Satzung

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

i. d. F. v. 17. September 2026

Inhaltsverzeichnis

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung 5
§ 1 Name, Sitz und Bezirk 5
§ 2 Aufgabenstellung 6
Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis 7
§ 3 Mitglieder 7
§ 4 Familienangehörige 8
§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft 9
Dritter Abschnitt: Leistungen 10
§ 6 Art und Umfang der Leistungen 10
§ 7 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge 11
§ 8 Leistungsausschluss 12
§ 9 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe 13
§ 10 Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen 14
§ 11 Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V 15
§ 11a SchwangerschaftPLUS Paket 16
§ 11b Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für Kinder und Jugendliche vom vollendeten 12. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr 18
§ 11c Kostenerstattung bei Vorsorgeleistungen zur Zahngesundheit 19
§ 11d Sportmedizinische Vorsorge 20
§ 11e Mehrleistungen Digitale Gesundheitsanwendungen 21
§ 11f Osteopathie 22
§ 11g Vorsorgeuntersuchungen U 10, U 11 und J 2 23
§ 11h Mehrleistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung 25
§ 11i Erweiterte Diabetes-Vorsorge im Zusammenhang mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene („Check-up PLUS“) 26
§ 11j Hautkrebsvorsorge „Ganzkörperuntersuchung Haut-Check“ 27
§ 11k Erweiterte Darmkrebsvorsorge bei Risikofaktoren 28
§ 11l Kopfkorrekturorthesen für Säuglinge 29
§ 12 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe 30
§ 13 Sonderregelungen bei Krankengeld 31
§ 14 Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz 32
§ 15 Kostenerstattung 33
§ 16 Teilkostenerstattung 34
§ 16a Wahltarif bei Teilkostenversicherung 35
§ 17 Modellvorhaben nach den §§ 63 ff. SGB V 36

§ 18 Wahltarife nach § 53 SGB V 37
§ 18a Wahltarif „AOK PLUS aktiv“ 38
§ 18 b - nicht belegt - 40
§ 18c - nicht belegt - 41
§ 18d - nicht belegt - 42
§ 18e - nicht belegt - 43
§ 18f Krankengeld-Wahltarif 44
§ 18g Wahltarife nach § 53 Abs. 3 SGB V 48
§ 19 Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten 49
§ 19a 50
Bonusprogramm 50
§ 19b 53
Bonusprogramm „AOK PLUS pro junior“ 53
§ 19c Gesundheitsbonus für Arbeitgeber 55
§ 19d 56
Gesundheitsbonus für Arbeitnehmer 56
§ 20 Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung und besonderer Versorgung 57
§ 20a - nicht belegt - 58
§ 20b - nicht belegt - 59
§ 20c - nicht belegt - 60
Vierter Abschnitt: Beiträge; Mahngebühren 61
§ 21 Beitragssätze 61
§ 22 Kassenindividueller Zusatzbeitrag 62
§ 23 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder 63
§ 24 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge 64
§ 25 - nicht belegt - 65
§ 26 Vorschüsse 66
Fünfter Abschnitt: Widerspruchsausschüsse 67
§ 27 Widerspruchsausschüsse 67
Sechster Abschnitt: Organe 68
§ 28 Organe der AOK PLUS 68
§ 29 Verwaltungsrat 69
§ 30 Verfahren des Verwaltungsrates 71
§ 31 Vorstand 73
§ 32 Vertretung der AOK PLUS 74
§ 33 Versichertenälteste, Vertrauensleute 75
§ 34 Status, Entschädigung und Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates, der

Versichertenältesten und der Vertrauensleute....76
Siebter Abschnitt: Verwaltung der Mittel....77
§ 35 Rücklage....77
§ 36 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Abnahme der Jahresrechnung....78
Achter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)....79
§ 37 Anwendung von Satzungsbestimmungen und sozialrechtlicher Regelungen....79
§ 38 Beteiligte Arbeitgeber....80
§ 39 Erstattungen....81
§ 40 Aufbringung der Mittel, Umlagen....83
§ 41 Betriebsmittel, Haushalt....84
§ 42 Vorsitz....85
Neunter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten....86
§ 43 Bekanntmachungen....86
§ 44 In-Kraft-Treten....87
Anlage zu § 34 der Satzung der AOK PLUS Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates....94

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung

§ 1
Name, Sitz und Bezirk

(1) Die Ortskrankenkasse führt den Namen AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen. Sie hat ihren Sitz in Dresden.

(2) Der Bezirk der AOK PLUS umfasst das Gebiet des Freistaates Sachsen und des Freistaates Thüringen.

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

§ 2
Aufgabenstellung

(1) Die AOK PLUS versteht sich als Gesundheitskasse. Aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken. Gesundheitsbewusstes Verhalten wird nach Maßgabe dieser Satzung gefördert.

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

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

(4) Die Organe der AOK PLUS legen zur Erfüllung der gestellten Aufgaben die Grundsätze für eine einheitliche und verbindliche Unternehmenspolitik fest.

(5) Die AOK PLUS nimmt außerdem die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes war. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes. Die vom GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92 und 282 SGB V sind für die AOK PLUS verbindlich.

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

§ 3
Mitglieder

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

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

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

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

- Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
- Personen, deren Familienversicherung erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
- Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
- schwerbehinderte Menschen i. S. des § 2 Abs. 2 SGB IX, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beigetreten sind,
- Arbeiter und Angestellte, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endet,

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

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

§ 4
Familienangehörige

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

§ 5
Beginn und Ende der Mitgliedschaft

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

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

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

(4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet im Falle des Austritts zwei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt. Freiwillige Mitglieder können durch Meldung zur Familienversicherung die freiwillige Mitgliedschaft ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In diesem Fall endet die freiwillige Mitgliedschaft ungeachtet des Zuganges der Meldung mit Ablauf des Tages, der dem Tag vorausgeht, an dem das Mitglied die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt. Die Mitgliedschaft kann mit sofortiger Wirkung beendet werden, sofern das Mitglied seinen Wohnsitz im Ausland nimmt.

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

(gültig ab: 27.08.2024 (Ausnahme: Absatz 4 Sätze 2 und 3 gültig ab: 01.01.2014)

öffentlich

Dritter Abschnitt: Leistungen

§ 6
Art und Umfang der Leistungen

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

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

2. bei Krankheit

   a) Krankenbehandlung, insbesondere

   - ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psycho-therapeutische Behandlung,
   - zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
   - Versorgung mit Arznei, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
   - Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
   - Soziotherapie,
   - Krankenhausbehandlung,
   - Zuschuss für ambulante und stationäre Hospizleistungen,
   - medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft,

   b) medizinische und ergänzende Leistungen der Rehabilitation, Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen,

   c) Krankengeld

3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft

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

4. Hilfe zur Familienplanung

5. Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch

6. Unterstützung bei Behandlungsfehlern

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

8. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.

§ 7
Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

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

§ 8
Leistungsausschluss

(1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 soll die AOK PLUS insbesondere dann verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens 12 Monaten liegt.

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

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

§ 9
Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

(1) Die AOK PLUS stellt Leistungen zur Primärprävention zur Verfügung, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom GKV-Spitzenverband gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfaden entsprechen. Diese Leistungen umfassen den individuellen Ansatz und den Settingansatz als Zugangsweg. Sie beinhalten insbesondere Handlungsfelder

a) des individuellen Ansatzes, welche sind:
Bewegungsgewohnheiten,
Ernährung,
Stressreduktion/ Entspannung,
Genuss- und Suchtmittelkonsum,

b) der betrieblichen Gesundheitsförderung, welche sind:
arbeitsbedingte körperliche Belastungen,
Betriebsverpflegung,
psychosozialer Stress,
Genuss- und Suchtmittelkonsum,

c) der nichtbetrieblichen Lebenswelten wie zum Beispiel Kindergärten, Schulen und Hochschulen.

(2) Ergänzend zur ärztlichen Therapie führt die AOK PLUS bei ausgewählten Störungen und Erkrankungen ihrer Versicherten individuelle und gruppenorientierte Interventionen durch. Ziel dieser Maßnahmen ist die Verkürzung der Krankheitsdauer sowie die Vermeidung bzw. die günstige Beeinflussung von chronischen Erkrankungen. Die Teilnahme an diesen Angeboten muss von einem Vertragsarzt verordnet werden. Die Krankheitsgruppen, für die derartige Maßnahmen durchgeführt werden, werden in Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt.

(3) Die AOK PLUS fördert Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, wenn diese die Prävention und Rehabilitation von solchen Krankheitsbildern zum Ziel haben, die in dem vom GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind. Die Förderung erfolgt im Rahmen der vom GKV-Spitzenverband unter Beteiligung von Vertretern der für die Wahrnehmung von Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen, gemeinsam und einheitlich beschlossenen Grundsätze, insbesondere durch Projektförderung, Zusammenarbeit, Unterstützung und Zuschüsse.

§ 10
Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

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

(2) Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder erhöht sich der Zuschuss nach Absatz 1 auf 25,00 EUR täglich.

(3) Die AOK PLUS übernimmt entsprechend der gesetzlichen Regelungen bei aus medizinischen Gründen erforderlichen Vorsorgeleistungen (§ 24 SGB V) oder aus medizinischen Gründen erforderlichen Leistungen der Rehabilitation (§ 41 SGB V) in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes, einer gleichartigen Einrichtung oder für Vater-Kind-Maßnahmen geeignete Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht, die Kosten. Die Leistungen können auch in Form einer Mutter/Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden.

(4) Neben den als Pflichtleistung gemäß § 20i Abs. 1 SGB V vorgesehenen Schutzimpfungen übernimmt die AOK PLUS als Zusatzleistungen die Kosten für Schutzimpfungen, soweit sie aufgrund besonderer vertraglicher Regelungen durch Vertragsärzte und/oder Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und/oder Betriebsärzte und/oder Fachärzte für Arbeitsmedizin und/oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, durchgeführt werden können. Satz 1 gilt auch für Apotheker, soweit diese zur Durchführung von Schutzimpfungen berechtigt sind.
Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Art und Umfang sowie Einschränkungen der Zusatzleistungen bestimmen sich nach den dazu getroffenen Vereinbarungen.

(5) Die AOK PLUS kann auch außer in den in § 20i Abs. 1 SGB V bzw. § 10 Abs. 4 der Satzung genannten Fällen die Kosten von Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten übernehmen oder Zuschüsse leisten, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind.

(6) Die AOK PLUS übernimmt die Kosten für die medikamentöse Malariaprophylaxe als Maßnahme der spezifischen Prophylaxe gemäß § 20i Absatz 2 SGB V. Dies umfasst entsprechend zugelassene und verschreibungspflichtige Arzneimittel, die wegen eines durch einen privaten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert und von den in Deutschland zuständigen Fachgesellschaften oder Behörden öffentlich empfohlen sind. Die Kosten werden im Rahmen der Kostenerstattung übernommen, sofern kein anderer Kostenträger für die Übernahme der Kosten zuständig ist.

§ 11
Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V

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

§ 11a
SchwangerschaftPLUS Paket

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

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

- zusätzliche Blutuntersuchungen (z. B. B-Streptokokken, Toxoplasmose (lgG und lgM), Mangelerscheinungen von Vitaminen und Spurenelementen),

- zusätzliche Ultraschalluntersuchungen (z. B. Dopplersonografie, weiterführende Ultraschallkontrolle),

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

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

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

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

d) Mehrkosten für alternative Zahnfüllungen

Wählen schwangere Versicherte im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Behandlung und Versorgung mit Zahnfüllungen eine über § 28 Abs. 2 S. 1 SGB V hinausgehende Versorgung können sie die Mehrkosten für Alternativfüllungen mit Kunststoffen, Keramik und Metalllegierungen beanspruchen, sofern sie nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sind.

e) Leistungen im Rahmen einer Hebammenrufbereitschaft
Versicherte, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme oder einen freiberuflich tätigen Entbindungspfleger in Anspruch nehmen, können die Erstattung der Kosten für die vertraglich vereinbarte Rufbereitschaft der Hebamme/des Entbindungspflegers, die ihnen in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen, verlangen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme / der Entbindungspfleger gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme / des Entbindungspflegers und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. Der Erstattungsbetrag ist auf 250 Euro begrenzt. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.

f) Teilnahme einer Begleitperson am Geburtsvorbereitungskurs
Schwangere Versicherte können als Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft die Erstattung von zusätzlichen Kosten beanspruchen, die ihnen dadurch entstehen, dass sie gemeinsam mit einer Begleitperson an einem Geburtsvorbereitungskurs durch eine(n) gemäß § 134a Absatz 2 SGB V zugelassene(n) oder gemäß § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte(n) Hebamme / Entbindungspfleger teilnehmen.

g) Nutzung digitaler Erweiterungsangebote
Nutzen schwangere Versicherte aufbauend auf den klassischen Geburtsvorbereitungskursen ein digitales Erweiterungsangebot (Onlinekurs) mit dem Ziel, erworbenes Wissen über alle relevanten Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nachhaltig zu festigen, können sie die Erstattung der Kosten hierfür beanspruchen. Voraussetzung ist, dass das Angebot von Hebammen/Entbindungspflegern unterbreitet wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sind und dass sich die digitalen Erweiterungsangebote am Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 SGB V - Anlage 1.2 „Leistungsbeschreibung zur Geburtsvorbereitung in der Gruppe“ orientieren. Kosten für die Teilnahme an weiteren Erweiterungsangeboten werden nicht erstattet.

