie die Höhe des Bonus regelt. Der Bonus wird für einen Zeitraum von zwölf Monaten gewährt und kann erstmalig für das Jahr 2007 beantragt werden. Der Bonus wird pro AOK versichertem Arbeitnehmer des betreffenden Unternehmens gewährt und ist auf einen maximalen Betrag von 100,00 Euro pro AOK versichertem Arbeitnehmer im Jahr begrenzt.

(3) Die Anzahl der AOK versicherten Arbeitnehmer des Betriebes wird jeweils nach einem in der Vereinbarung zwischen AOK und dem Unternehmen vereinbarten Stichtag ermittelt.

(4) Die Anzahl der teilnahmeberechtigten Arbeitgeber kann begrenzt werden.

(4a) Arbeitnehmer, deren Arbeitgeber ein mit der AOK vereinbartes Programm nach Abs. 1 durchführt, erhalten für die Teilnahme an im Programm enthaltenen Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung einen Bonus im Rahmen des Bonusprogramms für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65 a SGB V (AOK Bonus-App) nach § 14 a der Satzung.

(5) Näheres zu den Absätzen 1 bis 4a, insbesondere zu den Teilnahmebedingungen sowie zur Ausgestaltung und Bewertung der betriebsspezifischen Kriterien zur Ermittlung der Bonushöhe des beteiligten Unternehmens wird in Ausführungsbestimmungen des Vorstandes geregelt.

§ 19
Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die AOK bietet ihren Versicherten die Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V an. Die Teilnahme der Versicherten an der Hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist bei der Weiterentwicklung der Versorgung zu beachten. Aufwendungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V oder über den Bereinigungsbetrag nach § 73b Abs. 7 SGB V hinausgehen, sind aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus Maßnahmen von Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung erzielt werden, zu finanzieren.

(2) Zur flächendeckenden Sicherstellung der Hausarztzentrierten Versorgung kann die AOK Verträge mit

- vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen,
- Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
- Trägern von Einrichtungen, die eine Hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen, anbieten,
- Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften der Leistungserbringer sie hierzu ermächtigt haben

schließen.

(3) Ein Anspruch des Arztes auf Vertragsschluss zur Hausarztzentrierten Versorgung besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben, soweit der Gesetzgeber keine abweichenden Regelungen hierzu getroffen hat.

(4) Soweit die hausärztliche Versorgung durch einen Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung im jeweiligen Bundesland eingeschränkt.

(5) In den Verträgen sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der Hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen, Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme der Ärzte sowie die Vergütung der Ärzte zu regeln. Auch muss in den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung geregelt sein, wie der ärztliche Notdienst sichergestellt wird. Dieser kann weiterhin gegen einen pauschalen Aufwendungsersatz über die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt werden.

Gegenstand des Vertrages dürfen nur Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Gemeinsame Bundesausschuss keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften des 4. Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln, wobei § 106a Abs. 3

SGB V hinsichtlich der Plausibilitätsprüfung bei der Überprüfung durch die Krankenkasse bezüglich der korrekten Arztabrechnung auf deren Rechtmäßigkeit uneingeschränkt gilt.

Die vom Gesetzgeber in der jeweils aktuellen Fassung geltenden Grundsätze für die Weiterentwicklung der Hausarztzentrierten Versorgung sind bei Realisierung der vertraglichen Vereinbarungen (einschließlich Datenschutz) zu berücksichtigen.

Alles Nähere bleibt den vertraglichen Vereinbarungen vorbehalten. Dem Vorstand obliegt die Entscheidung über die Ausgestaltung. Sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Realisierung der Hausarztzentrierten Versorgung nach dieser Satzungsbestimmung wegfallen, endet automatisch – spätestens mit Wegfall der Rechtsgrundlage – die Hausarztzentrierte Versorgung.

(6) Versicherte erklären ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der AOK. Versicherte sind vor Abgabe der Teilnahmeerklärung umfassend über den Inhalt und die Ziele der Hausarztzentrierten Versorgung sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung ergeben, zu informieren. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der AOK genannt ist.

Zudem sind die Versicherten vor Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich umfassend über die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten aufzuklären. Die Aufklärung der Versicherten in die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten hat im Regelfall textlich hervorgehoben in dem Formular zur Teilnahmeerklärung enthalten und gesondert zu unterzeichnen zu sein; anderenfalls ist eine gesonderte Aufklärung in Textform erforderlich. Stimmen die Versicherten der im Rahmen des Vertrages vorgesehenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten nicht durch gesonderte Unterzeichnung dieser Datenschutzerklärung zu, so ist die Teilnahmeerklärung als Ganzes unwirksam.

Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufs-erklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

Die Teilnahme an mehreren Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK ist nicht möglich. Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der AOK in dem Bundesland, in dem sie ihren Wohnsitz haben.

Mit der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung verpflichtet sich der Versicherte, nur den von ihm gewählten vertraglich gebundenen Hausarzt im jeweiligen Bundesland und ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Augenärzten und Frauenärzten; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt.

Der gewählte Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden. Die Inanspruchnahme eines weiteren Hausarztes (z. B. zur Einholung

einer Zweitmeinung) gilt nicht als wichtiger Grund im Sinne des § 73b Abs. 3 SGB V und geht zulasten des Versicherten.

Der Versicherte ist an die Pflichten sowie an den gewählten Hausarzt mindestens ein Jahr gebunden. Das Teilnahmejahr wird gerechnet ab dem im Bestätigungsschreiben der AOK genannten Teilnahmebeginn plus vier Quartale. Kündigt der Versicherte nicht spätestens zwei Monate vor Ablauf des Teilnahmejahres schriftlich (Eingang bei der AOK), so verlängert sich seine Teilnahme um ein weiteres Jahr.

Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten kann der Versicherte aus der Hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten kann auch Ersatz der Mehrkosten verlangt werden, die durch das nicht vertragskonforme Verhalten des Versicherten entstehen.

Mehrkosten, die (z. B. zur Einholung einer Zweitmeinung) durch die Inanspruchnahme eines anderen als des gewählten Hausarztes oder durch unzulässige direkte Inanspruchnahme eines Facharztes entstehen, hat der Versicherte zu tragen.

(7) Eine Beendigung der Zulassung als Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V bzw. Veränderung des vertragsärztlichen Sitzes außerhalb des Bundeslandes, in dem er bisher seine vertragsärztliche Tätigkeit ausgeübt hat, führt mit dem Zeitpunkt der Wirksamkeit automatisch zur Beendigung der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung.

Die an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte haben sich dazu zu verpflichten, dass die Hausarztzentrierte Versorgung deutlich über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen hinausgehen, insbesondere durch die

- Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,

- Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,

- Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie und Geriatrie etc.,

- Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen der Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikationsgestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements,

- Teilnahme am Notdienst, der auch durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt werden kann.

§ 20
Besondere ambulante ärztliche Versorgung

(1) Die AOK bietet gemäß § 73c SGB V die „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ an. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist bei der Weiterentwicklung der Versorgung zu beachten. Aufwendungen für Leistungen, die über die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 SGB V oder über den Bereinigungsbetrag nach § 73c Abs. 6 SGB V hinausgehen, sind aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus Maßnahmen von Verträgen zur Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung erzielt werden, zu finanzieren.

(2) Zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung kann die AOK Verträge mit

- vertragsärztlichen Leistungserbringern,
- Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
- Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten,
- Kassenärztlichen Vereinigungen

schließen.

(3) Ein Anspruch des Leistungserbringers auf Vertragsschluss zur „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben.

(4) Soweit die Versorgung durch einen Vertrag zur „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung im jeweiligen Bundesland eingeschränkt.

(5) In den Verträgen sind das Nähere über den Inhalt, den Umfang und die Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung zu regeln. Auch muss in den Verträgen zur „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ geregelt sein, wie der ärztliche Notdienst sichergestellt wird. Dieser kann weiterhin gegen einen pauschalen Aufwendungsersatz über die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt werden.

Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung, als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen.

Gegenstand des Vertrages dürfen nur Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Gemeinsame Bundesausschuss keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften des 4. Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln, wobei § 106a Abs. 3 SGB V hinsichtlich der Plausibilitätsprüfung bei der Überprüfung durch die

Krankenkasse bezüglich der korrekten Arztabrechnung auf deren Rechtmäßigkeit uneingeschränkt gilt.

Die vom Gesetzgeber in der jeweils aktuellen Fassung geltenden Grundsätze für die Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung sind bei Realisierung der vertraglichen Vereinbarungen zu berücksichtigen.

Alles Nähere bleibt den vertraglichen Vereinbarungen vorbehalten. Dem Vorstand obliegt die Entscheidung über die Ausgestaltung. Sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Realisierung der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung" nach dieser Satzungsbestimmung wegfallen, endet automatisch – spätestens mit Wegfall der Rechtsgrundlage – die „Besondere ambulante ärztliche Versorgung".

