



AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

SATZUNG

Stand: 1. April 2011

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung, Zusammenwirken im AOK-System	5
§ 1 Name, Sitz und Bezirk.....	5
§ 2 Aufgabenstellung	5
Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis	6
§ 3 Mitglieder.....	6
§ 4 Familienangehörige.....	6
§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft	6
Dritter Abschnitt: Leistungen.....	7
§ 6 Art und Umfang der Leistungen	7
§ 7 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge	8
§ 8 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe.....	8
§ 9 Primäre Prävention durch Schutzimpfungen	8
§ 10 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen	8
§ 11 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter.....	8
§ 12 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe.....	9
§ 13 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V	9
§ 14 Kostenerstattung	9
§ 15 Versicherung der dienstordnungsmäßig Angestellten (DO-Angestellte).....	10
§ 16 Empfangsberechtigung	10
§ 17 Leistungsausschluss	11
§ 18 Hausarztzentrierte Versorgung	11
§ 19 Besondere ambulante ärztliche Versorgung.....	12
Vierter Abschnitt: Wahltarife/Weiterentwicklung der Versorgung	13
§ 20 Wahltarif Selbstbehalt	13
§ 21 Wahltarif für Teilnahme an besonderen Versorgungsformen.....	14
§ 22 Krankengeld-Wahltarif.....	15
§ 23 Wahltarif Kostenerstattung bei Zahnersatz.....	19
§ 24 Wahltarif Teilkostenerstattung.....	21
§ 25 Wahltarif Selbstbehalt und Gesundheitsbonus.....	22
§ 26 Wahltarif Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt	23
§ 27 Wahltarif Alternativmedizin.....	27
§§ 28 – 32 ohne Inhalt	31
§ 33 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten – BONUS fit/AOK-Programm Kinderbonus.....	31
§ 34 Bonus für Arbeitgeber bei Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung	33
§ 35 Erprobungsregelungen.....	33
§ 36 Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen.....	34
§§ 37 und 38 ohne Inhalt	34
Fünfter Abschnitt: Beiträge	34
§ 39 Beitragssätze.....	34
§ 40 ohne Inhalt.....	34

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

§ 41 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder	34
§ 42 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	35
§ 43 Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge.....	35
§ 44 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge	35
§ 45 Vorschüsse.....	35
§ 46 Erstattung von Beiträgen.....	36
§ 47 und 48 ohne Inhalt	36
Sechster Abschnitt: Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle	36
§ 49 Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle	36
Siebter Abschnitt: Organe	36
§ 50 Organe der AOK	36
§ 51 Verwaltungsrat und seine Mitglieder	36
§ 52 Aufgaben des Verwaltungsrates	37
§ 53 Vorstand	38
§ 54 Vertretung der AOK.....	39
§ 55 Beratende Gremien.....	39
§ 56 Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder.....	39
Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel.....	39
§ 57 Rücklage	39
§ 58 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Abnahme der Jahresrechnung.....	39
Neunter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz.....	40
§ 59 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	40
Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und In-Kraft-Treten	40
§ 60 Bekanntmachungen	40
§ 61 In-Kraft-Treten.....	40
Anhang 1 zur Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen	41
Erster Abschnitt: Maßgebende Rechtsnormen.....	41
§ 1 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen	41
Zweiter Abschnitt: Beteiligte Arbeitgeber.....	41
§ 2 Beteiligte Arbeitgeber	41
Dritter Abschnitt: Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber	41
§ 3 Erstattungen	41
§ 4 Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen.....	42
§ 5 Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber.....	42
Vierter Abschnitt: Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage.....	42
§ 6 Aufbringung der Mittel, Umlage.....	42
§ 7 Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern	42
Fünfter Abschnitt: Verwaltung der Mittel.....	43
§ 8 Verwaltung der Mittel	43

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

Sechster Abschnitt: Verwaltungsrat	43
§ 9 Verwaltungsrat	43
Siebter Abschnitt: Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle.....	43
§ 10 Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle	43
Achter Abschnitt: In-Kraft-Treten	43
§ 11 In-Kraft-Treten	43
Anhang 2	44
Entschädigungsregelung für die ehrenamtlich Tätigen in der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen	44
I.....	44
II.....	45
III.	45
Anhang 3	46
1. Versichertenälteste/Vertrauensleute	46
Anhang 4	46

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung, Zusammenwirken im AOK-System

§ 1 Name, Sitz und Bezirk

- (1) Die Krankenkasse führt den Namen

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

und hat ihren Sitz in Bad Homburg.