(2) Unabhängig von Absatz 1 erhält die Versicherte nach der Geburt ihres Kindes eine Willkommensbox für das Baby, deren Inhalt darauf ausgerichtet ist, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Neugeborenen (§ 23 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) entgegen zu wirken.

§ 11b
Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für Kinder und Jugendliche vom vollendeten 12. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

(1) Versicherte der AOK PLUS, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, erhalten im Rahmen der Versorgung nach § 31 SGB V unabhängig vom Vorliegen von Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel. Die Verordnung dieser Arzneimittel erfolgt durch den Vertragsarzt auf Muster 16 der Anlage 2 (Vordruckvereinbarung) bzw. bei elektronischen Arzneimittelverordnungen auf Muster e16A der Anlage 2b (digitale Vordrucke) zum Bundesmantelvertrag der Ärzte und der zugehörigen Technischen Anlage zur elektronischen Arzneimittelverordnung.

(2) Von der Versorgung nach Absatz 1 sind Arzneimittel nicht umfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind.

(3) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1, Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

§ 11c
Kostenerstattung bei Vorsorgeleistungen zur Zahngesundheit

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

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

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

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

§ 11d
Sportmedizinische Vorsorge

(1) Versicherte der AOK PLUS können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Die sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung kann als Basisuntersuchung oder als erweiterte Untersuchung erbracht werden, wobei die Basisuntersuchung mindestens eine Erhebung eines internistisch-kardiologischen und orthopädischen Ganzkörperstatus, ein Ruhe-EKG sowie eine eingehende Beratung zur empfohlenen Sportart und richtigem Training zu umfassen hat.

(2) Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchung ein Belastungselektrokardiogramm erforderlich ist, können Versicherte der AOK PLUS anstelle einer Basisuntersuchung eine erweiterte Untersuchung in Anspruch nehmen. Diese hat mindestens die Erhebung eines internistisch-kardiologischen und orthopädischen Ganzkörperstatus, ein Belastungselektrokardiogramm sowie eine eingehende Beratung zur empfohlenen Sportart und richtigem Training zu umfassen. Ist nach ärztlicher Einschätzung ein Lungenfunktionstest erforderlich, kann die erweiterte Untersuchung um diesen ergänzt werden.

(3) Für die Inanspruchnahme der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung bei approbierten Ärzten, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen, erstattet die AOK PLUS 90 Prozent des Rechnungsbetrages; jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 und maximal 100 Euro pro Behandlung nach Absatz 2 Satz 2, jedoch nicht mehr als 120 Euro pro Behandlung nach Absatz 2 insgesamt. Erstattungen nach Absatz 1 oder Absatz 2 können nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Durchführung einer sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung nach dieser Satzung beansprucht werden, für die bereits eine Erstattung erfolgt ist.

(4) § 13 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt.

§ 11e
Mehrleistungen Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) Die AOK PLUS 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 Digitale Gesundheitsanwendungen einen Betrag von 300,00 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:

a. die Digitalen Gesundheitsanwendungen wurden in das Verzeichnis erstattungsfähiger Digitaler Gesundheitsanwendungen der AOK PLUS (DiGA PLUS-Verzeichnis) aufgenommen und erfüllen die dort festgelegten Voraussetzungen,
b. die Anwendung der Digitalen Gesundheitsanwendung durch den Versicherten erfolgt für die medizinische Indikation, für die diese bestimmt ist und es liegen keine der für die Digitale Gesundheitsanwendung geregelten Ausschlusskriterien beim Versicherten vor,
c. es werden die tatsächlich entstandenen Kosten nachgewiesen und
d. die Versicherten mit der sicheren Anwendung der Digitalen Gesundheitsanwendung vertraut.

(3) In das DiGA PLUS-Verzeichnis nach Absatz 2 Buchstabe a. können ausschließlich solche Digitalen Gesundheitsanwendungen im Sinne des Absatz 1 aufgenommen werden, die nachfolgende Voraussetzungen erfüllen:

a. die Digitalen Gesundheitsanwendungen sind nicht bereits Bestandteil des Verzeichnisses nach § 139e SGB V,
b. es handelt sich um zulässige Medizinprodukte nach der europäischen Medizinprodukte-Verordnung (Verordnung (EU) 2017/745),
c. die hinreichende Produktsicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität sind nachgewiesen,
d. es beinhaltet nicht ausschließlich oder im Wesentlichen versicherungsfremde oder ausgeschlossene Leistungen und
e. die anwendbaren Bestimmungen des Datenschutzes und der Datensicherheit sind eingehalten.

(4) Das DiGA PLUS-Verzeichnis soll Angaben enthalten

a. über die Gewichtung der Mehrkosten,
b. über die Erforderlichkeit einer ärztlichen Verordnung oder Empfehlung des Leistungserbringers sowie
c. für welche Anwendungsfälle eine Kostenübernahme erfolgen kann. Dabei werden die Erkrankungen mit speziellen international anerkannten ICD-Codes näher definiert.

Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in das Verzeichnis besteht nicht.

§ 11f
Osteopathie

(1) Versicherte der AOK PLUS können auf Grund einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem berufsrechtlich befugten Leistungserbringer durchgeführt wird, der aufgrund seiner Qualifikation Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen bzw. zur Aufnahme in das Therapeutenverzeichnis des Verbandes berechtigt.

(2) Die AOK PLUS übernimmt die kalenderjährlichen Kosten für maximal drei Sitzungen je Versicherten in Höhe von jeweils 90 Prozent des Rechnungsbetrages, max. jedoch 60 EUR pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

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

(1) Die AOK PLUS bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von Verträgen mit der Kassenärztlichen Vereinigung für den Freistaat Thüringen bzw. den Freistaat Sachsen als zusätzliche Präventionsangebote die Vorsorgeuntersuchungen U 10, U 11 und J 2 nach Maßgabe der folgenden Regelungen an.

(2) Der Anspruch auf die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen besteht für bei der AOK PLUS versicherte Kinder und Jugendliche in folgenden Altersgruppen:
- von 7 bis 8 Jahren für die U 10,
- von 9 bis 10 Jahren für die U 11,
- von 16 bis 17 Jahren die J 2.

(3) Die nach dieser Regelung durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen dienen der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen in nicht geringfügigem Maße gefährden.

Folgende Leistungen sind Bestandteil dieser Regelung:

U 10 – im Alter von 7 bis 8 Jahren

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

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

U 11 – im Alter von 9 bis 10 Jahren

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

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

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

J 2 – im Alter von 16 bis 17 Jahren

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

- Erkennen und Behandlungseinleitung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, sowie Sozialisations- und Verhaltensstörungen,
- Erkennen und Behandlungseinleitung bei Haltungsstörungen, Kropfbildung,
- Diabetes-Vorsorge,
- Beratung zur Berufswahl bei vorliegenden Allergien und gesundheitlichen Störungen,
- Beratung und Aufklärung der Anspruchsberechtigten ggf. der Eltern zu den Ergebnissen der Untersuchung,
- Dokumentation der Ergebnisse in der Patientenakte.

(4) Die Versicherten erhalten diese Leistungen von den aufgrund der Verträge berechtigten Vertragsärztinnen, Vertragsärzten oder zugelassenen Einrichtungen als Sachleistung nach näherer Maßgabe der Verträge.

§ 11h
Mehrleistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung

(1) Die AOK PLUS übernimmt für ihre Versicherten unter den Voraussetzungen der Absätze 4 und 5 zusätzlich zu den gemäß § 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V von der AOK PLUS genehmigten Behandlungskosten weitere 25 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Leistungen der künstlichen Befruchtung.

(2) Die AOK PLUS übernimmt für ihre männlichen Versicherten unter den Voraussetzungen der Absätze 4 und 5 eine im Zusammenhang mit einer Maßnahme der künstlichen Befruchtung medizinisch erforderliche testikuläre Spermienextraktion (TESE) zur Gewinnung des Spermas.

(3) Die AOK PLUS übernimmt für ihre weiblichen Versicherten, die bei Antragstellung bereits das 35. Lebensjahr überschritten haben, unter den Voraussetzungen der Absätze 4 und 5 zur Erhöhung der Schwangerschaftsrate Leistungen des Assisted Hatching

- bei bisher erfolgloser IVF bzw. erfolglosem ICSI-Versuch trotz Erfolg versprechender Embryonen oder
- bei einer messbar verdickten Zona pellucida oder
- bei Embryonen nach Kryokonservierung von Eizellen oder Vorkernzellen bei Krebserkrankung der Frau.

(4) Die Versicherten erhalten die Leistung der Absätze 1 bis 3 entweder auf der Grundlage eines Vertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung für den Freistaat Thüringen oder mit der Kassenärztlichen Vereinigung für den Freistaat Sachsen von den aufgrund der Verträge berechtigten Vertragsärztinnen, Vertragsärzten oder zugelassenen Einrichtungen als Sachleistung. Art, Umfang und Dauer der Leistungen bestimmen sich nach dem genehmigten Behandlungsplan und der jeweils für den Vertragsarzt geltenden Vereinbarung und sind der Höhe nach auf die dort vereinbarte Vergütung beschränkt. Die Leistungen können nur im Geltungsbereich und unter Einhaltung des deutschen Embryonenschutzgesetzes beansprucht werden.

(5) Versicherte der AOK PLUS, denen eine Leistungsinanspruchnahme als Sachleistungen gemäß Absatz 4 nicht möglich ist, erhalten anstelle der den Absätzen 1 bis 4 entsprechenden Sachleistungen für die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt, einer Vertragsärztin oder zugelassenen Einrichtung einen Zuschuss maximal in Höhe der jeweils gemäß Absatz 4 vereinbarten Sachleistungsvergütung.

Ist für den KV-Bezirk des Vertragsarztes, der Vertragsärztin oder behandelnden Einrichtung kein Vertrag im Sinne des Absatzes 4 abgeschlossen, beträgt der Zuschuss für die Leistung nach Absatz 2 maximal 300,00 EUR und für die nach Absatz 3 maximal 200,00 EUR.

Die Versicherten erhalten den Zuschuss in Form einer Kostenerstattung auf Grundlage des genehmigten Behandlungsplanes und dem Nachweis der tatsächlich entstandenen Kosten.

§ 11i
Erweiterte Diabetes-Vorsorge im Zusammenhang mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene („Check-up PLUS“)

(1) Zusätzlich und zeitgleich zu jeder gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene bietet die AOK PLUS ihren Versicherten auf der Grundlage von Verträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen für den Freistaat Sachsen bzw. den Freistaat Thüringen erweiterte Leistungen zur Diabetes-Vorsorge an. Hierzu gehören eine spezielle Risikoanalyse durch ärztliche Auswertung des Risikoselbsterhebungsbogens, die Bestimmung des Taillenumfanges, die Bestimmung des Serum-Kreatinin-Wertes sowie weiterer Laborparameter, soweit diese in Auswertung der Risikoanalyse nach ärztlicher Einschätzung erforderlich sind. Ziel ist es, durch Auswertung der erhobenen Parameter bei einem Diabetes-Risiko bzw. einer bisher unentdeckten Diabetes-Erkrankung frühzeitig präventive oder kurative Maßnahmen einzuleiten, um Folgeerkrankungen zu verhindern.

(2) Anspruchsberechtigt sind Versicherte der AOK PLUS, soweit

- sie Anspruch auf die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V haben,
- zum Zeitpunkt der Durchführung der erweiterten Diabetes-Vorsorge noch kein Diabetes mellitus (ICD-10-Codierung E10 - E14) diagnostiziert ist und
- sie das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Die Versicherten erhalten diese zusätzlichen Leistungen nach Maßgabe der Verträge zur Diabetes-Vorsorge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen und Thüringen von Vertragsärztinnen und -ärzten, die zur Durchführung der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732) gemäß § 25 Abs. 1 SGB V berechtigt sind und ihren Kassenarztsitz im Freistaat Sachsen bzw. im Freistaat Thüringen haben. Die Einzelheiten regeln die Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen.