(6) Teilnahmeberechtigt sind grundsätzlich Versicherte der AOK in dem Bundesland, in dem sie ihren Wohnsitz haben, und die sich ihr gegenüber schriftlich verpflichtet haben, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist freiwillig. Versicherte erklären ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der AOK. Versicherte sind vor Abgabe der Teilnahmeerklärung umfassend über den Inhalt und die Ziele des jeweiligen Vertrages sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem jeweiligen Vertrag ergeben, zu informieren.

Zudem sind die Versicherten vor Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich umfassend über die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten aufzuklären. Die Aufklärung der Versicherten in die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten hat im Regelfall textlich hervorgehoben in dem Formular zur Teilnahmeerklärung enthalten und gesondert zu unterzeichnen zu sein; anderenfalls ist eine gesonderte Aufklärung in Textform erforderlich. Stimmen die Versicherten der im Rahmen des Vertrages vorgesehenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten nicht durch gesonderte Unterzeichnung dieser Datenschutzerklärung zu, so ist die Teilnahmeerklärung als Ganzes unwirksam.

Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

Der Versicherte ist an diese Verpflichtung mindestens ein Jahr gebunden (Das Jahr wird gerechnet ab dem Zeitpunkt der Teilnahmeerklärung plus vier Quartale).

Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten, kann der Versicherte aus der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung" ausgeschlossen werden. Bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten kann auch Ersatz der Mehrkosten verlangt werden, die durch das nicht vertragskonforme Verhalten des Versicherten

entstehen. Mehrkosten, die (z. B. zur Einholung einer Zweitmeinung) durch die Inanspruchnahme weiterer Leistungserbringer entstehen, hat der Versicherte zu tragen.

(7) Eine Beendigung der Zulassung als vertragsärztlicher Leistungserbringer resp. Veränderung des vertragsärztlichen Sitzes außerhalb des Bundeslandes, in dem er bisher seine vertragsärztliche Tätigkeit ausgeübt hat, führt mit dem Zeitpunkt der Wirksamkeit automatisch zur Beendigung der Teilnahme an der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung".

Die an der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung" teilnehmenden Leistungserbringer haben sich dazu zu verpflichten, dass die „Besondere ambulante ärztliche Versorgung" die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen als Mindestvoraussetzungen erfüllt.

Die vertragsärztlichen Leistungserbringer verpflichten sich auch zur

- Teilnahme am Notdienst, der auch durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt werden kann.

§ 21 (nicht besetzt)

§ 22 (nicht besetzt)

§23
Wahltarif Krankengeld

(1) Den Krankengeldtarif Wahltarif § 23 Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V können wählen:

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

2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts 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-Wahltarifs für hauptberuflich Selbstständige nur möglich, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif eine Mitgliedschaft mit 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-Wahltarifs nach § 53 Abs. 6 SGB V bedarf der Schriftform.

Diese Wahlerklärung wirkt zum Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie mit der Beitrittserklärung spätestens zum Beginn der Mitgliedschaft abgegeben wird, ansonsten jeweils vom Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats an, es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt. Die Wahlerklärung wirkt rückwirkend ab Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis bzw. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 innerhalb der Frist nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

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

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

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

(4) Das Wahltarif-Krankengeld

1. beträgt in der Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 1 genannten Mitgliedern 70 v. H. des Arbeitseinkommens, welches zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Prämienbemessung nach Absatz 5 aus Arbeitseinkommen maßgebend war,

2. wird in der Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V und § 30 Abs. 3 dieser Satzung berechnet,

3. beträgt in der Tarifausprägung KG 15 bei den nach Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitgliedern 70 v. H. des durchschnittlichen täglichen Bruttoarbeitseinkommens, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf 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 für die Tarifausprägung

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

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

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

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

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

2. Die Prämien sind nicht während des Anspruchs auf Krankengeld (Wahltarif Krankengeld und Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V) zu entrichten.

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

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 Abs. 5, 16, 49, 50, 51, 52 und 52a SGB V gelten entsprechend, soweit in dieser Vorschrift nichts Abweichendes geregelt ist; § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gilt nicht für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige in der Tarifausprägung KG 22.

(8) Für die in Absatz 1 Nr. 1 und 3 genannten Mitglieder besteht kein Anspruch auf Wahltarif-Krankengeld, 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, die nach Antragstellung eingetreten ist.

(9) Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. Satz 1 gilt nicht für die Tarife KG 15 und KG 22. 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.

(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 zwölf 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. 3a SGB V

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

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

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

1. wenn der Versicherte nicht mehr zum Personenkreis nach Absatz 1 zählt, es sei denn, die Versicherung oder die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 ist längstens einen Monat unterbrochen oder der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 1 und 2,
2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder

von anderen vergleichbaren Stellen,

4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung 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 Tarifs bekannt gegeben wird,

6. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sei denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,

7. durch Tod.

(13) Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personenkreisen ruht der Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 10 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung. Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 1 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf. Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifs. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend bei rechtswirksamer Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V.

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

§ 24
Wahltarif Teilkostenerstattung

(1) Angestellte, für die eine Dienstordnung nach § 351 RVO gilt, können Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V i. V. m. § 53 Abs. 7 SGB V wählen.

(2) Die Wahl des Tarifs hat schriftlich zu erfolgen.

(3) Wird die Erklärung abgegeben, beginnt die Teilnahme grds. ab dem Ersten des folgenden Kalendermonats. Die Erklärung gilt jedoch zum Beginn der Mitgliedschaft, wenn das Mitglied den Beitritt zum Wahltarif innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Mitgliedschaft erklärt.

(4) Das Mitglied ist an seine Wahl entsprechend § 14 Abs. 2 SGB V zwei Jahre gebunden. Endet das DO-Angestelltenverhältnis vorzeitig, endet auch der Wahltarif.

(5) Möchte das Mitglied über den Ablauf der Frist nach Absatz 4 hinaus am Tarif teilnehmen, ist hierfür keine besondere Erklärung erforderlich. Sofern das Mitglied

den Tarif nicht bis zum Ablauf der Frist schriftlich kündigt, verlängert sich die Teilnahme automatisch um weitere zwei Jahre. Dies gilt entsprechend für alle folgenden Teilnahmeverlängerungen.

(6) Die Höhe der Teilkostenerstattung bemisst sich nach dem Vomhundertsatz, der den jeweils maßgeblichen Vomhundertsatz der Beihilfe auf Hundert ergänzt.

(7) Die Leistung der Krankenkasse besteht aus der Teilkostenerstattung zu solchen Leistungen, die dem Grund und der Höhe nach im SGB V, in der RVO und in dieser Satzung vorgesehen sind.

(8) Der von der Leistung der Krankenkasse nicht erfasste Beihilfeanspruch bleibt unberührt.

(9) DO-Angestellte, die sich für den Wahltarif Teilkostenerstattung entscheiden, erhalten der Leistungsbeschränkung entsprechend eine monatliche Prämienrückzahlung (§ 53 Abs. 7 und 8 SGB V) der im Zeitraum des Wahltarifs gezahlten Krankenversicherungsbeiträge. Die Leistungsbeschränkung bemisst sich nach dem jeweils maßgeblichen Vomhundertsatz der Beihilfe.

(10) Die Prämie wird von der AOK monatlich mit den laufenden Krankenversicherungsbeiträgen verrechnet.

(11) Die Absätze 1 bis 11 gelten auch für Versorgungsempfänger, für die eine Dienstordnung nach § 351 RVO gilt, einschließlich Witwen(r) und Waisen.

§ 25
Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

(1) Die AOK trägt mit Sachleistungen zur Förderung des selbstbestimmten, gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren nach Maßgabe des § 20k SGB V sowie auf Grundlage der Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz bei.

(2) Die AOK gewährt Leistungen für Maßnahmen nach Abs. 1 als Sachleistung in Form von Schulungs-, Informations-, und Aufklärungsmaßnahmen. Die AOK kann Maßnahmen nach Abs. 1 durch Dritte durchführen lassen. Bei der Durchführung durch Dritte schließt die AOK einen Kooperationsvertrag mit dem Anbieter der Maßnahme.

§ 26
Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss von 16,00 Euro täglich. Bei ambulanten

Vorsorgeleistungen für versicherte, chronisch kranke Kleinkinder im Alter von bis zu fünf Jahren wird der Zuschuss auf 25,00 Euro täglich erhöht (§ 23 Abs. 2 SGB V).