- (2) Der Bezirk der AOK umfaßt das Gebiet des Bundeslandes Hessen.
(3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

§ 2 Aufgabenstellung

- (1) ¹Die AOK versteht sich als Gesundheitskasse. ²Aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.
- (2) ¹Die AOK unterstützt die Versicherten für deren Gesundheit mitverantwortlich zu sein. ²Die Versicherten 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. ³Dabei hilft ihnen die AOK durch Aufklärung, Beratung und Leistungen.
- (3) Die AOK berät und unterstützt die Arbeitgeber ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.
- (4) ¹Die AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes wahr. ²Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes. ³Die vom GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92 und 282 SGB V sind für die AOK verbindlich.
- (5) ¹Die AOK wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik im Lande mit. ²Sie setzt sich für bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgungsstrukturen und für eine ausgewogene Mitglieder- und Risikostruktur sowie für eine qualifizierte Kostensteuerung im Gesundheitswesen ein.
- (6) Die AOK wirkt bei Leistungserbringern und Versicherten durch Verträge, Information und Beratung auf eine qualitätsgebundene preisgünstige Versorgung hin.
- (7) Die AOK kann anderen Verbänden, Vereinigungen, Arbeitsgemeinschaften und sonstigen Organisationen beitreten oder solche bilden, die Aufgaben oder Interessen der AOK oder der Sozialversicherung mit sozial- oder gesundheitspolitischer Zielsetzung wahrnehmen.
- (8) Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitet die AOK mit den anderen Landesverbänden der Krankenkassen und mit Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen.

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

§ 3 Mitglieder

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

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

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

(2) ¹Als freiwillige Mitglieder können bei der AOK versichert sein

- Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
- Personen, deren Familienversicherung erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,
- 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 endete,
- Spätaussiedler und deren Ehegatten und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 Satz 1 BVFG, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,

wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind. ²Freiwillige Mitglieder sind auch solche Personen, die vor dem 1. Januar 1989 ihre Mitgliedschaft begründet haben. ³Der AOK können auch freiwillige Mitglieder anderer Krankenkassen beitreten.

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

§ 4 Familienangehörige

Als Familienangehörige sind bei der AOK versichert

Ehegatten, Lebenspartner und Kinder der Mitglieder sowie Kinder von familienversicherten Kindern,

wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

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

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

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

(4) ¹Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet im Falle des Austritts zwei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt. ²Die Mitgliedschaft kann mit Ablauf des Tages beendet werden, der dem Tag vorausgeht, an dem die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind oder das Mitglied seinen Wohnsitz im Ausland nimmt.

- (5) ¹Bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen nach § 53 SGB V kann die Mitgliedschaft abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 SGB V gekündigt werden. ²Die Bindungsfrist von 18 Monaten nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet wird“

Dritter Abschnitt: Leistungen

§ 6 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Die AOK wirkt darauf hin, dass
- ihre Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise und umfassend und schnell erhalten,
 - die zur Leistungserbringung erforderlichen Personen, Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen und
 - der Zugang zu den Leistungen einfach gestaltet wird.
- (2) Die Versicherten können nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieser Satzung in Anspruch nehmen:
1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung, insbesondere Prävention und Selbsthilfe, und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten,
 2. bei Krankheit
 - a) Krankenbehandlung, insbesondere
 - ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 - zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
 - Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
 - Krankenhausbehandlung und stationäre und ambulante Hospizleistungen,
 - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
 - b) strukturierte Behandlungsprogramme,
 - c) Krankengeld,
 3. bei Schwangerschaft und bei Mutterschaft
 - ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
 - Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln,
 - stationäre Entbindung,
 - häusliche Pflege und Haushaltshilfe,
 - Mutterschaftsgeld,
 4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch nach § 24b SGB V,
 5. Beratung und Information zu ihren Rechten als Patienten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen,
 6. Unterstützung bei Behandlungsfehlern.