§ 11j
Hautkrebsvorsorge „Ganzkörperuntersuchung Haut-Check“

(1) Versicherte der AOK PLUS ab dem vollendeten 14. Lebensjahr bis zum Alter von 34 Jahren können in jedem zweiten Kalenderjahr an der Hautkrebsvorsorge „Ganzkörperuntersuchung Haut-Check“ teilnehmen. Die Hautkrebsvorsorge umfasst die Hauttypbestimmung, die vollständige Untersuchung der Haut, bei ärztlich festgestellter Erforderlichkeit auch durch Auflichtmikroskopie sowie die gesundheitspädagogische Beratung zum Hauttyp mit einer gezielten Aufklärung über die Risiken von UV-Strahlung.

(2) Die Versicherten erhalten diese Leistungen von den aufgrund der Verträge berechtigten Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder zugelassenen Einrichtungen, in denen solche Vertragsärzte sind, als Sachleistung nach näherer Maßgabe der Verträge, welche zwischen der AOK PLUS und der Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen bzw. Thüringen geschlossen wurden.

§ 11k
Erweiterte Darmkrebsvorsorge bei Risikofaktoren

Soweit bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder eine drohende Erkrankung hinweisen, beteiligt sich die AOK PLUS im Einzelfall über den gesetzlichen Anspruch nach § 23 SGB V hinaus gegen Vorlage einer spezifizierten Rechnung unter Bezeichnung der vorliegenden Risikofaktoren an folgenden, von Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Ärzten durchgeführten oder entsprechend veranlassten Darmkrebsvorsorgeleistungen:

- Stuhltest zur Darmkrebsvorsorge für Versicherte in der Altersgruppe 40 bis 49 Jahre alle zwei Jahre; erstattet werden die tatsächlichen Kosten, maximal 50 EUR, bei Risikofaktoren wie ein erhöhtes familiäres Risiko auf Darmkrebs.

- Früherkennungskoloskopie für Versicherte in der Altersgruppe 40 bis 49 Jahre, alle fünf Jahre; erstattet werden die tatsächlichen Kosten, maximal 200 EUR, bei Risikofaktoren wie ein erhöhtes familiäres Risiko auf Darmkrebs.

§ 11l
Kopfkorrekturorthesen für Säuglinge

(1) Um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, übernimmt die AOK PLUS die Kosten für die Versorgung mit Kopfkorrekturorthesen zur Behandlung von schweren lagerungsbedingten nicht-synostotischen Schädelasymmetrien bei Säuglingen einmalig in Höhe von bis zu 1.400 EUR (brutto). Das Hilfsmittel hat den nach dem Stand der Medizin anzulegenden Qualitätsanforderungen zu entsprechen.

(2) Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nach Absatz 1 sind, dass

- eine ärztliche Verordnung/Klinikempfehlung durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung/Fachklinik, einen Facharzt für Orthopädie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin vorliegt,
- die Versicherten bei Behandlungsbeginn grundsätzlich zwischen sechs und neun Monate alt sind und eine schwere lagerungsbedingte nicht-synostotische Schädelasymmetrie aufweisen, die regelmäßig bei Werten von CVA mindestens 12 mm, CVAI mindestens 3,5 % oder CI mindestens 85 % anzunehmen ist,
- konservative Behandlungsmethoden in Form von permanentem Lagerungswechsel (Lagerungstherapie) und spezieller Physiotherapie ohne Erfolg durchgeführt wurden oder aus medizinischen Gründen nicht erfolgversprechend sind,
- vor Beginn der Therapie ein Leistungsantrag gestellt und von der AOK PLUS genehmigt wird.

§ 12
Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

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

1. nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushaltes wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von sechs Wochen oder

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

Liegen zugleich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 38 Abs. 1 SGB V vor, gehen diese Leistungen den Leistungen nach Satz 1 vor und sind bei der Anspruchshöchstdauer nach Satz 1 zu berücksichtigen. Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten schließt Haushaltshilfe nach Satz 1 zur Versorgung des Kindes nicht aus.

§ 13
Sonderregelungen bei Krankengeld

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

a) bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Lohnausfall gezahlt,

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

§ 14
Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

(1) Die AOK PLUS 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 Sachleistungen umfassen eigene Angebote und solche von Dritten, mit denen die AOK PLUS Verträge geschlossen hat.

§ 15
Kostenerstattung

(1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden. Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer ist möglich, wenn die AOK PLUS zuvor zugestimmt hat.

(2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK PLUS unter Verwendung des dafür bereitgestellten Vordruckes. Die gewählte Kostenerstattung beginnt frühestens mit dessen Zugang und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung oder aufgrund der Erklärung vergleichbaren Handelns, insbesondere durch Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte für den Leistungsbereich der gewählten Kostenerstattung. Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen.

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

(4) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 Prozent zu mindern. Die AOK PLUS kann bei Kostenerstattungsanträgen nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V, deren Rechnungsbetrag 100,00 EUR nicht übersteigt, pauschal 70 v. H. des Rechnungsbetrags erstatten.

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

(6) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zu Grunde gelegt.

§ 16
Teilkostenerstattung

(1) Für freiwillig versicherte Angestellte der AOK PLUS, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind (DO-Angestellte), besteht die Möglichkeit, eine Teilkostenerstattung nach § 14 Absatz 2 SGB V zu wählen. Diese wird bei der AOK PLUS als Teilkostenversicherung durchgeführt.

(2) Die Wahl ist schriftlich zu erklären; sie wirkt bis zum Ablauf des Jahres, das dem der Erklärung nachfolgt und gilt zugleich als Entscheidung für den Wahltarif bei Teilkostenversicherung nach § 16a. Die Geltungsdauer der Erklärung verlängert sich um jeweils ein Kalenderjahr, wenn bis zum Ablauf des jeweiligen Zeitraumes keine gegenteilige Erklärung vorliegt. Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.

(3) Bei der Teilkostenversicherung gilt für Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld der ermäßigte Beitragssatz; für Renten, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen der allgemeine Beitragssatz. Die Beitragsberechnung erfolgt nach den Grundsätzen des SGB V und unter Berücksichtigung des Zusatzbeitrages nach § 22.

(4) Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend auch für DO-Angestellte, die beim AOK-Bundesverband oder einem anderen AOK-Verband beschäftigt sind sowie für Versorgungsempfänger und freiwillig versicherte Hinterbliebene der DO-Angestellten und Versorgungsempfänger.

§ 16a
Wahltarif bei Teilkostenversicherung

(1) Den Mitgliedern im Wahltarif Teilkostenversicherung nach § 53 Absatz 7 SGB V wird entsprechend der Leistungsbeschränkung monatlich eine Prämie gezahlt (§ 53 Absatz 7 und 8 SGB V).

(2) Die Leistungsbeschränkung bemisst sich nach dem jeweils maßgeblichen Vomhundertsatz des individuellen Beihilfebemessungssatzes des Mitglieds nach § 57 der SächsBhVO.

(3) Grundlage für die Prämie ist der monatliche Beitrag. Die Prämienzahlung wird mit dem vom Mitglied zu entrichtenden monatlichen Beitrag verrechnet.

(4) Bei Änderungen des individuellen Beihilfebemessungssatzes gemäß § 57 Absatz 2 SächsBhVO wird die Prämie in Höhe und Zeitpunkt entsprechend angepasst. Erhöht sich der Bemessungssatz, ändert sich die Prämie mit Beginn des Monats, sinkt er, ändert sich die Prämie mit dem Folgemonat. Tatsachen, die zu einer Änderung des fiktiven Beihilfebemessungssatzes führen, hat das Mitglied unverzüglich mitzuteilen.

§ 17
Modellvorhaben nach den §§ 63 ff. SGB V

(1) Die AOK PLUS kann zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, zur Krankenbehandlung sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft Modellvorhaben auf der Grundlage von §§ 63 ff. SGB V vereinbaren.

§ 18
Wahltarife nach § 53 SGB V

(1) Die AOK PLUS bietet Mitgliedern und Versicherten Wahltarife gemäß § 53 SGB V an.

(2) Die Einzelheiten und besonderen Bedingungen richten sich nach den §§ 16a und 18a ff. dieser Satzung.

§ 18a
Wahltarif „AOK PLUS aktiv“

(1) Die AOK PLUS bietet einen Wahltarif „AOK PLUS aktiv“ nach § 53 Abs. 1 SGB V an. Der Wahltarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils eine Prämie sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben.

(2) Mitglieder erklären schriftlich, elektronisch oder in textlicher Form die Wahl des Wahltarifes „AOK PLUS aktiv“. Die Erklärung zur Wahl des Tarifs kann auch unter Nutzung des Onlineangebots abgegeben werden. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Tarif und den Bonusprogrammen nach § 19a und § 19b dieser Satzung ist nicht möglich. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. Werden Mitgliedsbeiträge während der Geltungsdauer des Wahltarifes „AOK PLUS aktiv“ vorübergehend vollständig von Dritten getragen oder wird die Mitgliedschaft vorübergehend unterbrochen, ruht der Wahltarif solange. Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Wahltarif „AOK PLUS aktiv“ abweichend von Satz 5 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.

(3) Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen eine Prämie erhalten. Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen durch Selbstauskunft. Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt im jeweiligen Kalenderjahr zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse. Der Wechsel der Tarifklasse bewirkt keine Verlängerung der Bindungsfrist gemäß § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V. Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen.

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

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

(4) Die AOK PLUS hat den Unterschiedsbetrag von Prämie und Selbstbehalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Ist die Prämie höher als die Summe der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Ist die Summe der Selbstbehalte höher als die Prämie, ist der Unterschiedsbetrag 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK PLUS fällig. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich die Prämie und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.

§ 18 b
- nicht belegt -

§ 18c
- nicht belegt -

§ 18d
- nicht belegt -

§ 18e
- nicht belegt -

§ 18f
Krankengeld-Wahltarif

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

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

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

3. nach dem KSVG versicherte Künstler und Publizisten.

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

(2) Die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes nach § 53 Abs. 6 SGB V bedarf der Schriftform. Diese Wahlerklärung wirkt zum Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie mit der Beitrittserklärung spätestens zum Beginn der Mitgliedschaft abgegeben wird, ansonsten jeweils vom Beginn des, auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats an, es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt. Die Wahlerklärung wirkt rückwirkend ab Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis bzw. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 innerhalb der Frist nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

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

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

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

(4) Das Wahltarif-Krankengeld

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

2. wird in der Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V und § 13 dieser Satzung berechnet,

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

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

(5) Die Prämie beträgt für die Tarifausprägung:

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

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

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

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

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

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

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

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

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

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

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

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

4. sofern Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

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

dieser Vorschrift nichts Abweichendes geregelt ist; § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gilt nicht für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige in der Tarifausprägung KG 22.

(8) Für die in Absatz 1 Nr. 1 und 3 genannten Mitglieder besteht kein Krankengeldanspruch, wenn Arbeitsunfähigkeit in den ersten drei Monaten der Teilnahme am Krankengeld-Wahltarif eintritt. Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. Satz 1 gilt nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden, der nach Antragstellung eingetreten ist.

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

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

(11) Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich. Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:

1. bei Erhalt von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II,

2. bei Erhalt von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,

3. bei Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung nach § 802c ZPO,

4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3 a SGB V.

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

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

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

2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,

3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung 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 Tarifes bekannt gegeben wird,

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

7. durch Tod.

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

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

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

(1) Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen der AOK PLUS nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, können diese Versorgungsform gleichzeitig als Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V wählen. Teilnehmer an den besonderen Versorgungsformen erhalten Qualitätsvorteile und, soweit im einzelnen Versorgungsprogramm vorgesehen, für die Durchführung von Maßnahmen bzw. die Erreichung oder das Halten der im jeweiligen Versorgungsprodukt definierten Ziele, eine Prämie.

(2) Soweit bei der hausarztzentrierten Versorgung Einsparungen und Effizienzsteigerungen zu erwarten sind, die die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen, erhalten teilnehmende Versicherte für die Dauer ihrer Teilnahme an der HzV eine Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung.

§ 19
Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Versicherte erhalten für ein gesundheitsbewusstes Verhalten Boni im Sinne von § 65a Absätze 1 und 1a SGB V. Darüber hinaus können Arbeitgeber und Versicherte Boni nach § 65a Abs. 2 SGB V beanspruchen.