§ 27 (nicht besetzt)

§ 28
Haushaltshilfe

Außer in den in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen stellt die AOK Haushaltshilfe auch dann zur Verfügung, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines Versicherten nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, für die Dauer von 52 Wochen, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Liegen zugleich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 38 Abs. 1 SGB V vor, gehen diese Leistungen den Leistungen nach Satz 1 vor und sind auf die Höchstanspruchsdauer nach Satz 1 anzurechnen.

Darüber hinaus kann die AOK in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung stellen.

§ 29 (nicht besetzt)

§ 30
Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V

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

(2) Einen Krankengeldanspruch können wählen:

1. Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind

2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies

gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter)

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

1. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Lohnausfall gezahlt,

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

§ 31
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 auch veranlasste Leistungen beschränkt werden. Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer ist möglich, wenn die AOK zuvor zugestimmt hat.

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

(3) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Der Erstattungsbetrag bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V wird vereinfacht ermittelt, im Bereich der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung in Höhe von 30% sowie im Bereich der Versorgung mit Arzneimitteln in Höhe von 70% der ausgewiesenen Kosten. Auf Antrag des Versicherten wird der Erstattungsbetrag individuell ermittelt. Der individuell ermittelte Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5% gekürzt. Über die verschiedenen Arten der Erstattung sind die Versicherten in geeigneter Weise zu informieren, sofern sie sich für die Kostenerstattung interessieren.

(4) Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. Absatz 2 findet keine Anwendung. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend

a) um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H. des Erstattungsbetrages sowie

b) um einen Abschlag für die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V und für die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und Satz 4 SGB V

zu mindern.

Der pauschale Abschlag nach Buchstabe b kann einer Richtlinie des Vorstandes entnommen werden. Änderungen der Vorstandsrichtlinie werden regelmäßig vorgenommen, wenn sich die entsprechenden Berechnungsgrundlagen verändern.

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

§ 31 a
Kostenerstattung bei künstlicher Befruchtung

Versicherte haben Anspruch auf Sachleistungen zur künstlichen Befruchtung auf der Grundlage des § 27 a SGB V. Die AOK übernimmt 100 v. H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten, die bei ihren Versicherten durchgeführt werden.

§ 31 b
Kostenerstattung bei Osteopathie für Kinder und Jugendliche

(1) Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres können osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen.

(2) Voraussetzung ist, dass die Behandlungsmethode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.

(3) Weitere Voraussetzung ist, dass der Physiotherapeut/Heilpraktiker oder Arzt

- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie ist, wie z.B. dem Verband der Osteopathen Deutschland e.V. (VOD e.V.), der für sich eine separate Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder

- die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie erfüllt. In diesem Fall ist die regelmäßige Fortbildung auf Verlangen der AOK nachzuweisen.

(4) Die AOK übernimmt die Kosten für maximal 6 Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 100 v.H. des Rechnungsbetrages, maximal jedoch 60,00 EUR je Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

§ 31 c
Kostenerstattung bei erweiterten Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf die erweiterten Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2. Der Anspruch besteht für Versicherte in folgenden Altersgruppen:

- von 7 bis 8 Jahren für die U10
- von 9 bis 10 Jahren für die U11
- von 16 bis 17 Jahren für die J2

(2) Ziel der durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen ist es, die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen früh und nachhaltig zu fördern, um mögliche Entwicklungsstörungen zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen und ihnen entgegenwirken zu können.

Die Vorsorgeuntersuchungen umfassen jeweils die Erhebung der Vorgeschichte einschließlich der Verdachtsdiagnosen der letzten Vorsorgeuntersuchung, die Prüfung des Impfstatus sowie eine eingehende Untersuchung mit den unter der jeweiligen Vorsorgeuntersuchung nachfolgend aufgeführten Zielen und Schwerpunkten:

1. U10 – im Alter von 7 bis 8 Jahren

- Schulleistungsstörungen
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
- Medienverhalten

2. U11 – im Alter von 9 bis 10 Jahren

- Schulleistungsstörungen
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
- Medienverhalten

- Pubertätsentwicklung

3. J2 – im Alter von 16 bis 17 Jahren

- Medizinische Risiken: Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes
- Körperhaltung und Fitness
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Entwicklung der Sexualität
- Medienverhalten
- Umgang mit Drogen

(3) Die AOK erstattet die Kosten für die aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen bis zu 50,00 EUR je Untersuchung nach Vorlage der Originalrechnung von Vertragsärztinnen, Vertragsärzten oder zugelassenen Einrichtungen.

(4) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme der erweiterten Vorsorgeuntersuchungen nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 d
Kostenerstattung für Rufbereitschaft Hebammen

(1) Versicherten, die bei der Geburt Hebammenhilfe einer freiberuflich tätigen Hebamme in Anspruch nehmen, werden die Kosten für eine Rufbereitschaft der Hebamme unter folgenden Voraussetzungen erstattet:

- Die Rufbereitschaft beinhaltet eine 24-stündige Erreichbarkeit und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe in den letzten 3 Wochen vor und 2 Wochen nach dem mutmaßlichen Entbindungstermin.
- Es handelt sich um eine außerklinische Geburt oder eine Beleggeburt in 1:1 Betreuung gemäß des Vertrages über Hebammenhilfe nach § 134a Abs. 1 SGB V.
- Die Hebamme ist gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Versorgung der Versicherten berechtigt.

(2) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag in Höhe von 250,- EUR je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Für die Erstattung sind die Vereinbarung mit der Hebamme und die Originalrechnung einzureichen.

§ 31 e
Kostenerstattung bei Osteopathie für Erwachsene

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen.

(2) Voraussetzung ist, dass die Behandlungsmethode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde.

(3) Weitere Voraussetzung ist, dass der Physiotherapeut, Heilpraktiker oder Arzt

- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie ist, wie z.B. dem Verband der Osteopathen Deutschland e.V. (VOD e.V.), der für sich eine separate Berufsordnung oder Ethikrichtlinie erlassen hat, in der auch eine regelmäßige Fortbildungsverpflichtung verankert ist oder

- die Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft in einem entsprechenden Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Osteopathie erfüllt. In diesem Fall ist die regelmäßige Fortbildung auf Verlangen der AOK nachzuweisen.

(4) Die AOK übernimmt die Kosten für maximal 4 Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 100 v.H. des Rechnungsbetrages, maximal jedoch 60,00 EUR je Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

§ 31 f
Kostenerstattung bei Homöopathie

(1) Versicherte haben Anspruch auf homöopathische Erstanamnese und homöopathische Folgebehandlung, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

(2) Voraussetzung für den Anspruch nach Absatz 1 ist, dass die Leistung

- von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie erbracht wird und

- nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen ist und

- nicht bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.

(3) Versicherte haben Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie.

(4) Voraussetzung für den Anspruch nach Absatz 3 ist, dass das Arzneimittel

- von einem Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie auf einem Privatrezept verordnet wurde und

- medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und

- in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde und

- nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen ist.

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

(5) Die AOK übernimmt die Kosten nach Absatz 1 in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 75,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten. Die Kosten nach Absatz 3 werden in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 25,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten übernommen. Zur Erstattung sind die Rechnungen und zur Erstattung der homöopathischen Arzneimittel zusätzlich die Privatrezepte vorzulegen.

(6) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 g
Kostenerstattung bei Reiseschutzimpfungen

(1) Versicherte haben außer in den in § 20 i Abs. 1 SGB V genannten Fällen und über die Maßgabe der Ausführungsbestimmungen des Vorstandes zu § 11 der Satzung hinaus Anspruch auf Schutzimpfungen sowie auf die Malaria-Prophylaxe, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind.

(2) Voraussetzung ist, dass

- die Schutzimpfungen bzw. die Malaria-Prophylaxe von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch Institut (RKI) in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes empfohlen werden und

- über deren Aufnahme in die Schutzimpfungsrichtlinie (SiR) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) noch nicht entschieden ist.

(3) Die AOK übernimmt die unter Berücksichtigung der einschlägigen Gebührenordnung üblichen Kosten in Höhe von 100 v. H. des Rechnungsbetrages, soweit kein anderer Kostenträger zuständig ist. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die Privatrezepte vorzulegen.

§ 31 h
Kostenerstattung bei Hautkrebsvorsorge unter 35 Jahren

(1) Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres können ein Hautkrebsscreening in Anspruch nehmen.

(2) Voraussetzung ist, dass

- eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (insbesondere das Vorliegen eines hellen Hauttyps (Hauttyp I), die Erkrankung Verwandter ersten Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) am maligen Melanom, eine erhöhte Anzahl an Leberflecken, d.h. unregelmäßig begrenzte, farblich uneinheitliche Pigmentmale oder die Durchführung einer immunsuppressiven Therapie) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen und

- die Leistung durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dermatologen erbracht wird.