§ 7 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

¹Die AOK kann nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften den Versicherten Zusatzversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln. ²Sie regelt in Verträgen mit einem oder mehreren privaten Krankenversicherungsunternehmen die Einzelheiten der Vermittlung, insbesondere Gegenstand und Durchführung.

§ 8 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

(1) ¹Die AOK kann Leistungen zur Primärprävention zur Verfügung stellen, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem von dem GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfadens entsprechen. ²Diese Leistungen umfassen den individuellen Ansatz und den Lebensweltenansatz (Settingansatz). Sie beinhalten insbesondere Handlungsfelder des individuellen Ansatzes:

- Bewegungsgewohnheiten,
- Ernährung,
- Stressreduktion/Entspannung,
- Suchtmittelkonsum.

³Im Lebensweltenansatz liegt der Schwerpunkt auf gesundheitsfördernden Schulen und Kindertagesstätten.

(2) ¹Die AOK erbringt Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V. ²Die AOK unterstützt die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach Maßgabe des § 20b SGB V.

(3) Die AOK fördert die Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V.

§ 9 Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

Die AOK kann auch außer in den in § 20d Abs. 1 SGB V genannten Fällen die Kosten von Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten nach Maßgabe des Anhangs 4 übernehmen oder Zuschüsse leisten, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind.

§ 10 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

¹Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V) zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss von 13,00 Euro täglich. ²Für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 Euro täglich.

§ 11 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

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

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

§ 12 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

¹Außer in den in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen stellt die AOK Haushaltshilfe auch dann zur Verfügung, wenn

1. nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen oder
2. nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter 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. ²Darüber hinaus kann die AOK in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung stellen.

§ 13 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V

- (1) Freiwillig versicherte Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, haben Anspruch auf Krankengeld nach den für versicherungspflichtige Arbeitnehmer maßgebenden Regelungen des SGB V.
- (2) Einen Krankengeldanspruch können wählen:
 1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind,
 2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter).
- (3) Kann bei einem versicherungspflichtigen oder freiwilligen Mitglied Krankengeld nicht nach § 47 Abs. 2 SGB V berechnet werden, weil eine kontinuierliche Arbeitsverrichtung oder -vergütung nicht vorliegt, wird das Krankengeld
 - 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 Kostenerstattung

- (1) ¹Versicherte können gemäß § 13 SGB V anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. ²Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden.
- (2) ¹Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK unter Verwendung des dafür bereit gestellten Vordruckes. ²Die gewählte Kostenerstattung beginnt mit dem auf den Zugang des Vordrucks folgenden Kalendervierteljahr, bei der isolierten Wahl des Bereichs der zahnärztlichen Versorgung mit dem nächsten Monatsersten und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung zum Ende des Kalendervierteljahres. ³Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen

- (3) Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, in Anspruch genommen werden, nach Maßgabe des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind.
- (4) ¹Versicherten 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. ²Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend
- a) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von fünf Prozent,
 - b) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 7,5 Prozent
- zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag mindestens fünf Euro und höchstens 40 Euro beträgt.
- (5) ¹Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. ²Absatz 2 findet keine Anwendung. ³Bei der Berechnung des Erstattungsbetrages werden die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und ein Abschlag für Verwaltungskosten nach Absatz 4 berücksichtigt sowie anfallende Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V und die der AOK aufgrund eines Vertrages nach § 130a Abs. 8 SGB V entgangenen Rabatte in Höhe einer kalendervierteljährlich einheitlich festgesetzten Pauschale. ⁴Die Summe der Minderungsbeträge nach Satz 3 beträgt je Antrag mindestens fünf Euro.
- (6) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt..

§ 15 Versicherung der dienstordnungsmäßig Angestellten (DO-Angestellte)

¹Versicherte DO-Angestellte haben nach § 14 SGB V eine Wahlmöglichkeit. ²Die Wahl ist schriftlich zu erklären; sie wirkt vom Zeitpunkt der Erklärung bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das dem Jahr der Erklärung folgt, und verlängert sich um je zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des genannten Zeitraumes kein Widerruf erfolgt ist. ³Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.

§ 16 Empfangsberechtigung

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

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

Der Inhaber der Unterlagen hat sich auf Verlangen auszuweisen.