§ 19a
Bonusprogramm

(1) Die AOK PLUS bietet ihren Versicherten ein Bonusprogramm, das ab vollendetem 15. Lebensjahr in elektronischer Form (papierlos) oder sonst in Papierform durchgeführt werden kann. Versicherte bzw. deren gesetzliche Vertreter erklären die Teilnahme am Bonusprogramm. Die Teilnahme beginnt mit Zugang der Erklärung bei der AOK PLUS oder zu den von den Versicherten gewählten, in der Zukunft liegenden Zeitpunkten. Der Erklärung steht es gleich, wenn für die Inanspruchnahme von Boni nach den Absätzen 2 und 3 fristgerecht Nachweise eingereicht werden.

(2) Den Teilnehmern werden Bonuspunkte gewährt, wenn sie im Kalenderjahr ihrer Teilnahme nachfolgend genannte Leistungen und Maßnahmen nach § 65a Absatz 1 SGB V in Anspruch genommen haben:

a) je empfohlener Schutzimpfung nach § 20i Abs. 1 SGB V oder § 20i Abs. 3 SGBV (500),

b) die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V (500),

c) eine empfohlene Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 SGB V (500),

d) Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach § 26 Abs. 1 SGB V i.V.m der entsprechenden Richtlinie des GBA

- für U1 bis U3 (nur vollständige Inanspruchnahme aller drei Untersuchungen 1.500),
- für jede weitere U-Untersuchung (500),
- für die Untersuchung zur Früherkennung von Zahn- Mund und Kieferkrankheiten (500)
- für das Neugeborenen-Hörscreening (500)

e) Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen nach § 26 Abs. 1 SGB V i.V.m. der entsprechenden Richtlinie des GBA (500)

(3) Den Teilnehmern werden Bonuspunkte gewährt, wenn sie im Kalenderjahr ihrer Teilnahme nachfolgend genannte Leistungen und Maßnahmen nach § 65a Absatz 1a SGB V in Anspruch genommen haben:

a) zusätzliche Schutzimpfungen nach § 10 Abs. 4 und 5 der Satzung mit Ausnahme solcher, die anlässlich eines urlaubsbedingten Auslandsaufenthaltes (Reiseschutzimpfungen) in Anspruch genommen werden, (500)

b) Zahnvorsorgeuntersuchung nach § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nur bei Inanspruchnahme beider halbjährlichen Untersuchungen (500),
- ab vollendetem 18. Lebensjahr jährlich (500),

c) eine professionelle Zahnreinigung oder eine professionelle Zahnreinigung für Multibrackets (§ 11c Satzung), (500)

d) Untersuchung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge einmalig (500)

e) Teilnahme an einem Nichtraucherkurs, (500)

f) eine Eignungs-/ Tauglichkeitsuntersuchung, (500)

g) die Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchung U10, U11, J2 nach § 11g Satzung, (je 500)

h) eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung, um kardiale und orthopädische Erkrankungen zu verhüten, frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Eine ärztliche Bescheinigung durch einen zugelassenen Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ ist notwendig, (500)

i) nach § 11j der Satzung vorgesehene Ganzkörperuntersuchung Hautcheck (500)

j) aktive Teilnahme an einer Sportveranstaltung, (500)

k) Ablegen eines Sportabzeichens, (500)

l) eine Mitgliedschaft in einem Sportverein oder die Teilnahme am Hochschul-/ Betriebssport, (1.000)

m) eine Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio, (1.000)

n) der Erwerb eines Fitnesstrackers zur sportlichen Betätigung, (1.000)

o) Knochenmarktypisierung (1.000),

p) eine Blutspende. (1.000)

(4) Teilnehmer ab vollendetem 15. Lebensjahr, welche die für das Bonusprogramm von der AOK PLUS bereit gestellte elektronische Anwendung (App) über ihr eigenes Smartphone nutzen, erhalten auf der Grundlage von § 65a Abs. 1 a SGB V zusätzlich ab Teilnahmebeginn zu den in den Absätzen 2 und 3 aufgeführten Leistungen und Maßnahmen für einzelne sportliche Aktivitäten zur Förderung ihres gesundheitsbewussten Verhaltens weitere 50 Bonuspunkte je Aktivität. Diese sportlichen Aktivitäten werden durch Qualitätssicherungsmaßnahmen der AOK PLUS begleitet. Voraussetzung ist, dass sie

- einen Kalorienverbrauch von 150 kcal in mindestens 30 Minuten oder
- eine durchschnittliche Herzfrequenz von 120 Schlägen/Minute über einen Zeitraum von mindestens 30 Minuten oder
- 10.000 Schritte pro Tag

nachweisen. Der Nachweis erfolgt durch automatische Messung mit geeigneten eigenen Fitnesstrackern und/oder Apps, welche die erforderlichen Daten an die für das Bonusprogramm von der AOK PLUS bereit gestellte elektronische Anwendung (App) kompatiblen und an diese angebundenen Fitness-Apps zeitnah nach jeder sportlichen Aktivität übertragen. Es werden maximal eine Aktivität am Kalendertag und höchstens 15 Aktivitäten im Kalendermonat anerkannt.

(5) Auf der Grundlage von § 65a Abs. 1a SGB V können Teilnehmer ab vollendetem 18. Lebensjahr, welche die für das Bonusprogramm von der AOK PLUS bereit gestellte

elektronische Anwendung (App) über ihr eigenes Smartphone nutzen, für die Verwirklichung eines Gesundheitsziels innerhalb einer Laufzeit von bis zu 90 Tagen zusätzlich 1.500 Bonuspunkte erhalten. Pro Kalenderjahr haben Teilnehmer grundsätzlich die Möglichkeit bis zu vier von der AOK PLUS vorgegebene Gesundheitsziele nacheinander zu wählen. Ein Anspruch auf rechtzeitige Zielvorgabe besteht nicht. Die Bonuspunkte werden gewährt, wenn Teilnehmer zur Förderung ihres gesundheitsbewussten Verhaltens mindestens 80 v.H. jeder für das Gesundheitsziel notwendigen, von der AOK PLUS qualitätsgesicherten Aufgaben (Challenges), erfüllen. Für einige Aufgaben ist ein eigener Fitnesstracker erforderlich. Die Aufgaben werden an das jeweilige Leistungsniveau der Teilnehmer angepasst und sind in drei Anforderungsstufen verfügbar (leicht, mittel, schwer). Das Leistungsniveau wird über einen Fragenkatalog sowie den Ergebnissen aus mehreren kurzen Übungen ermittelt. Der hieraus ermittelte Wert legt fest, in welchem Leistungsniveau Teilnehmer eingeordnet werden. Der Nachweis über die erfolgreich absolvierten Aufgaben erfolgt über die von der AOK PLUS hierfür bereit gestellte elektronische Anwendung (App).

(6) Die Inanspruchnahme der Leistungen und Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3 haben die Teilnehmer in elektronischer Form oder in anderer geeigneter Weise, insbesondere durch Übersendung des ausgefüllten Bonusheftes, nachzuweisen. Nachweise sind bis zum 31.03. des Folgejahres zu übermitteln, damit die Bonuspunkte für das vergangene Kalenderjahr gutgeschrieben werden können. Gesammelte Bonuspunkte können in die Folgejahre übertragen werden.

(7) Der Bonus wird als Geldbonus gewährt. Eine Auszahlung ist jederzeit ab einem Wert von 500 Bonuspunkten möglich. 100 Bonuspunkte entsprechen 1,00 Euro. Versicherte können alternativ zum Geldbonus Zuschüsse für ab 01.01.2023 selbst in Anspruch genommenen Leistungen mit einem besonderen Gesundheitsbezug (PLUS Leistungen) erhalten, sofern diese im Verzeichnis über erstattungsfähige Leistungen (PLUS Leistungsverzeichnis) aufgeführt sind. Berücksichtigt wird jede zuschussfähige PLUS Leistung nur einmal, auch wenn mit dem Zuschuss die Kosten hierfür nicht vollständig erstattet wurden. Die Kosten der genannten PLUS Leistungen sind durch entsprechende Belege nachzuweisen. 100 Bonuspunkte entsprechen hierbei 2,00 EUR. Bei Kosten unterhalb dieses Zuschusses werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet.

(8) Die Teilnahme am Bonusprogramm können Versicherte jederzeit zum Ablauf des Kalenderjahres kündigen. Im Falle des begründeten Verdachts der missbräuchlichen Nutzung der von der AOK PLUS bereit gestellten elektronischen Anwendung (App) und/oder der Fitnesstracker bzw. der zur Verfügung stehenden Abwicklungsprozesse, insbesondere durch Manipulation aufgrund falscher Angaben, Übermittlung ungeeigneter Nachweise unter Verstoß gegen diese Satzung und die Teilnahmebedingungen, können Teilnehmer von der weiteren Teilnahme am Bonusprogramm in elektronischer Form und/oder von der Bonifizierung von Aktivitäten nach den Absätzen 4 und 5 mit sofortiger Wirkung für die weitere Dauer von drei Kalenderjahren ausgeschlossen werden. Die Inanspruchnahme bonifizierbarer Leistungen nach den Absätzen 2 und 3 haben sie dann unter Vorlage geeigneter Urkunden insbesondere des Bonusheftes nachzuweisen. Vor dem Ausschluss sind sie zu hören. Im Übrigen endet die Teilnahme am Bonusprogramm mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses zur AOK PLUS.

(9) Die Teilnahme an diesem Bonusprogramm schließt die gleichzeitige Teilnahme am Wahltarif „AOK PLUS aktiv“ aus.

(10) Ansprüche aus diesem Bonusprogramm dürfen weder verpfändet noch abgetreten werden. Eine Rechtsnachfolge findet nicht statt.

§ 19b
Bonusprogramm „AOK PLUS pro junior“

(1) Versicherte können höchstens bis zum 31.12.2022 am Bonusprogramm „AOK PLUS pro junior“ in einer Sammlergruppe, bestehend aus einem bei der AOK PLUS versicherten minderjährigen Kind, welches das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und ein bis zwei volljährigen Versicherten der AOK PLUS teilnehmen. Die Sammlergruppe besteht neben dem oben genannten minderjährigen Kind aus mindestens einem volljährigen Versicherten der AOK PLUS. Jeder Teilnehmer sammelt Boni auf einem Konto. Anspruch auf die Boni hat ausschließlich das Kind. Die Teilnahme ist freiwillig und kommt durch Einschreibung, beim Kind mit schriftlicher Einwilligung des Sorgeberechtigten, zustande. Jeder Versicherte kann zeitgleich nur einmal am AOK PLUS Bonusprogramm oder am Bonusprogramm AOK PLUS pro junior teilnehmen. Im Rahmen einer Sammlergemeinschaft können ein bis zwei volljährige Versicherte in mehreren Sammlergruppen mitsammeln. Eine Übertragung der Boni auf Kinder anderer Sammler-Gemeinschaften, an denen keine Teilnahme besteht, ist nicht zulässig.

(2) Teilnehmer erhalten einen Gesundheitsbonus, wenn sie im Kalenderjahr ihrer Teilnahme nachfolgend genannte Leistungen und Maßnahmen nach § 65a Absatz 1 SGB V in Anspruch genommen haben:

a. Leistungen zur Früherkennung nach §§ 25, 25a und § 26 SGB V,
b. öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (500) sowie je Grundimmunisierung und empfohlener Auffrischimpfung nach § 20i Abs.3 SGB V jeweils (500)

(3) Teilnehmer erhalten einen Gesundheitsbonus, wenn sie im Kalenderjahr ihrer Teilnahme nachfolgend genannte Leistungen und Maßnahmen nach § 65a Absatz 1a SGB V in Anspruch genommen haben:

a. Maßnahmen zur Zahnvorsorge nach § 21 und § 22 SGB V,
b. für den Nachweis gesunder Lebensweise durch Teilnahme an qualitätsgesicherten Leistungen der AOK und ihrer Kooperationspartner zur primären Prävention,
c. sonstige gesundheitsfördernde Maßnahmen.

(4) Die Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3 weisen die Teilnehmer durch entsprechende Bestätigungen und Leistungsabzeichen bis 28.02.2023 nach. Die Anrechnung von Maßnahmen erfolgt frühestens für das Kalenderjahr der Einschreibung.