(3) Inhalt der Vorsorgeuntersuchung ist:

- gezielte Anamnese,

- visuelle Ganzkörper-Inspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,

- visuelle Untersuchung mittels Sehhilfen, Auflichtmikroskopie oder Dermatoskopie,

- Befundmitteilung und Beratung des Versicherten über das Ergebnis der Untersuchung,

- Dokumentation.

(4) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 40,00 EUR. Eine Kostenerstattung ist, soweit kein gesetzlicher Anspruch besteht, jedes Jahr möglich. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

(5) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 i
Kostenerstattung zusätzlicher Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt

(1) Versicherte können folgende Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt in Anspruch nehmen:

- zusätzliche Ultraschalluntersuchungen
- Toxoplasmose-Test

- Triple-Test
- Ersttrimester-Screening
- Nackenfaltenmessung
- Antikörperbestimmung bei Schwangerschaft auf Ringelröteln und Windpocken
- B-Streptokokken-Test
- Zytomegalie-Test
- PH-Selbsttest
- nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium und/oder Folsäure
- Unterbringung einer Begleitperson im Elternzimmer, sofern diese bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland versichert ist.
- Professionelle Zahnreinigung
- Individuelles Screening (Infektionsscreening auf Bakterien und Mykoseerreger) zur Vermeidung von Frühgeburtsrisiken (mikrobiologisches Infektionsscreening zwischen der 16. und 24. SSW sowie Beratung und Auswertung der Ergebnisse.)

(2) Voraussetzung ist, dass die Leistungen

- keine Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien sind und

- nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen sind.

(3) Die Durchführung der zusätzlichen Ultraschalluntersuchungen, des Toxoplasmose- und Triple-Tests, des Ersttrimester-Screenings, der Nackenfaltenmessung sowie die Antikörperbestimmung auf Ringelröteln und Windpocken, der B-Streptokokken- und der Zytomegalie-Test sowie das Infektionsscreening in Absatz 1 müssen durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erfolgen. Bei der Durchführung zusätzlicher Ultraschalluntersuchungen, des Ersttrimester-Screenings und der Nackenfaltenmessung ist die Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen (NiSV) durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen.

(4) Voraussetzung für die Erstattung nicht verschreibungspflichtiger apothekenpflichtiger Arzneimittel ist, dass

- sie als Mono- oder Kombinationspräparat mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium und/oder Folsäure von einem Vertragsarzt auf Privatrezept verordnet wurden und

- sie in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde und

- sie nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind und

- es sich nicht um Nahrungsergänzungsmittel mit den genannten Wirkstoffen handelt.

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

(5) Voraussetzung für die Erstattung professioneller Zahnreinigung ist, dass die Behandlung durch einen an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnarzt oder einen nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erfolgt. Mit der Kostenübernahme soll zur Vermeidung von Zahnfleischentzündungen/Parodontitis beigetragen werden, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken und/oder eine anzunehmende Schwächung der Gesundheit mit möglicher Krankheitsfolge für die Schwangere frühzeitig abzuwenden.

(6) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 400,00 EUR je Schwangerschaft und Versicherten. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie zur Erstattung der nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel zusätzlich die Privatrezepte vorzulegen.

§ 31 j
Kostenerstattung bei Arzneimitteln der Anthroposophie und Phytotherapie

(1) Versicherte haben Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Phytotherapie und Anthroposophie.

(2) Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel

- von einem Vertragsarzt auf einem Privatrezept verordnet wurde und

- medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und

- in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde und

- nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen ist.

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

(3) Die AOK übernimmt die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Phytotherapie und Anthroposophie in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, jeweils bis zu 25,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind die Rechnungen und Privatrezepte vorzulegen.

(4) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 k
Kostenerstattung bei sportmedizinischer Untersuchung

(1) Versicherte können einmal je Kalenderjahr eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen.

(2) Voraussetzung ist, dass die sportmedizinische Untersuchung

- geeignet und notwendig ist, bei geschwächter/bedrohter Gesundheit ohne Krankheitswert kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten, frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden und

- von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin erbracht wird.

(3) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 150,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

§ 31 l
Kostenerstattung bei Darmkrebsvorsorge

(1) Versicherte ab Vollendung des 40. Lebensjahres bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres haben Anspruch auf die Durchführung eines Tests auf occultes Blut im Stuhl (immunologischer Stuhltest - iFOBT) und Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres haben Anspruch auf eine Koloskopie zur Früherkennung eines kolorektalen Karzinoms (Darmspiegelung).

(2) Voraussetzung ist, dass die Untersuchungen ausschließlich durch Vertragsärzte erbracht oder veranlasst wurden und eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Derartige Risikofaktoren sind z. B. das Vorliegen einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung oder die Erkrankung Verwandter ersten Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) an Darmkrebs.

(3) Der Inhalt dieser Untersuchungen richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen.

(4) Die AOK erstattet die Kosten für einen immunologischen Stuhltest in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 50,00 EUR. Eine Kostenerstattung ist alle zwei Jahre möglich. Die Kosten für eine Darmspiegelung werden einmalig in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 100,00 EUR erstattet. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

(5) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 m
Kostenerstattung bei Check-up unter 35 Jahren

(1) Versicherte ab Vollendung des 25. Lebensjahres bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres können eine Gesundheitsuntersuchung (Check-up) in Anspruch nehmen.

(2) Voraussetzung ist, dass

- eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Hypertonie oder Hypercholesterinämie) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen und

- die Behandlung ausschließlich von Vertragsärzten erbracht wird.

(3) Der Inhalt der Gesundheitsuntersuchung (Check-up) richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.

(4) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 50,00 EUR. Eine Kostenerstattung ist, soweit kein gesetzlicher Anspruch besteht, jedes Jahr möglich. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

(5) Der Anspruch besteht nur, soweit dieser nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 n
Kostenerstattung bei augenärztlicher Vorsorgeuntersuchung für Kinder

(1) Versicherte vom 6. Lebensmonat bis zum 26. Lebensmonat können eine augenärztliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen.

(2) Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch Fachärzte für Augenheilkunde oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin die berechtigt sind augenärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder durchzuführen, erbracht wird und aus medizinischer Sicht eine individuelle Notwendigkeit für die Leistung besteht (z. B. der Entwicklungsprozess der altersgerechten Ausbildung der körperlichen, geistigen und seelischen Anlagen entweder bereits zurückgeblieben oder auf andere Weise beeinträchtigt oder mit Wahrscheinlichkeit mit einer Beeinträchtigung zu rechnen ist).

(3) Inhalt der augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung ist:

- Anamnese des Kindes, ophthalmologische Familienanamnese, Sichtung evtl. Vorbefunde des Kinderarztes
- Visusbestimmung
- objektive Refraktionsbestimmung
- Untersuchung auf Stellung der Motilität
- Hirschberg- und Brückner-Test
- Abdeck- und Aufdecktest
- Motilität in die 4 Sekundärpositionen

- Stereotest
- morphologische Untersuchung
- Befundmitteilung und Beratung über das Ergebnis der Untersuchung
- Dokumentation.

(4) Die AOK übernimmt einmalig die Kosten in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 20,00 EUR. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

(5) Der Anspruch besteht nur, soweit dieser nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 o
Kostenerstattung bei Brustkrebsvorsorge

(1) Versicherte haben Anspruch für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU).

(2) Voraussetzung ist, dass bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Derartige Risikofaktoren sind insbesondere eine hohe mammographische Dichte der Brustdrüse und eine Erkrankung naher Verwandter (Eltern, Geschwister) an Brustkrebs.

(3) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 80,00 EUR Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

§ 31 p
Kostenerstattung bei festsitzendem Unterkiefer-Frontzahn Retainer

(1) Versicherte können einen festsitzenden Unterkiefer-Frontzahn-Retainer in Anspruch nehmen.

(2) Voraussetzung für Absatz 1 ist,

- dass die Leistung bei einem an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachzahnarzt für Kieferorthopädie in Anspruch genommen wird,

- dass eine erfolgreich abgeschlossene kieferorthopädische Behandlung durchgeführt wurde und

- dass die Leistung zur kieferorthopädischen oder zahnärztlichen Behandlung nach § 28 SGB V gehört.

(3) Die AOK übernimmt einmalig die Kosten in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 50,00 EUR. Zur Erstattung ist die Rechnung vorzulegen.

(4) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 q
Kinderkopforthesen

(1) Für Versicherte ab dem 4. und bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden die Kosten für die Versorgung mittels Kopforthesen (Molding helmets/ Cranio-Helmtherapie) übernommen, wenn dies nach der Schwere der Erkrankung erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Die Indikationsstellung und Verordnung muss durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung bzw. Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgen und den Kriterien entsprechen, die nach dem Stand der Medizin für die Verordnung dieser Therapieform angemessen sind. Hierzu zählt, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder dass ohne die Versorgung mittels Kopforthese Folgebehandlungen zu erwarten sind. Das Hilfsmittel hat den nach dem Stand der Medizin anzulegenden Qualitätsanforderungen zu entsprechen.