§ 17 Leistungsausschluss

- (1) ¹Auf 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. ²Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 kann die AOK insbesondere dann verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten liegt.
- (2) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann die AOK den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.
- (3) ¹Die AOK kann vom Versicherten Ersatz für Leistungen fordern, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden. ²Zudem ist sie berechtigt, bei hinreichendem Verdacht auf das Vorliegen eines Leistungsausschlusses Kostenübernahmeentscheidungen unter dem Vorbehalt des Widerrufs (§ 32 Abs. 2 Nr. 3 SGB X) zu treffen.
- (4) Der Versicherte ist über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen zu informieren.

§ 18 Hausarztzentrierte Versorgung

- (1) ¹Die AOK bietet ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V auf der Grundlage entsprechender Versorgungsverträge an. ²Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. ³Teilnehmende Versicherte wählen aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Ärzte einen Hausarzt. ⁴Sie verpflichten sich, hausärztliche Leistungen nur bei dem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. ⁵Ambulante fachärztliche Behandlung darf mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch genommen werden. ⁶Ausgenommen hiervon ist die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes.
- (2) ¹Die Versicherten nehmen aufgrund schriftlicher Erklärung teil (Einschreibung). ²Für mitversicherte Familienangehörige nach § 10 SGB V, die das 15. Lebensjahr nicht vollendet haben, erklärt das Mitglied schriftlich die Teilnahme. ³In der Teilnahmeerklärung ist der von ihnen gewählte Arzt zu benennen.
⁴Die Versicherten sind jeweils ein Jahr an die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 4 und an die Wahl des Hausarztes gebunden (Mindestbindungsfrist).
⁵Die Teilnahme beginnt mit dem dem Versicherten von der AOK mitgeteilten Zeitpunkt und endet nach schriftlicher Kündigung des Versicherten mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Quartalsende, frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsfrist von einem Jahr ab Teilnahmebeginn. ⁶Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung jeweils um 12 Kalendermonate.
⁷Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, insbesondere im Falle einer schwerwiegenden Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen dem Versicherten und dem gewählten Hausarzt bzw. bei Wohnortwechsel, Verlegung des Arztsitzes oder Ausscheiden des gewählten Hausarztes aus der vertragsärztlichen oder hausarztzentrierten Versorgung kann die Teilnahme vor Ablauf des Jahres beendet werden. ⁸Die betroffenen Versicherten können in diesem Fall auch einen anderen vertragsgebundenen Hausarzt wählen; die Teilnahme endet in diesem Fall nach Ablauf eines Jahres nach der Wahl des neuen Hausarztes.

- (3) ¹Verstoßen Versicherte gegen eine der Verpflichtungen nach Abs. 1 Satz 4, indem sie hausärztliche Leistungen bei einem anderen als dem von ihnen gewählten Arzt oder Facharztleistungen direkt in Anspruch nehmen, ohne dass ein wichtiger Grund vorliegt, können sie von der Hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. ²Eine vorherige Abmahnung ist erforderlich. ³Im Fall des Ausschlusses haben die Versicherten nach § 21 gewährten Prämienzahlungen zurückzuzahlen. ⁴Eine nochmalige Teilnahme ist erst nach einer Frist von einem Jahr möglich.
- ⁵Ferner können Vergünstigungen, die im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung gewährt werden, widerrufen und für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgefordert werden; Pflichtwidrigkeit ist ausgeschlossen in Fällen der Vertretung bzw. bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z.B. Notfall, Urlaub). ⁶Bei pflichtwidrigem Verhalten kann auch der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden, die durch die unzulässige Inanspruchnahme von Haus- oder Fachärzten entstanden sind.
- (4) Das Nähere regeln die Teilnahmebedingungen zum jeweiligen Versorgungsvertrag, denen die Versicherten mit der Teilnahmeerklärung zustimmen.