(5) Die Bonifizierung der Maßnahmen erfolgt in Euro. Maximal können pro Sammlergruppe (Kind; Mitsammler) 120 Euro Gesundheitsbonus kalenderjährlich gutgeschrieben werden. Zusätzlich erhält jedes Kind einen Treuebonus, wenn in den letzten drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren jährlich durch das Kind mindestens zwei Maßnahmen nach den Absätzen 2 und/oder 3 nachgewiesen werden. Die Höhe des Treuebonus ist wie folgt gestaffelt und wird jeweils dem Konto des Kindes gutschrieben:

- nach 3 Teilnahmejahren: 40 Euro,
- nach 6 Teilnahmejahren: 60 Euro,
- nach 9 Teilnahmejahren: 80 Euro,
- nach 12 Teilnahmejahren: 100 Euro,
- nach 15 Teilnahmejahren: 140 Euro,
- nach 18 Teilnahmejahren: 300 Euro.

Kinder, deren Teilnahme im 17. Lebensjahr beginnt, erhalten einen Treuebonus mit Vollendung des 18. Lebensjahres in Höhe von 40 Euro, wenn jeweils mindestens zwei Maßnahmen nach den Absätzen 2 und/oder 3 für das Jahr vor der Teilnahme sowie ab dem Jahr der Teilnahme jährlich nachgewiesen werden. Besteht die Sammlergemeinschaft aus mehreren Sammlergruppen, werden die von den Mitsammlern erworbenen Boni den Kindern zu gleichen Teilen zugeordnet. Werden innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Jahren keine Nachweise für Maßnahmen der Absätze 2 und/ oder 3 erbracht, verfällt der gesamte bis dahin erworbene Treuebonus. Scheidet ein anspruchsberechtigtes Kind vor Vollendung des 18. Lebensjahres aus dem Bonusprogramm aus, verfällt sein bis dahin erworbener Treuebonus ebenfalls. Dies gilt nicht, sofern die Teilnahme des Kindes nach Abs. 9 endet. Das Nähere, insbesondere den Wert der Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3, regeln die Teilnahmebedingungen.

(6) Die Auszahlung der Boni erfolgt frühestens nach einer Mindestlaufzeit des Kontos von drei Jahren, mit Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes oder nach Beendigung dieses Bonusprogramms zum 31.12.2022. Der auszuzahlende Betrag wird zum 30.06.2023 fällig.

(7) Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Bonusprogramm und am Wahltarif nach § 18a und dem Bonusprogramm nach § 19a dieser Satzung ist nicht möglich.

(8) Die Teilnahme am Bonusprogramm „AOK PLUS pro junior“ kann jederzeit ohne Angabe von Gründen zum Monatsende gekündigt werden. Die Teilnahme des Kindes endet außerdem:

- bei Ende seiner Versicherung in der AOK PLUS,
- bei der Auszahlung der Boni,
- wenn innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Jahren keine Nachweise für Maßnahmen gemäß Absatz 2 und/oder 3 erbracht werden,
- bei Versicherungsunterbrechungen von mehr als sechs Monaten sowie
- mit Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes.

Die Teilnahme der volljährigen Versicherten endet

- bei Kündigung ihrer Versicherung bei der AOK PLUS,
- wenn kein Kind mehr an der Sammlergruppe teilnimmt,
- bei der Auszahlung der Boni,
- wenn innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Jahren keine Nachweise für Maßnahmen gemäß Absatz 2 und/oder 3 erbracht werden sowie
- bei Versicherungsunterbrechungen von mehr als sechs Monaten.

(9) Dieses Bonusprogramm endet verbindlich für alle Teilnehmer zum 31.12.2022.

§ 19c
Gesundheitsbonus für Arbeitgeber

(1) Arbeitgeber, die mit der AOK PLUS im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V eine Kooperationsvereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF-Kooperationsvereinbarung) geschlossen haben, können einen Bonus beantragen. Kooperationsvereinbarungen können für das gesamte Unternehmen oder für einzelne Betriebe im Bezirk der AOK PLUS geschlossen werden.

(2) Als Boni werden den Arbeitgebern Kosten für ergänzende, den Zielen der Kooperationsvereinbarung nicht widersprechende, Maßnahmen zu Gunsten der Mitarbeitergesundheit in den Betrieben erstattet. Die Höhe der Boni bestimmt sich nach folgender Tabelle:

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

Der Bonus kann frühestens nach Beendigung der Analysephase und Festlegung von spezifischen Zielen für die BGF-Kooperationsvereinbarung beantragt werden und setzt eine aktive Mitwirkung des Arbeitgebers bei der Durchführung der BGF-Kooperationsvereinbarung voraus. Nicht abgerufene Boni verfallen spätestens 12 Monate nach Beendigung der BGF-Kooperationsvereinbarung. Mit Beendigung der Kooperationsvereinbarung kann der Bonus frühestens nach Ablauf von 5 Jahren wieder in Anspruch genommen werden. Die Gewährung des Bonus in Teilzahlungen ist möglich. Die tatsächlich entstandenen Kosten nach Absatz 2 sind für die Bonusgewährung nachzuweisen und dürfen nicht vor Abschluss der BGF-Kooperationsvereinbarung mit der AOK PLUS entstanden sein.

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

§ 19d
Gesundheitsbonus für Arbeitnehmer

(1) Versicherte der AOK PLUS, deren Arbeitgeber mit der AOK PLUS eine Kooperationsvereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung geschlossen haben, können zur Verbesserung ihrer Fähigkeit zur Bewältigung von Arbeitsanforderungen einen individuellen Gesundheitsbonus (Gesundheitsbonus für Arbeitnehmer) erhalten. Beginnend mit ihrer Teilnahme an den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten die Versicherten im ersten Jahr einen Bonus von 100,00 €, im zweiten Jahr einen Bonus von 50,00 € und im dritten Jahr einen Bonus von 50,00 €.

(2) Der Gesundheitsbonus nach § 65a Abs.2 SGB V wird nur einmalig gewährt.

(3) Im Übrigen gelten die Vorschriften der §§ 45, 51, 52, 53, 54 SGB I entsprechend. Eine Rechtsnachfolge findet nicht statt.

§ 20
Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung und besonderer Versorgung

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

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

(3) Die AOK PLUS informiert ihre Versicherten über die hausarztzentrierte Versorgung und die besonderen Versorgungsformen unter www.plus.aok.de oder auf Nachfrage.

§ 20a
- nicht belegt -

§ 20b
- nicht belegt -

§ 20c
- nicht belegt -

Vierter Abschnitt: Beiträge; Mahngebühren

§ 21
Beitragssätze

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

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

§ 22
Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Der Zusatzbeitragssatz der AOK PLUS gemäß § 242 SGB V beträgt 3,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 23
Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder

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

§ 24
Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

(1) Laufende Beiträge, die geschuldet werden, sind entsprechend der gesetzlichen Regelungen und der Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes fällig.

(2) Der Arbeitgeber hat der AOK PLUS spätestens zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Beiträge durch Datenübertragung einen Beitragsnachweis zu übermitteln.

(3) Im Rahmen von § 19 Absatz 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG) erhebt die AOK PLUS pauschalierte Mahngebühren. Die Mahngebühr beträgt

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

(4) Die in Absatz 3 genannten Mahngebühren finden auch für sonstige Forderungen der AOK PLUS, die durch Bescheid geltend gemacht werden, Anwendung.

§ 25
- nicht belegt -

§ 26
Vorschüsse

Die AOK PLUS kann von Arbeitgebern, die

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

2. a) länger als zwei Monate mit der Beitragszahlung in Verzug sind, oder
   b) sich in einem Vergleichsverfahren befinden, oder
   c) sich innerhalb der letzten 24 Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben, oder
   d) Zahlungsausfälle befürchten lassen, oder
3. keine ordnungsgemäßen Beitragsnachweise einreichen, oder

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

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

Fünfter Abschnitt: Widerspruchsausschüsse

§ 27
Widerspruchsausschüsse

(1) Bei der AOK PLUS werden als Widerspruchsstelle nach § 36a SGB IV Widerspruchsausschüsse eingerichtet. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat bestellt. Dieser bestimmt auch die Anzahl der Ausschüsse.

(2) Den Widerspruchsausschüssen gehören als Mitglieder je ein Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie ein Mitglied des Vorstandes oder ein vom Vorstand Beauftragter mit beratender Stimme an. Zu Mitgliedern der Widerspruchsausschüsse können Personen bestellt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit nach § 51 SGB IV erfüllen. Für jedes Mitglied der Widerspruchsausschüsse soll ein Stellvertreter bestimmt werden.

(3) Die Widerspruchsausschüsse entscheiden über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK PLUS, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist. Außerdem nehmen sie die Befugnisse nach § 69 OWiG (Einspruchsstelle) wahr. Ausgenommen von Satz 1 sind Widersprüche gegen Verwaltungsakte gem. § 275c Abs. 3 und 5 SGB V; für diese gilt § 35a SGB IV.

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

Sechster Abschnitt: Organe

§ 28
Organe der AOK PLUS

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

§ 29
Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat der AOK PLUS besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber (§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Bei der Besetzung des Verwaltungsrates sind regionale Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

(2) Ein Mitglied, das verhindert ist, wird durch einen Stellvertreter vertreten. Stellvertreter sind die als solche in der Vorschlagsliste benannten und verfügbaren Personen.

(3) Die Wahl des/der Vorsitzenden und des/der stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem/der Vorsitzenden und dem/der Stellvertreter/in wechselt der Vorsitz jährlich zum 1. Januar. Der/Die Vorsitzende und der/die stellvertretende Vorsitzende dürfen nicht derselben Gruppe angehören.

(4) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK PLUS sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, § 33 Abs. 1 SGB IV). Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK PLUS von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1a und 1b SGB V).

(5) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:

1. Grundsatzentscheidungen der sozial- und unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK PLUS in gesundheits- und sozialpolitischen und strategischen Fragen im Zuständigkeitsbereich der AOK PLUS;

2. die Wahl des Vorstandes und aus dessen Mitte des/der Vorstandsvorsitzenden und dessen/deren Stellvertreters/in;

3. Maßnahmen zur Amtsbeendigung des Vorstandes (§ 35a Abs. 2 i. V. m. § 59 SGB IV);

4. die Aufstellung einer Richtlinie für die Tätigkeit der Versichertenältesten;

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

6. die Überwachung des Vorstandes u. a. durch Entgegennahme der Berichte des Vorstandes über die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen, Auflagen und Revisionsberichten, die finanzielle Situation und Entwicklung sowie die Erreichung des Jahresziels (§ 35a Abs. 2 SGB IV);

7. die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V);

8. die Feststellung des Haushaltsplanes (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V);

9. der Beschluss über den Erwerb, das Leasen, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V);

10. der Beschluss über die Auflösung der AOK PLUS oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen (§ 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V);

11. die Aufstellung und Änderung der Satzung, der Dienstordnung und des Stellenplans;

12. Festsetzung des Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V;

13. die Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat;

14. die Aufstellung einer Richtlinie für die Führung der Geschäfte der Widerspruchsausschüsse;

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

(6) Dem/Der Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere:

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

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

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

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

§ 30
Verfahren des Verwaltungsrates

(1) Zur Aufgabenwahrnehmung finden jährlich mindestens vier Sitzungen des Verwaltungsrates statt; der/die Vorsitzende des Verwaltungsrates beruft zu den Sitzungen ein. Er/Sie soll hierbei im Einvernehmen mit dem/der stellvertretenden Vorsitzenden handeln. Darüber hinaus kann der/die Vorsitzende des Verwaltungsrates im Einvernehmen mit dem/der stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates bei Bedarf weitere Sitzungen einberufen, insbesondere wenn:

1. mindestens ein Drittel der Verwaltungsratsmitglieder es verlangt,
2. die/der Vorsitzende des Verwaltungsrates und die/der stellvertretende Vorsitzende es einvernehmlich verlangen,
3. der Vorstand dieses beantragt oder
4. die Aufsichtsbehörde es verlangt.

(2) Mitglieder des Verwaltungsrates können mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen des Verwaltungsrates - mit Ausnahme von konstituierenden Sitzungen - durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen (hybride Sitzung).

(3) In außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen (Ausnahmefälle) kann der Verwaltungsrat auch ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung beraten und abstimmen (digitale Sitzung). Der/Die Vorsitzende des Verwaltungsrates stellt einen Ausnahmefall fest. Er/Sie soll hierbei im Einvernehmen mit dem/der stellvertretenden Vorsitzenden handeln. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Selbstverwaltungsorgans der Feststellung widerspricht.