(2) Sind die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt, werden zunächst 80 Prozent der Kosten der Kopforthesenversorgung übernommen. Die restlichen 20 Prozent werden erstattet, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde. Maximal werden Kosten in Höhe von 2.000 Euro übernommen.

§ 31 r
Mehrleistungen Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) Die AOK erstattet ihren Versicherten die tatsächlichen Kosten für zusätzliche, vom gemeinsamen Bundesausschuss oder vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nicht ausgeschlossene Digitale Gesundheitsanwendungen, abzüglich der Mehrkosten, für Anwendungsbereiche, die den gesetzlichen Leistungsumfang übersteigen. Die Erstattung darf je Versicherten für sämtliche Digitalen Gesundheitsanwendungen einen Betrag von 400,00 EUR im Kalenderjahr nicht überschreiten. Mehrere Beträge werden zusammengerechnet. Eine Übertragung von nicht in Anspruch genommenen Beträgen auf das folgende Kalenderjahr ist nicht möglich.

(2) Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach Absatz 1 sind:

- die Digitalen Gesundheitsanwendungen wurden in das Verzeichnis erstattungsfähiger Digitaler Gesundheitsanwendungen der AOK aufgenommen und erfüllen die dort festgelegten Voraussetzungen,

- die medizinische Erforderlichkeit zur Unterstützung der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) oder sonstigen Gesundheitsversorgung des Versicherten,

- es wurde vor der Inanspruchnahme der Leistung ein Antrag auf Kostenübernahme unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung gegenüber der AOK gestellt und von der AOK genehmigt,

- es wird ein spezifizierter Kostennachweis vorgelegt und

- die Versicherten sind in der sicheren Anwendung der Digitalen Gesundheitsanwendung geschult.

(3) In das Verzeichnis nach Absatz 2, erster Spiegelstrich können ausschließlich solche Digitalen Gesundheitsanwendungen im Sinne des Absatz 1 aufgenommen werden, die nachfolgende Voraussetzungen erfüllen:

- die Digitalen Gesundheitsanwendungen sind nicht bereits Bestandteil des Verzeichnisses nach § 139e SGB V,

- es handelt sich um zulässige Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz,

- die hinreichende Produktsicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität sind nachgewiesen,

- es beinhaltet nicht versicherungsfremde oder ausgeschlossene Leistungen und

- die anwendbaren Bestimmungen des Datenschutzes und der Datensicherheit sind eingehalten.

(4) Das Verzeichnis soll Angaben enthalten

- über die Gewichtung der Mehrkosten,

- über die Erforderlichkeit einer ärztlichen Verordnung oder Empfehlung des Leistungserbringers sowie

- für welche Anwendungsfälle eine Kostenübernahme erfolgen kann. Dabei werden die Erkrankungen mit speziellen international anerkannten ICD-Codes näher definiert.

(5) Das Nähere zu den Mehrleistungen von digitalen Gesundheitsanwendungen wird in den Ausführungsbestimmungen geregelt, die durch den Vorstand festgelegt werden.

(6) Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in das Verzeichnis besteht nicht.

§ 31 s
Neugeborenen-Konto

(1) Die AOK übernimmt für ihre Versicherten die Kosten für Kurse bei qualifizierten Anbietern (Hebammen, Physiotherapeuten) von PEKiP (Prager Eltern-Kind-Programm) und DELFI.

(2) Die AOK übernimmt die Kosten für Babyschwimmen, die durch Übungsleiter, Hebammen oder Physiotherapeuten geleitet werden.

(3) Die AOK übernimmt die Kosten bei qualifizierten Anbietern (Hebammen, Physiotherapeuten, Osteopathen) im Bereich der Babymassage.

(4) Voraussetzung ist, dass die Leistungen

- keine Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien sind und

- nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen sind.

(5) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, insgesamt bis zu 200,00 EUR je Neugeborenen. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

(6) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträge nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 t
AOK-Zahnkonto

(1) Versicherte können ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V folgende zahnärztliche Leistungen in Anspruch nehmen:

- Versiegelung der kariesfreien vorderen Backenzähne/Prämolaren,

- Vollnarkose, orale oder intravenösen Sedierung, Hypnosebehandlung oder Lachgassedierung bei chirurgischer Entfernung von mindestens einem Weisheitszahn.

(2) Versicherte können ergänzend zu den Leistungen § 29 Abs. 1 SGB V folgende kieferorthopädische Leistung in Anspruch nehmen:

- Versiegelung der Glattflächen bei kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

(3) Voraussetzung für Absatz 1 ist,

- dass die Leistungen bei einem Vertragszahnarzt in Anspruch genommen werden,

- dass bei einer Lachgassedierung die Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird und der Behandler eine Weiterbildung zur sicheren Anwendung entsprechend den Ausbildungsstandards der Deutschen Gesellschaft für dentale Sedierung (DGfdS) abgeschlossen hat,

- dass bei der Vollnarkose die Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird und von einem Facharzt für Anästhesie erfolgt.

(4) Voraussetzung für Absatz 2 ist,

- dass die Leistung zur kieferorthopädischen Behandlung zur zahnärztlichen Behandlung nach § 28 SGB V gehört und

- ein bewilligter kieferorthopädischer Behandlungsplan eines zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers vorliegt,

- die Behandlung mit festsitzenden kieferorthopädischen Behandlungsgeräten erfolgt und

- die Leistung im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung erbracht wird.

(5) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, maximal jedoch bis zu einem Betrag von 100,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten (für Absatz 1). Für Absatz 2 werden einmalig die tatsächlichen Kosten erstattet, jedoch nicht mehr als 100,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten. Mehrere Beträge werden zusammengerechnet. Eine Übertragung von nicht in Anspruch genommenen Beträgen auf das folgende Kalenderjahr ist nicht möglich. Zur Erstattung ist die Rechnung des Vertragszahnarztes vorzulegen.

(6) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 u
Kostenerstattung für die professionelle Zahnreinigung

(1) Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahres können Leistungen der professionellen Zahnreinigung in Anspruch nehmen.

(2) Voraussetzung ist, dass die Behandlung von einem Zahnarzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten zahnärztlichen Leistungserbringer erfolgen.

(3) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 100 v. H. des Rechnungsbetrages, bis zu 50,00 EUR je Kalenderjahr. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

§ 31 v
Kostenerstattung bei Hautkrebsvorsorge über 35 Jahren

(1) Versicherte haben ab Vollendung des 35. Lebensjahres einen gesetzlichen Anspruch auf ein Hautkrebsscreening. Versicherte ab Vollendung des 35. Lebensjahres erhalten diese Leistung in kürzeren Rhythmen als gesetzlich festgelegt.

(2) Voraussetzung ist, dass

- eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen und

- die Leistung durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dermatologen erbracht wird.

(3) Inhalt der Vorsorgeuntersuchung ist:

- gezielte Anamnese,

- visuelle Ganzkörper-Inspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,

- visuelle Untersuchung mittels Sehhilfen, Auflichtmikroskopie oder Dermatoskopie,

- Befundmitteilung und Beratung des Versicherten über das Ergebnis der Untersuchung,

- Dokumentation.

(4) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 40,00 EUR. Eine Kostenerstattung ist, soweit kein gesetzlicher Anspruch besteht, alle zwei Jahre möglich. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

(5) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31 w
Kostenerstattung bei Check-up über 35 Jahren

(1) Versicherte ab Vollendung des 35. Lebensjahres haben einen gesetzlichen Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung (Check-up). Versicherte ab Vollendung des 35. Lebensjahres erhalten diese Leistung in kürzeren Rhythmen als gesetzlich festgelegt.

(2) Voraussetzung ist, dass - eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen und - die Behandlung ausschließlich von Vertragsärzten erbracht wird.

(3) Der Inhalt der Gesundheitsuntersuchung (Check-up) richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.

(4) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von 100 v.H. des Rechnungsbetrages, bis zu 50,00 EUR. Eine Kostenerstattung ist, soweit kein gesetzlicher Anspruch besteht, jedes Jahr möglich. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen.

(5) Der Anspruch besteht nur, soweit dieser nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 31x
Kostenerstattung bei Naturheilverfahren

(1) Versicherte haben Anspruch auf anthroposophische Heilmittel (Kunsttherapie, Heileurythmie, Rhythmische Massage), wenn diese medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

(2) Versicherte haben Anspruch auf weitere Heilmittel, wie Feldenkrais, traditionelle chinesische Medizin (Tuina und Krankengymnastik nach Qigong) und Ayurveda (Teilkörpermassagen und Thermotherapien), wenn diese medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

(3) Voraussetzung für den Anspruch nach Absatz 1 ist, dass die Leistung

- nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen ist und

- nicht bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.