§ 19 Besondere ambulante ärztliche Versorgung

- (1) ¹Die AOK bietet ihren Versicherten eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage entsprechender Versorgungsverträge an. ²Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist freiwillig. ³Teilnehmende Versicherte verpflichten sich, Leistungen entsprechend dem Versorgungsvertrag nur bei den vertraglich gebundenen Leistungserbringern und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.
- (2) ¹Die Versicherten nehmen aufgrund schriftlicher Erklärung teil (Einschreibung).
- ²Die Versicherten sind jeweils ein Jahr an die Einschreibung gebunden (Mindestbindungsfrist).
- ³Die Teilnahme beginnt mit dem auf den Zugang der schriftlichen Teilnahmeerklärung bei der AOK folgenden Quartal vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die AOK und endet nach schriftlicher Kündigung des Versicherten zum Quartalsende, frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsfrist von einem Jahr ab Teilnahmebeginn, sofern in den einzelnen Versorgungsverträgen nichts abweichendes geregelt ist.
- ⁴Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, insbesondere im Falle einer schwerwiegenden Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen dem Versicherten und den vertraglich gebundenen Leistungserbringern bzw. bei Wohnortwechsel, Verlegung des Sitzes oder Ausscheiden des vertraglich gebundenen Leistungserbringers aus der vertragsärztlichen Versorgung kann die Teilnahme vor Ablauf des Jahres beendet werden.
- (3) ¹Verstoßen Versicherte gegen eine der Verpflichtungen nach Abs. 1, indem sie Leistungen bei anderen als den vertraglich gebundenen Leistungserbringern direkt in Anspruch nehmen, ohne dass ein wichtiger Grund vorliegt, können sie von der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden. ²Eine vorherige Abmahnung ist erforderlich. ³Eine nochmalige Teilnahme ist erst nach einer Frist von einem Jahr möglich, sofern in den einzelnen Versorgungsverträgen nichts Abweichendes geregelt ist.
- ⁴Ferner können Prämien im Sinne des § 21 und Vergünstigungen, die im Zusammenhang mit der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gewährt werden, widerrufen und für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgefordert werden; Pflichtwidrigkeit ist ausgeschlossen in Fällen der Vertretung bzw. bei Abwesenheit vom Praxisort der vertraglich gebundenen Leistungserbringer (z.B. Notfall, Urlaub). ⁵Bei pflichtwidrigem Verhalten kann auch der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden, die durch die unzulässige Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern entstanden sind.

- (4) Das Nähere regeln die Teilnahmebedingungen zum jeweiligen Versorgungsvertrag, denen die Versicherten mit der Teilnahmeerklärung zustimmen.

Vierter Abschnitt: Wahltarife/Weiterentwicklung der Versorgung

§ 20 Wahltarif Selbstbehalt

- (1) ¹Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V an. ²Der Wahltarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils einen Grundbonus, einen Staffelbonus (Prämien) sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben.
- (2) ¹Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Selbstbehalttarifes. ²Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). ³Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. ⁴Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere 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 Selbstbehalttarif abweichend von Satz 3 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
- (3) ¹Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen Grundbonus erhalten. ²Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen. ³Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. ⁴Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an.

⁵Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen.

Tarifklasse	Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr	Grundbonus je Kalenderjahr in €	Max. Bonus incl. Staffelbonus in €	Pauschaler Selbstbehalt je ambulanter Behandlung des Mitglieds, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, in €	Pauschaler Selbstbehalt je Krankenhausaufenthalt des Mitglieds in €	Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte je Kalenderjahr in €
1	Bis 12.000€	40,00	100,00	10,00	20,00	120,00
2	12.001 bis 18.000€	50,00	110,00	12,50	25,00	130,00
3	18.001 bis 24.000€	60,00	120,00	15,00	30,00	140,00
4	24.001 bis 30.000€	90,00	150,00	22,50	45,00	170,00
5	30.001 bis 36.000€	120,00	180,00	30,00	60,00	210,00
6	36.001 bis 42.000€	180,00	240,00	45,00	90,00	280,00
7	Ab 42.001€	300,00	360,00	75,00	150,00	420,00

⁶Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds mit einer Frist von einem Monat zu Beginn eines Kalenderjahres möglich.

- (4) ¹Der Grundbonus erhöht sich in den ersten drei Jahren um 20 € pro Jahr (Staffelbonus), wenn in jedem der drei Jahre das Mitglied ambulante Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht oder

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

Krankenhausbehandlung nicht in Anspruch nimmt. ²Nicht berücksichtigt werden die in § 53 Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Leistungen.