(4) Die Sitzungen des Verwaltungsrates sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nichtöffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben. Bei öffentlichen digitalen Sitzungen wird der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche zeitgleiche Bild- und Tonübertragung ermöglicht. Bei nicht öffentlichen hybriden und digitalen Sitzungen haben die durch Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder des Selbstverwaltungsorgans sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können.

(5) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen sind und mehr als die Hälfte der stimmberechtigten Mitglieder jeder Gruppe anwesend ist. Bei einer hybriden oder digitalen Sitzung gelten per Bild- und Tonübertragung teilnehmende Mitglieder des Selbstverwaltungsorgans als anwesend im Sinne des § 64 Absatz 1 Satz 1. Bei Beschlussunfähigkeit ist binnen zwei Wochen zu einer erneuten Sitzung einzuladen. Ist der Verwaltungsrat nicht beschlussfähig, kann der/die Vorsitzende anordnen, dass in der nächsten Sitzung über den Gegenstand der Abstimmung auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 vorgesehene Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Einladung zur nächsten Sitzung hinzuweisen.

(6) Die Beschlüsse werden, soweit durch Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt ist, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Stimmenthaltungen und ungültige Stimmen gelten als nicht abgegeben. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt. Werden die Sitzungen hybrid oder digital durchgeführt, erfolgt die Abgabe der Stimme während der Sitzung durch eindeutiges Handzeichen, elektronisch oder

in anderer geeigneter Weise. Technisch bedingte Störungen der Wahrnehmbarkeit, die nachweislich im Verantwortungsbereich der AOK PLUS liegen, sind von der/dem Vorsitzenden festzustellen. Können diese nicht unverzüglich abgestellt werden, ist die Sitzung abzubrechen. Sonstige Störungen sind unbeachtlich; § 64 Abs. 1 SGB IV bleibt unberührt. Über die offenen Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Bereits getroffene Beschlüsse behalten ihre Gültigkeit.

(7) Bei Satzungsänderungen ist der Verwaltungsrat nur beschlussfähig, wenn zwei Drittel aus jeder Gruppe der Mitglieder, aus denen sich der Verwaltungsrat zusammensetzt, anwesend und stimmberechtigt sind. Beschlüsse über die Änderung der Satzung bedürfen der einfachen Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder.

(8) Auf Antrag eines Mitgliedes ist geheime Abstimmung durchzuführen. Ist diese in hybriden oder digitalen Sitzungen nicht möglich, erfolgt die Abstimmung in der nächsten Präsenzsitzung.

(9) Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen außerhalb von Sitzungen schriftlich abstimmen. Vor der Abstimmung soll den Mitgliedern die Möglichkeit einer gemeinsamen Beratung unter Nutzung elektronischer Kommunikationsmittel (Telefonie, Videotelefonie etc.) eingeräumt werden.

Im Übrigen kann außerhalb von Sitzungen schriftlich abgestimmt werden über:

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

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

3. Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden, wenn bereits in einer vorausgehenden Beratung ein Grundsatzbeschluss gefasst worden ist,

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

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

§ 31
Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus dem/der Vorsitzenden des Vorstandes und dem/der Stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes. Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahre; Wiederwahl ist möglich.

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

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

Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:

1. die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Aufgaben in der Unternehmenspolitik und -strategie, der Sozial- und Gesundheitspolitik;

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

3. der Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über

   a) die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen,
   b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
   c) die Einhaltung der Jahresziele;

4. die Aufstellung von Richtlinien für den Vorstand;

5. der Bericht gegenüber den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus wichtigen Anlässen;

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

(4) Dem/Der Vorsitzenden des Vorstandes obliegen:

1. der Bericht gegenüber dem/der Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen;

2. die Beanstandung von dienstordnungswidrigen Beschlüssen (§ 357 Abs. 1 RVO);

3. die Ausübung des Wahlrechtes der AOK PLUS als Arbeitgeber (zum Beispiel Sozialwahlen).

§ 32
Vertretung der AOK PLUS

(1) Der Vorstand vertritt die AOK PLUS unbeschadet des Absatzes 3 gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK PLUS maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

(2) Jedes Vorstandsmitglied nimmt das Vertretungsrecht des Vorstandes in den Grenzen der durch die Richtlinien des Vorstandes ihm übertragenen Geschäftsführungsbefugnis allein wahr. Im Einzelfall kann auf Beschluss des Vorstandes die AOK PLUS auch durch ein anderes Vorstandsmitglied vertreten werden.

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

§ 33
Versichertenälteste, Vertrauensleute

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

(2) Die Versichertenältesten können gewählt werden für
   a. Teile des Bezirks der AOK PLUS
   b. Betriebe
   c. Berufsgruppen

(3) Die Versichertenältesten haben insbesondere die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung mit den Versicherten und den Anspruchsberechtigten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen (§ 39 Abs. 3 Satz 1 SGB IV). Das Nähere regelt die Richtlinie des Verwaltungsrates für die Tätigkeit der Versichertenältesten der AOK PLUS.

(4) Vertrauensleute können gewählt werden für
   a. Teile des Bezirks der AOK PLUS
   b. Gruppen von Arbeitgebern.

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

§ 34
Status, Entschädigung und Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates, der Versichertenältesten und der Vertrauensleute

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die Versichertenältesten und die Vertrauensleute üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten oder andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, die Rechte und Pflichten eines Mitglieds. Satz 2 gilt für Stellvertreter von Versichertenältesten und Vertrauensleuten entsprechend.

(2) Die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die Versichertenältesten und die Vertrauensleute werden nach Maßgabe des § 41 SGB IV entschädigt. Die Entschädigung richtet sich nach der als Anlage beigefügten Regelung.

(3) Die Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates sowie der Versichertenältesten und der Vertrauensleute richtet sich nach § 42 SGB IV.

Siebter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 35
Rücklage

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

§ 36
Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Abnahme der Jahresrechnung

(1) Der vom Verwaltungsrat gebildete Finanz- und Organisationsausschuss ist befugt, die Bücher und Akten der AOK PLUS einzusehen sowie die Vermögensbestände zu prüfen. Er kann einzelne Mitglieder hiermit beauftragen.

(2) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt; der Vorstand veranlasst eine interne Rechnungsprüfung (§ 77 Abs. 1 SGB IV, § 31 SVHV) und legt den Prüfbericht zusammen mit der Jahresrechnung dem Verwaltungsrat vor. Die Abnahme der Jahresrechnung erfolgt durch den Verwaltungsrat.

(3) Die AOK PLUS veröffentlicht nach § 305b SGB V zum 30. November eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und der eigenen Internetpräsenz.

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

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

§ 37
Anwendung von Satzungsbestimmungen und sozialrechtlicher Regelungen

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

(2) In Ausgleichsangelegenheiten wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit. Die Wahl des/der Vorsitzenden und des/der stellvertretenden Vorsitzenden erfolgt nach § 62 SGB IV.

(3) § 27 gilt mit der Maßgabe, dass dem Widerspruchsausschuss zwei Vertreter der Arbeitgeber angehören.

(4) § 36 gilt mit der Maßgabe, dass dem Finanz- und Organisationsausschuss nur Vertreter der Arbeitgeber angehören.

(5) Der § 36 gilt auch für die Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung der Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz.

§ 38
Beteiligte Arbeitgeber

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

(2) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen die Arbeitgeber unabhängig von der Anzahl der Beschäftigten teil.

(3) Nicht am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) beteiligt sind die in § 11 Absatz 1 AAG genannten Personen, Einrichtungen und Verbände. Nicht an den Ausgleichsverfahren nach § 1 Absatz 1 (U1-Verfahren) und Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) beteiligt sind die in § 11 Absatz 2 AAG und § 12 Absatz 2 AAG genannten Personen, Arbeitgeber, Dienststellen und Einrichtungen.

§ 39
Erstattungen

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

Wählbare Tarife sind:

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

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

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

(2) Die Wahl des Tarifes gemäß Absatz 1 wird vom Arbeitgeber ausgeübt:

1. bis zum Ende des Monats Februar für das laufende Kalenderjahr.

2. Bei Neueröffnung des Arbeitgeberkontos ist die Wahl innerhalb von sechs Wochen nach Kontoeröffnung bei der AOK PLUS auszuüben; wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, erfolgt die Einstufung in den „Tarif 65“

3. Arbeitgeber, die ihr Wahlrecht zu Beginn eines Jahres nicht ausüben, werden mit dem Tarif eingestuft, der dem im Vorjahr gewählten/eingestuften Tarif entspricht.

4. Ändern sich die Umlagesätze und/oder die Erstattungssätze innerhalb eines laufenden Kalenderjahres, kann ein neues Wahlrecht bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten der Änderung folgenden Monats auf den unter 1. angegebenen Wegen ausgeübt werden.

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

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

1. Arbeitgeber, die 2012 den Tarif 3 gewählt hatten bzw. in diesen eingestuft waren, werden 2013 in den „Tarif 50“ eingestuft.

2. Arbeitgeber, die 2012 den Tarif 2 gewählt hatten bzw. in diesen eingestuft waren, werden 2013 in den „Tarif 65“ eingestuft.

3. Arbeitgeber, die 2012 den Tarif 1 gewählt hatten bzw. in diesen eingestuft waren, werden 2013 in den „Tarif 65“ eingestuft.

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

1. 100 vom Hundert des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld,

2. 100 vom Hundert des vom Arbeitgeber nach § 11 Mutterschutzgesetz bei Beschäftigungsverboten fortgezahlten Arbeitsentgeltes,

3. 100 vom Hundert der auf die Arbeitsentgelte nach Nr. 2 entfallenden und von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und die Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, zur sozialen Pflegeversicherung und nach § 172a SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI.

§ 40
Aufbringung der Mittel, Umlagen

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

(2) Es gelten folgende Umlagesätze:

1. Der Umlagesatz für den „Tarif 50“ beträgt 2,15 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.

2. Der Umlagesatz für den „Tarif 65“ beträgt 2,95 vom Hundert der Bemessungsgrund-lage nach § 7 Abs. 2 AAG.

(3) Der Umlagesatz zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft wird auf 0,44 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG festgesetzt.

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

(5) Die AOK PLUS kann von umlagepflichtigen Arbeitgebern nach Maßgabe des § 26 der Satzung Vorschüsse verlangen.

§ 41
Betriebsmittel, Haushalt

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

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

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

Die Betriebsmittel dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen.

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

§ 42
Vorsitz

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

Neunter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 43
Bekanntmachungen

(1) Satzungen, Satzungsänderungen und sonstiges autonomes Recht werden auf der Internetseite der AOK PLUS unter: https://www.aok.de/pk/plus/satzung-bekanntmachungen öffentlich bekannt gemacht.

(2) Sonstige Bekanntmachungen, insbesondere im Rahmen der öffentlichen Zustellung nach dem Verwaltungszustellungsgesetz, erfolgen durch Aushang in den Filialen.

§ 44
In-Kraft-Treten

(1) Die Satzung tritt am 01.01.2010 in Kraft.

(2) Die Änderung des § 17a Abs. 4 wurde mit Bescheid des SMS vom 27.10.2010 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 05.11.2011. Die Änderung des § 17a Abs. 4 tritt gem. § 34 Abs. 2 SGB IV am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

(3) Die Änderungen des § 13, § 17a Abs. 5, § 17b Abs. 7, § 18c Abs. 3, 4 und 6 und § 39 Abs. 2 sowie die Streichung des § 19c und die Einfügung der §§ 17d und 20a wurden mit Bescheid des SMS vom 23.12.2010 genehmigt. Die Änderungen der §§ 16 und 16 a wurden mit Bescheid des SMS vom 28.12.2010 genehmigt. Alle genannten Satzungsänderungen treten am 01.01.2011 in Kraft.

(4) Die Änderungen der §§ 15, 17b, 17c, 18a, 18b, 18c, 18d und 18e sowie die Einfügung des § 19c wurden mit Bescheid des SMS vom 28.03.2011 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 13.04.2011. Die Änderung der §§ 15, 17b, 17c, 18a, 18b, 18c, 18d und 18e trat am 13.04.2011 in Kraft. Der neu eingefügte § 19c trat am 01.04.2011 in Kraft.

(5) Die Änderungen der §§ 18a und 18b wurden mit Bescheid des SMS vom 27.04.2011 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 10.05.2011. Die Änderungen traten gem. § 34 Abs. 2 Satz 2 am 11.05.2011 in Kraft.

(6) Die Streichung des § 19b Abs. 2 sowie die Änderung der Anlage zur Satzung der AOK PLUS zu § 34 (Entschädigungsregelung) wurde mit Bescheid des SMS vom 11.08.2011 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 25.08.2011. Die Streichung des § 19b Abs. 2 trat am 1.7.2011, die Änderung der Anlage zur Satzung der AOK PLUS zu § 34 am 1.1.2011 in Kraft.