- Die Leistungserbringer müssen Mitglied eines Berufsverbandes der anthroposophischen Therapierichtungen sein oder eine entsprechende Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einem Verband der anthroposophischen Therapierichtungen berechtigt.

(4) Voraussetzung für den Anspruch nach Absatz 2 ist, dass die Leistung

- nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen ist und

- nicht bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.
  Weitere Voraussetzung ist, dass die Behandlung von einem qualifizierten Leistungserbringer (berechtigten Vertragsarzt oder Physiotherapeuten der die Zulassungsvoraussetzungen im Sinne des § 124 Absatz 1 SGB V erfüllt, oder im

Sinne des § 13 Absatz V des SGB V berechtigten Arzt oder Physiotherapeutenerbracht wird) durchgeführt wird und

- eine Zusatzbezeichnung erworben hat, die zur Ausübung des jeweiligen Naturheilverfahrens berechtigt oder

- ordentliches Mitglied in einem speziell gegründeten Berufs- oder Fachverband bzw. Verein der Fachrichtung Naturheilkunde oder Physiotherapie (z.B. Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V., Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V. oder Verband Physikalische Therapie (VPT) e.V.), mit einer separaten Berufsordnung (z.B. Heilpraktiker (BOH)) oder Ethikrichtlinie sowie regelmäßiger Fortbildungsverpflichtung ist.

(5) Die AOK übernimmt die Kosten für Absatz 1 und Absatz 2 für maximal fünf Behandlungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 100 v.H. des Rechnungsbetrages, maximal jedoch 30,00 EUR je Behandlung. Zur Erstattung der Behandlungen sind die Rechnungen vorzulegen.

(6) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 32
Kostenerstattung bei Behandlung im Ausland

(1) 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. 4-6 SGB V erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt.

(2) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung im Inland entstanden wären, höchstens bis zu der Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 % zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag höchstens 40,00 Euro beträgt. Die AOK kann bei Kostenerstattungsanträgen über einen Rechnungsbetrag bis zu 200,00 Euro pauschal 90 % des Rechnungsbetrags erstatten.

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

§ 33
Leistungsausschluss nach § 52a SGB V

(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 in Sinne des Satzes 1 soll die AOK insbesondere dann verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegt.

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

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

§ 34 (nicht besetzt)

§ 34 a
Übergangsvorschriften

(1) An Wahltarifen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 15 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung teil:

1. Versicherte, die am 29.02.2012 in Wahltarife gemäß § 53 Abs. 3 SGB V i. V. mit § 137f SGB V zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 12e der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

2. Versicherte, die am 29.02.2012 in Wahltarife gemäß § 53 Abs. 3 SGB V i. V. mit § 137f SGB V zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 11 Ziffer VI der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden in den Wahltarifen gemäß § 53 Abs. 3 SGB V i. V. mit § 137f SGB V zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 15 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz oder der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 15 dieser Satzung zurückgelegt worden.

(2) Am Tarif Integrierte Versorgung nach § 14c dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung Versicherte teil, die am 29.02.2012 in den Tarif Integrierte Versorgung bzw. Integrierte Versorgungsmodelle der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz oder der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Tarif Integrierte Versorgung nach § 14c dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz oder der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 14c dieser Satzung zurückgelegt worden.

(3) Am Tarif Hausarztzentrierte Versorgung nach § 19 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung Versicherte teil, die am 29.02.2012 in den Tarif Hausarztzentrierte Versorgung nach § 12i der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Tarif Hausarztzentrierte Versorgung nach § 19 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 19 dieser Satzung zurückgelegt worden.

(4) Am Tarif „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ nach § 20 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung Versicherte teil, die am 29.02.2012 im Tarif „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ nach § 12j der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Tarif „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ nach § 20 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 20 dieser Satzung zurückgelegt worden.

(5) Am Wahltarif Krankengeld nach § 23 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung teil:

1. Versicherte, die am 29.02.2012 im Wahltarif Krankengeld nach § 12m der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

2. Versicherte, die am 29.02.2012 im Wahltarif Krankengeld nach § 11c der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Wahltarif Krankengeld nach § 23 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz und der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland zurückgelegten Teilnahmezeiten nach § 23 dieser Satzung zurückgelegt worden.

(6) Am Wahltarif Teilkostenerstattung nach § 24 dieser Satzung nehmen ohne zusätzliche Einschreibung teil:

1. Versicherte, die am 29.02.2012 in den Tarif Teilkostenerstattung nach § 19b der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

2. Versicherte, die am 29.02.2012 in den Tarif Teilkostenerstattung nach § 15 der Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland in der am 29.02.2012 gültigen Fassung eingeschrieben waren.

Diese Versicherten werden im Wahltarif Teilkostenerstattung nach § 24 dieser Satzung so behandelt, als seien die bei der AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz und der AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland zurück-gelegten Teilnahmezeiten nach § 24 dieser Satzung zurückgelegt worden.

Vierter Abschnitt: Beiträge

§ 35
Beitragssätze

Die Beiträge werden nach einem Beitragssatz erhoben, der in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder festgesetzt wird. Die Beitragssätze für die verschiedenen Mitgliedergruppen richten sich nach den Vorschriften der §§ 241 ff. SGB V.

§ 36
Zusatzbeitrag

Der Zusatzbeitragssatz der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gemäß § 242 SGB V beträgt 2,47 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 37
Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder

Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder sowie die Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder ergeben sich aus dem Gesetz i. V. m. den Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung der „Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“.

§ 38
Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

Beiträge werden nach den entsprechenden gesetzlichen Regelungen der §§ 23 ff. SGB IV i. V. m. den Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung der „Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ fällig.

§ 38 a
Mahngebühr

Im Rahmen des § 19 Abs. 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz erhebt die AOK eine Mahngebühr. Diese beträgt:

- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von 1.999,99 EUR = 5,00 EUR
- bis zu einem Mahnbetrag in Höhe von 2.999,99 EUR = 10,00 EUR
- ab einem Mahnbetrag in Höhe von 3.000,00 EUR = 15,00 EUR

§ 39 (nicht besetzt)

§ 40
Vorschüsse und Beitragserstattungen

(1) Die AOK kann von Arbeitgebern, die

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

oder

2. a) länger als einen Monat mit der Beitragszahlung in Verzug sind oder

   b) sich in einem Insolvenzplanverfahren (Vergleichsverfahren nach der Konkursordnung) befinden oder

   c) sich innerhalb der letzten sechs Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder

   d) Zahlungsausfälle befürchten lassen

3. keine ordnungsgemäßen Beitragsnachweise einreichen

oder

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

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

(2) Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V werden auf Antrag der Versicherten halbjährlich unbar vorgenommen.

Fünfter Abschnitt: Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle

§ 41
Widerspruchsausschuss

(1) Für den Erlass von Widerspruchsbescheiden wird ein besonderer Ausschuss nach § 36a SGB IV (Widerspruchsausschuss) in der erforderlichen Anzahl gebildet.

(2) Die Mitglieder und Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat bestimmt. Neben den Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern des Verwaltungsrates können nur Personen, die die Wählbarkeitsvoraussetzungen zum Verwaltungsrat der AOK erfüllen, zu Mitgliedern des Widerspruchsausschusses bestellt werden. Ferner gehört der Vorstand oder ein von ihm Beauftragter dem Widerspruchsausschuss mit beratender Stimme an.

(3) Der Widerspruchsausschuss entscheidet vorbehaltlich anderslautender Rechtsvorschriften über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK. Er nimmt auch die Funktion der Einspruchsstelle nach den Bußgeldvorschriften des SGB und die Aufgaben der Verwaltungsbehörde nach dem Ordnungswidrigkeitsgesetz wahr (§ 112 Abs. 1 SGB IV, i. V. m. § 69 OWiG).

(4) Für Mitglieder bzw. ihre Stellvertreter des Widerspruchsausschusses gelten die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes, Amtsverlust, Amtsdauer, Beratung, Haftung und Entschädigung entsprechend (§§ 40 - 42, § 58 Abs. 2, § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV).

(5) Näheres über die Besetzung, Zuständigkeiten sowie die Führung der Verwaltungsgeschäfte bestimmt der Verwaltungsrat in einer Richtlinie, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 42 (nicht besetzt)

§ 43 (nicht besetzt)

Sechster Abschnitt: Organe und Struktur der AOK

§ 44
Struktur der AOK

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

(2) Die AOK gliedert sich in zwei Ressorts; Hauptressort und Fachressort. Alles Weitere regelt die Geschäftsordnung des Vorstandes.