(7) Die Änderungen des § 20b und des § 21 wurden mit Bescheid des SMS vom 2.11.2011 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 11.11.2011. Die Änderung des § 20b trat am 1.10.2011, die des § 21 am 12.11.2011 in Kraft.

(8) Die Änderung der §§ 3, 15, 18a, 19c, 24, 35, 37 und 39 sowie die Streichung der §§ 17c und 18b wurden mit Bescheid des SMS vom 22.12.2011 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 30.12.2011. Die Änderungen bzw. Streichung der §§ 17c, 18a, 18b, 19c, 24, 35 sowie 39 traten zum 01.01.2012, die Änderungen der §§ 3, 15, und 37 am 31.12.2011 in Kraft.

(9) Die Änderung der §§ 10 und 11 sowie die Neufassung der §§ 11a, 11b, 11c und 11d wurden mit Bescheid des SMS vom 5. Juli 2012 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 13. Juli 2012. Die Änderung der §§ 10 und 11 traten am 1. Juni 2012 und die Neufassung der §§ 11a ff. am 1. Juli 2012 in Kraft.

(10) Die Änderung der §§ 17b, 18a, 18c, 18d, 18e, 18f und 19c wurden mit Bescheid des SMS vom 16. Juli 2012 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 25. Juli 2012. Alle genannten Satzungsänderungen treten gemäß § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB IV am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

(11) Die Änderung der §§ 10 Abs. 5, 18c, 18d und 18e sowie die Neufassung der §§ 9 Abs. 4, 11e und 11f wurden mit Bescheid des SMS vom 22.10.2012 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 26.10.2012. Die Änderung der §§ 10 Abs. 5, 18c, 18d und 18e treten am Tag nach der Bekanntmachung und die Neufassung der §§ 9 Abs. 4, 11e und 11f am 1. November 2012 in Kraft.

(12) Die Änderung der §§ 9 Abs. 4 Satz 3, 17b Abs. 2 Satz 5, 18a Abs. 2 Satz 4, 19c Abs. 6, 27 Abs. 2 Satz 3, 38 Abs. 3, 39, 40, 41 Abs. 1 Satz 2 und der Anlage zu § 34 der Satzung der AOK PLUS (Entschädigungsregelung) sowie die Neufassung der §§ 11g, 19a und 24 Abs. 4 wurden mit Bescheid des SMS vom 21.12.2012 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 02.01.2013. Alle genannten Satzungsänderungen und Neufassungen treten am 1. Januar 2013 in Kraft.

(13) Die Änderung der §§ 19a Abs. 2 und 20a Abs. 4 wurden mit Bescheid des SMS vom 22. April 2013 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 29.04.2013 im Bundesanzeiger. Die Satzungsänderung des § 19a Abs. 2 tritt rückwirkend zum 1. Januar 2013 und die Änderung des § 20a Abs. 4 am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(14) Die Neufassung des § 17e wurde mit Bescheid des SMS vom 17. Juli 2013 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 26. Juli 2013 im Bundesanzeiger. Die Neufassung des § 17e tritt zum 1. Juli 2013 in Kraft.

(15) Die Änderung des § 11c sowie die Neufassung der §§ 11h, 11i und 11j wurden mit Bescheid des SMS vom 19. November 2013 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 26. November 2013 im Bundesanzeiger. Die Änderung des Paragrafen 11c und die Neufassung des § 11i tritt rückwirkend zum 1. November 2013, der Paragraf 11h rückwirkend zum 1. Oktober 2013 in Kraft. Der Paragraf 11j tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(16) Die Änderung des § 40 Abs. 3 wurde mit Bescheid des SMS vom 20. Dezember 2013 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 27. Dezember 2013 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten zum 1. Januar 2014 in Kraft.

(17) Die Änderungen der §§ 11a und 11i Abs. 1 wurden mit Bescheid des SMS vom 20. Januar 2014 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 5. Februar 2014 im Bundesanzeiger. Die Änderung des § 11a tritt ab 1. Januar 2014 und die des § 11i Abs. 1 rückwirkend ab 1. November 2013 in Kraft.

(18) Die Änderungen der §§ 5 Abs. 2, 31 Abs. 1 Satz 2, 19, 11h Abs. 3 und 5, 17b Abs. 5, 18a Abs. 3, 18c Abs. 5 und 6, 18d Abs. 5, 18e Abs. 12 und 14, die Löschung der §§ 11d, 17a, 18a Abs. 5, 19b, 20b und 25 sowie die neuen §§ 17c und 20c wurden mit Bescheid des SMS vom 22. April 2014 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 6. Mai 2014 im Bundesanzeiger. Der § 17c tritt ab 1. April 2014 in Kraft. Alle weiteren Paragraphen treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(19) Die Änderungen der §§ 17b Abs. 4, 19c Abs. 2, 18c Abs. 4, 18d Abs. 4, 18e Abs. 9, 18f, 19a, 36 Abs. 3, 20c sowie die neuen §§ 19d und 20b wurden mit Bescheid des SMS vom 26. Juni 2014 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolge am 9. Juli 2014 im Bundesanzeiger. Die neuen §§ 19d und 20b treten ab 1. Juli 2014 in Kraft. Die Änderung des Paragraf 20c tritt ab 1. April 2014 in Kraft. Alle weiteren Paragrafen treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(20) Die Änderungen der §§ 17a, 22 und 29 wurden mit Bescheiden des SMS vom

3. November 2014 und 25. November 2014 genehmigt. Die Veröffentlichungen erfolgten am 5. November 2014 (§§ 17a und 29) und am 2. Dezember 2014 (§ 22) im Bundesanzeiger. Der neue § 17a tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft. Die Änderung der Paragrafen 22 und 29 treten ab 1. Januar 2015 in Kraft.

(21) Die Änderungen der Paragrafen 16, 16a, 20, 38 Absatz 3, 39 Absatz 1, 41 Absatz 1 sowie die Neuaufnahme des Paragrafen 11d wurden mit Bescheid des SMS vom 2. Februar 2015 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 11. Februar 2015 im Bundesanzeiger. Der neue Paragraf 20 tritt am Tag nach der Bekanntmachung, die Änderungen der Paragrafen 11d, 16, 16a, 38 Absatz 3, 39 Absatz 1 und 41 Absatz 1 am 1. Januar 2015 in Kraft.

(22) Die Änderung des Paragrafen 18d wurde mit Bescheid des SMS vom 15. April 2015 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 19. Mai 2015 im Bundesanzeiger. Die Änderung tritt ab 1. Januar 2015 in Kraft.

(23) Die Änderung des Paragrafen 40 wurde mit Bescheid des SMS vom 2. Februar 2015 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 17. Juni 2015 im Bundesanzeiger. Die Änderung tritt ab 1. Juli 2015 in Kraft.

(24) Die Änderungen der Paragrafen 11a, c und e wurden mit Bescheid des SMS vom 21. Juli 2015 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 29. Juli 2015 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(25) Die Änderungen der Paragrafen 10 und 24 wurden mit Bescheid des SMS vom 13. Oktober 2015 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 23. Oktober 2015 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(26) Die Änderungen der Paragrafen 9 Absatz 4, 11c Absatz 2, 11d Absatz 2, 11f Absätze 1 und 2, 17b, 18a Absätze 2 und 3, 18c Absatz 3, 18f Absatz 5, 19a, 19c Absätze 2 und 6, 19d der Satzung sowie der Paragraf 3 Absätze 1, 4, 5 und 6 der Anlage der Satzung wurden mit Bescheid des SMS vom 14. Dezember 2015 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolge am 23. Dezember 2015 im Bundesanzeiger. Der Paragraf 11c Absatz 2 tritt ab 1. Juli 2015, die Löschung des Paragrafen 17b tritt am Tag nach der Bekanntmachung und alle weiteren Paragrafen-Änderungen am 1. Januar 2016 in Kraft.

(27) Die Änderungen der Paragrafen 6 Nummern 1 und 3, 10 Absätze 4 und 5 sowie die Löschung des Paragrafen 17d wurden mit Bescheid des SMS vom 4. April 2016 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 19. April 2016 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(28) Die Änderung des Paragraf 19a und der neue Paragraf 19d wurden mit Bescheid des SMS vom 16. August 2016 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 19. August 2016 im Bundesanzeiger. Paragraf 19a tritt ab 1. Oktober 2016, Paragraf 19d am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(29) Die Änderung des Paragrafen 12 wurde mit Bescheid des SMS vom 29. September 2016 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 11. Oktober 2016 im Bundesanzeiger. Die Änderung tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(30) Die neuen Paragrafen 11k, 19b, 19c, 19d und die Änderungen in den Paragrafen 18a Absatz 2 Satz 4, 19a Absatz 7 Sätze 1 und 4 sowie 22 wurden mit Bescheid des SMS vom 21. Dezember 2016 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 22. Dezember 2016 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten ab 1. Januar 2017 in Kraft.

(31) Die Änderungen der Paragrafen 18c Absatz 3, 18d Absatz 4, 18e Absatz 3, 29 Absatz 5 sowie 33 Absatz 3 wurden mit Bescheid des SMS vom 12. Dezember 2017 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 20. Dezember 2017 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(32) Die Änderungen der Paragrafen 12, 19a Absätze 3 und 7 sowie 40 Absatz 2 wurden mit Bescheid des SMS vom 22. Dezember 2017 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 28. Dezember 2017 im Bundesanzeiger. Die Änderung des Paragrafen 12 tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft. Alle weiteren Änderungen treten am 1. Januar 2018 in Kraft.

(33) Die Änderungen der Paragrafen 15 Abs. 5, 11a und 11 e wurden mit Bescheid des SMS vom 16. Juli 2018 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 25. Juli 2018 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten am 01. Juli 2018 in Kraft.

(34) Die Änderungen der Paragrafen 19a Abs. 4 und Abs. 8, 22 und 40 Abs. 2 und 3 wurden mit Bescheid des SMS vom 27. Dezember 2018 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 31. Dezember 2018 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten am 01. Januar 2019 in Kraft.

(35) Die Änderungen der Paragrafen 11h Abs. 4 und Abs. 5, § 14, § 36 Abs. 3 und die Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates § 3 Abs. 1, 4, 5 und 6 wurden mit Bescheid des SMS vom 26.03.2019 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 09. April 2019 im Bundesanzeiger. Die Änderung des Paragrafen 11h Abs. 4 tritt rückwirkend zum 01. Oktober 2013 in Kraft. Die Änderungen in Paragraf 11h Abs. 5, die ersatzlose Streichung des Paragrafen 14 sowie die Streichung des Klammerzusatzes in Paragraf 36 Abs. 3 treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft. Die Änderungen in Paragraf 3 Abs. 1, 4, 5 und 6 der Entschädigungsregelungen treten rückwirkend ab 01. Januar 2019 in Kraft.

(36) Die Änderungen des § 19a wurden mit Bescheid des SMS vom 15. Juli 2019 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 29. Juli 2019 im Bundesanzeiger. Die Änderungen des § 19a treten einen Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(37) Die Änderungen der §§ 11i Abs. 1 Satz 1 und 15 Abs. 4 sowie die Streichung des § 20c wurden mit Bescheid des SMS vom 05. November 2019 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 14. November 2019 im Bundesanzeiger. Die Änderungen der §§ 11i Abs. 1 Satz 1 und 15 Abs. 4 sowie die Streichung des § 20c treten einen Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(38) Die Streichung des § 18e wurde mit Bescheid des SMS vom 05. November 2019 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte bereits am 14. November 2019. Die Streichung tritt zum 01. Januar 2020 in Kraft.
Die Änderungen des § 19a wurden mit Bescheid des SMS vom 27. Dezember 2019 genehmigt. Die Veröffentlichung erfolgte am 02. Januar 2020 im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten zum 01. Januar 2020 in Kraft.

(39) Die Streichung des § 11k wurde mit Bescheid des SMS vom 19. März 2020 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 27. März 2020. Die Streichung tritt einen Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(40) Die Streichung der §§ 18c und 18 d wurde mit Bescheid des SMS vom 19. März 2020 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 27. März 2020. Die Streichungen treten am 01.07.2020 in Kraft.

(41) Die Änderung des § 11j und die Streichung des § 17c wurde mit Bescheid des SMS vom 02. Juli 2020 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 10. Juli 2020. Die Änderung/Streichung treten einen Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(42) Die Änderung des § 29 wurde mit Bescheid des SMS vom 10. September 2020 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 18. September 2020. Die Änderung/Streichung treten einen Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

(43) Der neue § 11e sowie die Änderungen der §§ 18f ab Absatz 5, 22 und 35 wurden mit den Bescheiden des SMS vom 23. Dezember 2020 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 28. Dezember 2020. Der neue § 11e sowie die Änderungen der §§ 18f ab Absatz 5, 22 und 35 treten am 01. Januar 2021 in Kraft.

(44) Die Änderung des § 19a Abs. 2 Buchstabe a) wurde mit Bescheid des SMS vom 21. April 2021 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 28. April 2021. Die Änderung tritt rückwirkend zum 01.01.2021 in Kraft.

(45) Die Änderungen des § 5 Abs. 5 und § 40 wurden mit Bescheid des SMS vom 25. Juni 2021 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 30. Juni 2021. Die Änderungen des § 5 Abs. 5 tritt rückwirkend zum 01.01.2021 und die Änderung des § 40 ab 01.07.2021 in Kraft.

(46) Die Änderungen in den Paragrafen 10 Absatz 6, 11b Absatz 1; 11h Abs. 6, 11k, 14, 18f Absatz 6 Nr. 2, Absatz 11 Nr. 3 und Absatz 12 Nr. 3 und 4, 20, 20a und 20b wurden mit Bescheid des SMS vom 10. November 2021 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 18. November 2021. Die Änderungen in den Paragrafen 10 Absatz 6, 11b Absatz 1 und 20, 20a und 20b sowie Paragraf 11k treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft. Die Streichung des Paragraf 11h Abs. 6 tritt rückwirkend zum 01.07.2021 in Kraft. Paragraf 14 tritt rückwirkend zum 01.01.2021 in Kraft. Die Änderungen in Paragraf 18f Absatz 6 Nr. 2, Absatz 11 Nr. 3 und Absatz 12 Nr. 3 und 4 treten zum 01.01.2022 in Kraft.

(47) Die Änderungen in Paragraf 40 Absätze 2 und 3 wurden mit Bescheid des SMS vom 22. Dezember 2021 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 27. Dezember 2021. Die Änderungen treten zum 01. Januar 2022 in Kraft.

(48) Die Änderungen in den Paragrafen 18g, 19, 19a, 19b sowie Paragraf 3 der Anlage zu Paragraf 34 der Satzung wurden mit Bescheid des SMS vom 11. Februar 2022 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundeanzeiger erfolgte am 17. Februar 2022. Die Änderungen in Paragraf 18g treten am Tag nach ihrer Veröffentlichung in Kraft; die Änderungen in den Paragrafen 19, 19a, 19b sowie Paragraf 3 der Anlage zu Paragraf 34 der Satzung treten zum 01. Januar 2022 in Kraft.

(49) Die Änderung in Paragraf 30 Absatz 7 wurde mit Bescheid des SMS vom 17. Mai 2022 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 24. Mai 2022. Die Änderungen treten zum 01. Januar 2022 in Kraft.

(50) Der neue Paragraf 11l sowie die Änderungen in den Paragrafen 18a, 19a, 19b sowie 27 der Satzung wurden mit Bescheid des SMS vom 02. Juni 2022 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 08. Juni 2022. Der neue Paragraf 11l tritt rückwirkend zum 01. Januar 2022 in Kraft, die Änderung in § 18a tritt zum 01.04.2022 in Kraft, die Änderungen in den Paragrafen 19a und 19b tritt rückwirkend zum 01. Januar 2021 sowie die Änderungen in Paragraf 27 rückwirkend zum 01. Januar 2022 in Kraft.

(51) Die Änderung in Paragraf 40 Abs. 2 wurde mit Bescheid des SMS vom 21. Juni 2022 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 24. Juni 2022. Die Änderungen treten zum 01. Juli 2022 in Kraft.

(52) Die Änderungen der Paragrafen 19a und 19 b wurden mit Bescheid des SMS vom 10. November 2022 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 23. November 2022. Die Änderungen treten zum 01. Januar 2023 in Kraft.

(53) Die Änderungen der Paragrafen 22 und 40 Absatz 3 wurden mit Bescheid des SMS vom 22. Dezember 2022 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 28. Dezember 2022. Die Änderungen treten zum 01. Januar 2023 in Kraft.

(54) Die Streichung des Paragrafen 17a wurden mit Bescheid des SMS vom 11. Mai 2023 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 16. Mai 2023. Die Änderung tritt rückwirkend zum 05. November 2022 in Kraft

(55) Die Änderungen der Paragrafen 10 Abs. 4 und 40 Abs. 3 wurden mit Bescheid des SMS vom 09. August 2023 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 14. August 2023. Die Änderung des Paragrafen 10 Abs. 4 tritt am Tag nach ihrer Bekanntmachung und die Änderung des Paragrafen 40 Abs. 3 zum 01. August 2023 in Kraft.

(56) Die Änderungen der Paragrafen 10 wurden mit Bescheid des SMS vom 16. November 2023 genehmigt; die Änderung des Paragrafen 30 mit Bescheid des SMS vom 06.Dezember 2023. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger betreffend Paragraf 10 erfolgte am 21. November 2023, betreffend Paragraf 30 am 11. Dezember 2023. Die Änderung des Paragrafen 10 tritt rückwirkend zum 01. September 2023 und die Änderung des Paragrafen 30 am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

(57) Die Änderung der Paragrafen 22 wurden mit Bescheid des SMS vom 20. Dezember 2023 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 27. Dezember 2023. Die Änderungen treten zum 01. Januar 2024 in Kraft.

(58) Die Änderungen der Paragrafen 39 Abs. 2 Nr. 1 und 2; 40 Abs. 3 und 41 Abs. 1 Satz 3 wurden mit Bescheid des SMS vom 13. März 2024 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 15. März 2024. Die Änderungen treten rückwirkend zum 1. Januar 2024 in Kraft.

(59) Die Streichung des Paragrafen 10 Abs. 7 wurde mit Bescheid des SMS vom 3. April 2024 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 8. April 2024. Die Änderung tritt zum 9. April 2024 in Kraft.

(60) Die Änderungen der Paragrafen 5 Abs. 4; 11e; 11h Abs. 5 Satz 3 und 15 Abs. 2 wurden mit Bescheid des SMS vom 21. August 2024 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 26. August 2024. Die Änderungen des Paragrafen 5 Abs. 4 Sätze 2 und 3 treten rückwirkend zum 01.01.2014, die Änderungen des Paragrafen 5 Abs. 4 Sätze 1 und 4; des Paragrafen 11e, 11h sowie 15 treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

(61) Die Änderungen der Paragrafen 9, 17, 19c, 19d, 43 sowie die Streichung der Paragrafen 17a bis 17e wurden mit Bescheid des SMS vom 28. November 2024 genehmigt. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 04. Dezember 2024. Die Änderungen treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

(62) Die Änderung des Paragrafen 22 wurde mit Bescheid des SMS vom 20. Dezember 2024 genehmigt. Die Bekanntmachung erfolgte gemäß Paragraf 43 Abs. 1 dieser Satzung am 20. Dezember 2024 unter: https://www.aok.de/pk/plus/satzung-bekanntmachungen. Die Änderung tritt am 01. Januar 2025 in Kraft.

(63) Die Änderungen der Paragrafen 19a, 40 sowie Anlage zu Paragraf 34 – Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates (§ 3) wurde mit Bescheid des SMS vom 29.01.2025 genehmigt. Die Bekanntmachung erfolgte gemäß Paragraf 43 Abs. 1 dieser Satzung am 31.01.2025 unter: https://www.aok.de/pk/plus/satzung-bekanntmachungen. Die Änderungen in Paragraf 19a treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung, die Änderungen in Paragraf 40 sowie der Anlage zu 34 - Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates (Paragraf 3) treten am 01.01.2025 in Kraft.

(64) Die Änderungen des Paragrafen § 18a Abs. 4 sowie die Streichung des § 29 Abs. 1a wurden mit Bescheid des SMS vom 11. September 2026 genehmigt. Die Bekanntmachung erfolgte gemäß Paragraf 43 Abs. 1 dieser Satzung am 16. September 2026 unter: https://www.aok.de/pk/plus/satzung-bekanntmachungen.
Die Änderung des Paragrafen 18a Abs. 4 tritt rückwirkend zum 01.04.2022, die Streichung des Paragrafen 29 Abs. 1a nach dessen Bekanntmachung in Kraft.

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

§ 1
Erstattung barer Auslagen

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

1. Tagegeld

a) Für die Sitzungen wird ein volles Tagegeld entsprechend § 6 Abs. 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes (§ 4 Abs. 5 Satz 1 Nr. 5 Satz 2 EStG) gewährt. Erfolgt die Anreise und/oder Rückreise an einem separaten Tag, wird Tagegeld entsprechend der Regelung in Ziffer 1b) gezahlt.

b) Beträgt der Zeitaufwand bei einer eintägigen Sitzung (inklusive An- und Abreise) weniger als acht Stunden, wird ein halbes Tagegeld gezahlt.

c) Nimmt das Organmitglied an einem Kalendertag an mehreren Sitzungen teil, wird insgesamt ein volles Tagegeld bezahlt. Dies gilt auch für Sitzungen der Pflegekasse.

2. Übernachtung

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

3. Fahrkosten

a) Erstattet werden die tatsächlich notwendigen Beförderungskosten gemäß § 4 des Sächsischen Reisekostengesetzes.

b) Für Strecken, die das Organmitglied mit einem ihm gehörenden Kraftfahrzeug zurückgelegt hat, wird eine Wegstreckenentschädigung gemäß § 5 Abs. 3 des Sächsischen Reisekostengesetzes in der jeweils gültigen Fassung gezahlt.

a) Nimmt das Organmitglied weitere Personen, die für die AOK PLUS tätig sind, in seinem Kraftfahrzeug mit, so wird außerdem eine Mitnahmeentschädigung gemäß § 5 Abs. 5 des Sächsischen Reisekostengesetzes gewährt.

b) Für Strecken, die mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln zurückgelegt werden, gilt § 4 des Sächsischen Reisekostengesetzes in der jeweils gültigen Fassung. Bei der Erstattung von Fahrtkosten wird dabei das Vorliegen dienstlicher Gründe für die Benutzung der nächsthöheren Klasse unterstellt.

4. Unterkunfts- und Verpflegungskosten für Kraftfahrer

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

5. Auslagen für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen

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

6. Nebenkosten

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

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

§ 2
Ersatz des Verdienstausfalls

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

§ 3
Pauschbeträge für Zeitaufwand

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates und ihre Stellvertreter erhalten 90,00 EUR als Pauschbetrag für Zeitaufwand für jeden Kalendertag einer Sitzung des Verwaltungsrates und seiner Ausschüsse. Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag wird der Pauschbetrag nur einmal gewährt. Die Entschädigungen sind unabhängig von der jeweiligen Form der Sitzung zu leisten.

(2) Den Pauschbetrag nach Absatz 1 erhalten die Mitglieder des Verwaltungsrates und ihre Stellvertreter bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme auch für die Teilnahme an Verhandlungen, Besprechungen, Tagungen und Veranstaltungen sowie für sonstige Anlässe, wenn ein besonderer Auftrag des Verwaltungsrates vorliegt. Dies gilt nicht für die Vorsitzenden des Verwaltungsrates, deren Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen mit der Zahlung des Pauschbetrages nach Abs. 4 entschädigt wird.

(3) Die Vorsitzenden und die stellvertretenden Vorsitzenden von Ausschüssen erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand. Sind in einer Ausschusssitzung beide alternierende Vorsitzende nicht anwesend und wird deshalb ein Sitzungsleiter bestimmt, erhält dieser den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.

(4) Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen des Verwaltungsrates oder seiner Ausschüsse sowie außerhalb der Vertretung in besonderem Auftrage i. S. des Abs. 2 zur Abgeltung des Zeitaufwandes einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 900,00 EUR.

(5) Die Versichertenältesten und Vertrauensleute erhalten für ihren Zeitaufwand aufgrund der Wahrnehmung der ihnen zugewiesenen Aufgaben einen monatlichen Pauschbetrag von 90,00 EUR.

(6) Die gewählten Sprecher der Versichertenältesten und Vertrauensleute und deren Stellvertreter erhalten abweichend von Abs. 5 für den Zeitaufwand aufgrund der ihnen zugewiesenen Aufgaben einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 201,00 EUR gezahlt.

§ 4
Geltungsbereich

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