§ 44 a
Organisatorische Anpassungen

Bei organisatorischen Anpassungen, die die länderbezogenen Quoten der regionalen Verteilung der Arbeitsplätze in Rheinland-Pfalz und dem Saarland um mehr als 50 Vollzeitkräfte verändern, erfolgt eine Information der Aufsichtsbehörde der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland sowie des Ministeriums für Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlandes.

§ 45 (nicht besetzt)

§ 46
Verwaltungsrat und seine Mitglieder

(1) Der Verwaltungsrat der AOK besteht aus 30 Mitgliedern. Für die Stellvertretung der Verwaltungsratsmitglieder gilt Listenstellvertretung (§ 43 Abs. 2 Satz 1 und 2 i. V. m. § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV).

(2) Der Verwaltungsrat ist paritätisch besetzt.

(3) Die Wahl der/des Vorsitzenden und der/des stellvertretenden Vorsitzenden erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen der/dem Vorsitzenden und der/dem stellvertretenden Vorsitzenden wechselt der Vorsitz jeweils zum 01.01. eines Jahres. Die/der Vorsitzende und die/der stellvertretende Vorsitzende dürfen nicht derselben Gruppe angehören.

§ 47
Verwaltungsrat

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

(2) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:

1. alle Entscheidungen, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind, einschließlich der Entscheidungen der sozial- und unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK in gesundheits-, sozialpolitischen und strategischen Fragen

2. Wahl des Vorstandes

3. Bestellung eines leitenden Beschäftigten der Krankenkasse als Beauftragter zur Stellvertretung des Vorstands

4. Vertretung der AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern

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

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

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

8. Feststellung des Haushaltsplans

9. Aufstellung und Änderung der Satzung

10. Festsetzung des Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V

11. Beschluss über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden

12. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat

13. Wahl der Landesbeiräte auf Vorschlag der Sozialpartner

14. Bestimmung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses (§ 36a SGB IV)

15. Wahl der Vertreter/innen der AOK in den Aufsichtsrat des AOK Bundesverbandes (GbR) sowie die Wahl der Vertreter/-innen des Aufsichtsrats der AOK Mein Leben GbR (AML GbR)

16. Entsendung der Vertreter/innen der AOK in die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes (§ 217b Abs. 3 S. 3 SGB V)

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

(3) Zur Aufgabenwahrnehmung finden Sitzungen des Verwaltungsrats statt; der Vorsitzende des Verwaltungsrates beruft zu den Sitzungen ein. Er soll hierbei im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden handeln. Darüber hinaus kann der Vorsitzende des Verwaltungsrats im Einvernehmen mit der/dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates bei Bedarf weitere Sitzungen einberufen.

Weitere Sitzungen sind einzuberufen, wenn

1. mindestens ein Drittel der Verwaltungsratsmitglieder oder

2. der Vorstand dieses beantragt oder

3. die Aufsichtsbehörde es verlangt.

(4) Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

(5) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen und mehr als die Hälfte aus jeder Gruppe anwesend sind. Bei Beschlussunfähigkeit ist binnen zwei Wochen zu einer erneuten Sitzung einzuladen. Im Übrigen gilt § 64 SGB IV.

(6) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen über

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

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

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

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

5. aus wichtigem Grund (z.B. Vorliegen einer Pandemie). Ob ein wichtiger Grund vorliegt, stellen die Verwaltungsratsvorsitzenden gemeinsam fest.

Wenn mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des 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.

(7) Auf Feststellung der/ des Vorsitzenden des Verwaltungsrates kann in außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen der Verwaltungsrat auch ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung (digitale Sitzung) beraten und abstimmen. Ist die Sitzung öffentlich, ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche zeitgleiche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Dies geschieht mittels Livestream in einem Geschäftsraum der AOK, welcher im Rahmen der Bekanntmachung genannt wird. 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. Der Durchführung der Verwaltungsratssitzung als digitale Sitzung muss spätestens drei Tage nach Zustellung der Einladung schriftlich oder per E-Mail widersprochen werden (Eingang im Selbstverwaltungsbüro der AOK). Über die Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

(8) Mit Ausnahme von

- konstituierenden Sitzungen,

- den jeweils ersten Sitzungen, welche auf konstituierende Sitzungen folgen,

- Sitzungen, in denen Vorstandswahlen stattfinden und

- Sitzungen, in denen die Feststellung von Haushaltsplänen oder die Abnahme von Jahresrechnungen behandelt wird

können Mitglieder des Verwaltungsrats mit ihrer Zustimmung durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung an der Sitzung (hybride Sitzung) teilnehmen, soweit außergewöhnliche Umstände (insbesondere dienstliche

Belange, Pflege und Betreuung von Kindern und Angehörigen, körperliche Einschränkungen und Urlaub) ihre Teilnahme in Präsenz verhindern. Die Teilnahme mittels zeitgleichen Bild- und Tonübertragung soll dem Selbstverwaltungsbüro der AOK zehn Tage vor der Sitzung unter Angabe des Grundes mitgeteilt werden.

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

(10) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere:

1. die Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht verstoßen (§ 38 SGB IV)

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

3. Anzeige und Benachrichtigung über das Ergebnis der Wahl und über Änderungen in der Zusammensetzung des Verwaltungsrates.

§ 47 a
Bildung eines „Fusionsausschusses"

Für den Fall, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland Fusionsverhandlungen im oder außerhalb des AOK-Systems führt, wird vom Verwaltungsrat ein „Fusionsausschuss" gebildet. Dieser Fusionsausschuss wird paritätisch mit Vertretern des Saarlandes und von Rheinland-Pfalz besetzt.

Der Fusionsausschuss führt die Verhandlungen mit dritten Kassen, soweit er selbst solche als denkbare Fusionspartner identifiziert hat oder dritte Kassen Fusionsbereitschaft bekundet haben, bis zur Vorlage eines entscheidungsreifen Beschlussvorschlages an den Verwaltungsrat. Lehnt der Verwaltungsrat einen solchen Beschlussvorschlag ab, gibt er den Verhandlungsauftrag an den Fusionsausschuss zurück.

§ 48
Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus einem Mitglied. Die Amtszeit beträgt bis zu 6 Jahre. Die mehrfache Wiederbestellung ist möglich. Im Übrigen gilt § 35 a SGB IV in seiner jeweiligen Fassung.

(2) Der Vorstand führt die Geschäfte der AOK, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen.

(3) Der Vorstand handelt unter Berücksichtigung der vom Verwaltungsrat bestimmten Grundsatzentscheidungen. Er trifft alle zu ihrer Realisierung erforderlichen Entscheidungen und Maßnahmen.

(4) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere die Gestaltung und Weiterentwicklung der Unternehmenspolitik im Rahmen der vom Verwaltungsrat festgelegten Unternehmensziele und grundsatzpolitischen Richtlinien.

(5) Es wird ein leitender Beschäftigter der Krankenkasse zur Stellvertretung des Vorstandes als Beauftragter (§ 35a Abs. 4 Satz 5 SGB IV) durch den Verwaltungsrat bestellt und abbestellt.

(6) Die Wahrnehmung der unternehmenspolitischen Interessen der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gegenüber der rheinland-pfälzischen und saarländischen Gesundheits- und Sozialpolitik sowie den Sozialpartnern erfolgt durch den Vorstand. Das Nähere regelt der Vorstand in einer Geschäftsordnung.

§ 49
Landesbeiräte

(1) In Rheinland-Pfalz und im Saarland wird jeweils ein Landesbeirat gebildet. Die Landesbeiräte bestehen jeweils aus 20 Mitgliedern und sind jeweils paritätisch besetzt (§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Stellvertretende sind möglich.

(2) Für die Mitglieder des Landesbeirates gelten die gesetzlichen Vorschriften über Führung des Ehrenamtes, Haftung, Amtsdauer, Amtsverlust, Ergänzung, Beratung, Beschlussfassung und Entschädigung entsprechend.

(3) Die Wahl des Vorsitzenden des Landesbeirates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jeweils zum 01.01. eines Jahres. Die Wahl der Vorsitzenden erfolgt aus den Gruppen.

(4) Der Landesbeirat hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Beirat (§ 63 Abs. 1 SGB IV)

2. Mitwirkung bei Projekten und Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20 SGB V)

3. Aufarbeitung von Fragen der regionalen Gesundheitsberichterstattung

4. Gesundheitspolitische Beratung, insbesondere Vermittlung von Erfahrungen und Erwartungen aus dem Kreis der Kunden, aus dem gesellschaftlichen Leben sowie aus der Arbeitswelt, aus der Wirtschaft und aus dem Handwerk

5. Unterstützung der Unternehmenspolitik der AOK durch Vorschläge und Anregungen sowie geeignete Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit

6. Kontaktpflege zu Versicherten, Arbeitgebern, Handwerksbetrieben und zu Vertragspartnern

§ 50 (nicht besetzt)

§ 50a (nicht besetzt)

§ 51
Vertretung der AOK

(1) Der Vorstand vertritt die AOK unbeschadet des Abs. 3 gerichtlich und außergerichtlich (§ 35a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

(2) Ist der Vorstand verhindert seine Aufgaben wahrzunehmen, geht das Vertretungsrecht auf den zur Stellvertretung bestellten Beauftragten über.

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

§ 52
Versichertenälteste, Vertrauensleute

(1) Von den Vertretern der Versicherten im Verwaltungsrat können Versichertenälteste und von den Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat Vertrauensleute gewählt werden (§ 39 Abs. 2 Nrn. 2 und 3 SGB IV). Für die Amtsdauer gilt § 58 Absatz 2 SGB IV entsprechend.

(2) Versichertenälteste können gewählt werden für:

1. Betriebe

2. Berufsgruppen

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

(4) Vertrauensleute können gewählt werden für:

1. Betriebe

2. Berufsgruppen

(5) Die Vertrauensleute haben insbesondere die Aufgabe, die Interessen der

AOK in den Betrieben wahrzunehmen und die Arbeitgeber in Fragen der Krankenversicherung zu beraten.

§ 53
Amtsdauer, Entschädigung und Haftung der Organmitglieder

(1) Für Amtsdauer und Haftung der Mitglieder in den Selbstverwaltungsorganen finden §§ 42 und 58 SGB IV, für die Entschädigung § 41 SGB IV Anwendung.

(2) Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus (§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Sie werden nach Maßgabe der Vorschriften des SGB IV entschädigt. Art und Höhe der Entschädigung ergeben sich aus der Anlage „Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (§ 41 SGB IV)", die Bestandteil dieser Satzung ist.

Siebter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 54
Rücklagesoll

Das Rücklagesoll 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 (§ 261 Abs. 2 SGB V).

§ 55
Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung

(1) Der vom Verwaltungsrat gebildete Rechnungsprüfungsausschuss ist befugt, die Bücher und Akten der AOK einzusehen sowie die Vermögensbestände zu prüfen. Er kann sich dazu auch des Sachverstandes externer Dritter bedienen.

(2) Der vom Vorstand bestimmte Rechnungsprüfungsausschuss prüft die Kasse der AOK mindestens einmal im Jahr unvermutet.

Die Prüfung erstreckt sich auch darauf, ob das Vermögen vorschriftsmäßig angelegt ist und wie die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden.

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

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

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

§ 56
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz richtet sich nach den Bestimmungen des Teils II „Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)“, der Bestandteil dieser Satzung ist.

Neunter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 57
Bekanntmachungen

(1) Die Satzung, Änderungen der Satzung sowie sonstiges autonomes Recht werden unter Hinweis auf die erfolgte Genehmigung auf der Internetseite der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland öffentlich bekannt gemacht. Der Zeitpunkt des Einstellens auf der Internetseite wird dokumentiert. Die jeweilige Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen.

(2) Die AOK veröffentlicht nach § 305b SGB V zum 30. November eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und auf der eigenen Internetpräsenz (www.aok.de). Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 bis 30. November eines Jahres im AOK-Gesundheitsmagazin veröffentlicht.

§ 58
Inkrafttreten

(1) Die Satzung tritt am 01.03.2012 in Kraft.

(2) Die Satzung ist beschlossen in den Sitzungen der Verwaltungsräte der AOK Rheinland-Pfalz am 07.12.2011 und der AOK Saarland am 19.12.2011.

Teil II – Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

§ 1
Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen

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

§ 2
Beteiligte Arbeitgeber

(1) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen die Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen.

Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die wöchentlich regelmäßig nicht mehr als 10 Stunden zu leisten haben, werden mit 0,25, diejenigen, die nicht mehr als 20 Stunden zu leisten haben, mit 0,5 und diejenigen, die nicht mehr als 30 Stunden zu leisten haben, mit 0,75 angesetzt.

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

§ 3
Erstattungen

(1) Die AOK erstattet den nach § 1 Abs. 1 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für Aufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit 70 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 und in § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraumes an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgeltes und der nach § 19 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz an Auszubildende fortgezahlten Vergütung, wobei die Aufwendungen höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden.

a) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Absatz 1 auf 80 v. H. erhöht. Die Erhöhung wirkt ab Beginn des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr der Antragstellung folgt. Die Erhöhung erfolgt für alle Erstattungen, die Arbeitsentgelt betreffen, das für Zeiträume ab dem Zeitpunkt der Erhöhung fortgezahlt wird. Der Arbeitgeber ist an seinen Antrag für ein Kalenderjahr gebunden.

b) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Absatz 1 auf 60 v. H. ermäßigt. Die Ermäßigung wirkt ab Beginn des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr der Antragstellung folgt. Die Ermäßigung erfolgt für alle Erstattungen, die Arbeitsentgelt betreffen, das für Zeiträume ab dem Zeitpunkt der Ermäßigung fortgezahlt wird. Der Arbeitgeber ist an seinen Antrag für ein Kalenderjahr gebunden.

c) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Absatz 1 auf 50 v. H. ermäßigt. Die Ermäßigung wirkt ab Beginn des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr der Antragstellung folgt. Die Ermäßigung erfolgt für alle Erstattungen, die Arbeitsentgelt betreffen, das für Zeiträume ab dem Zeitpunkt der Ermäßigung fortgezahlt wird. Der Arbeitgeber ist an seinen Antrag für ein Kalenderjahr gebunden.

(2) Die AOK erstattet den Arbeitgebern nach § 1 Abs. 2 AAG für Aufwendungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft

a) 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 20 Abs. 1 Mutterschutzgesetz gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld,

b) 100 v. H. des vom Arbeitgeber bei Beschäftigungsverboten nach § 18 Mutterschutzgesetz gezahlten Arbeitsentgeltes und

c) 100 v. H. der auf die Arbeitsentgelte nach Buchstabe b) entfallenden und von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und die Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, zur sozialen Pflegeversicherung sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V, 172a SGB VI und nach § 61 SGB XI.

§ 4
Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen

Mit den in § 3 Abs. 1 Nr. 1 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die erstattungsfähigen Arbeitsentgelte entfallenden und von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und die Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, zur sozialen Pflegeversicherung sowie die Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V, § 172a SGB VI und nach § 61 SGB XI abgegolten.

§ 5
Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

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

§ 6
Aufbringung der Mittel, Umlage

(1) Die Mittel zur Durchführung der Ausgleichsverfahren U1 und U2 werden jeweils durch gesonderte Umlagen, die die erforderlichen Verwaltungskosten angemessen berücksichtigen, von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.

(2) Die Umlage für Aufwendungen aus Anlass von Krankheit (§ 3 Abs. 1) wird auf

1,9 v. H. bei einem Erstattungssatz von 50 v. H.
2,4 v. H. bei einem Erstattungssatz von 60 v. H.
3,0 v. H. bei einem Erstattungssatz von 70 v. H.
4,1 v. H. bei einem Erstattungssatz von 80 v. H.

der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG festgesetzt.

(3) Die Umlage für Aufwendungen aus Anlass von Mutterschaft (§ 3 MuSchG) wird auf 0,59 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG festgesetzt.

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

§ 7
Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern

Die AOK kann von umlagepflichtigen Arbeitgebern nach § 41 der Satzung Vorschüsse verlangen (§ 9 Abs. 2 Nr. 3 AAG).

§ 8
Verwaltung der Mittel

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

1. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit, U1-Verfahren (§ 3 Abs. 1)

2. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft und Schwangerschaft, U2-Verfahren (§ 3 Abs. 2)

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

(2) Für den Haushaltsplan und die Jahresrechnung gelten die Bestimmungen der Satzung der AOK entsprechend.

§ 9
Verwaltungsrat

(1) In Angelegenheiten der Ausgleichsverfahren nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

(2) Im Verwaltungsrat übt in Angelegenheiten der Ausgleichsverfahren nach dem AAG jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates gewählt worden ist.

(3) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat wählen aus ihrer Mitte einen stellvertretenden Vorsitzenden.

§ 10
Widerspruchsausschuss und Einspruchsstelle

Die Bestimmung des § 41 der Satzung über Besetzung, Aufgaben und Befugnisse des Widerspruchschusses und der Einspruchsstelle gelten mit der Maßgabe, dass in Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendung nach dem AAG im Widerspruchsausschuss nur Vertreter der Arbeitgeber mitwirken.

§ 11
Inkrafttreten

(1) Der Teil II der Satzung tritt am 01.03.2012 in Kraft.