- (5) ¹Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Selbstbehalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. ²Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. ³Die AOK kann dem Mitglied auf Antrag eine Vorauszahlung auf künftige Unterschiedsbeträge von Bonus und Selbstbehalt in Höhe von bis zu 50% des Grundbonus im Kalenderjahr zahlen. ⁴Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt. ⁵Ist die Summe der Selbstbehalte höher als die der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig. ⁶Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. ⁷Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der nicht erhöhte Grundbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.
- (6) ¹Versicherte, die den Tarif in der Fassung der Satzung bis zum 31.03.2009 gewählt haben, können zwischen den Bedingungen des Tarifs nach den bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Regelungen und den ab dem 01.04.2009 geltenden Regelungen wählen. ²Bei Wahl der bis zum 31.03.2009 geltenden Bedingungen gelten diese für längsten 3 Jahre vom Zeitpunkt der Wahl.

§ 21 Wahltarif für Teilnahme an besonderen Versorgungsformen

- (1) Der Wahltarif gilt für Versicherte, die an den folgenden besonderen Versorgungsformen teilnehmen: Modellvorhaben nach §§ 63, 64, hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b, besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c, strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f und integrierte Versorgung nach § 140a SGB V.
- (2) ¹Die Teilnehmer an den besonderen Versorgungsformen erhalten Qualitätsvorteile und, soweit im einzelnen Versorgungsprogramm vorgesehen, für die Durchführung von Maßnahmen bzw. die Erreichung oder Halten der im jeweiligen Versorgungsprodukt definierten Ziele eine Prämie. ²Die Berechnung der Höhe der Prämie erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. ³Maximal können 100 Punkte jährlich eingelöst werden. ⁴Die tatsächlich erreichbare Punktzahl ist abhängig von der regionalen Verfügbarkeit des jeweiligen Versorgungsproduktes. ⁵Eine Auszahlung der Punkte erfolgt auf schriftlichen Antrag des Teilnehmers. ⁶Angesammelte Bonuspunkte, die nicht zur Auszahlung gekommen sind, verfallen nach 12 Monaten. ⁷Versicherten, die an der Erprobung des Tarifs in Pilotregionen vor dessen Einführung teilgenommen haben, werden die in diesem Rahmen erworbenen Punkte gutgeschrieben.
- ⁸Maßnahmen, Zielerreichung und Bepunktung sind auf die Bedürfnisse der Versicherten in den unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsstadien („Gesunde“, „Risikopatienten“ und „Chroniker“) sowie auf die Ausgestaltung des entsprechenden Versorgungsproduktes abgestimmt. ⁹Die Einzelheiten über die Maßnahmen, deren Zielerreichung und die Höhe der jeweils erreichbaren Punkte sowie über den Nachweis der Voraussetzung der Prämienzahlung und die Information über die Qualitätsvorteile ergeben sich aus den Ausführungsbestimmungen.
- (3) Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Erkrankungen nach § 137 f SGB V teilnehmen und bei denen die Voraussetzungen für die Teilnahme vorliegen, erhalten für die Teilnahme einmalig eine Ermäßigung in Höhe von 40,00 EUR auf die Zuzahlungen, die sie nach dem SGB V zu leisten haben. Die Zuzahlungsermäßigung wird bei einer Einschreibung in mehrere Programme nur einmalig gewährt.

- (4) ¹Die Teilnahme an einer besonderen Versorgungsform gilt als Wahl des Tarifs nach § 53 Abs. 3 SGB V, sofern der Versicherte dem nicht schriftlich widerspricht. ²Mit der Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgungsform endet auch die Teilnahme am Wahltarif.
- (5) Der Wahltarif ist zunächst befristet bis zum 31.12.2011.

§ 22 Krankengeld-Wahltarif

- (1) ¹Einen 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.
- ²Nach 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) ¹Die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes nach § 53 Abs. 6 SGB V bedarf der Schriftform. ²Diese 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. ³Die 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.
- ⁴Satz 2 gilt auch, wenn beantragt wird, im Tarif KG PLUS das Krankengeld zu erhöhen.
- (3) Folgende Krankengeld-Wahltarife 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 (Tarif 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 (Tarif KG 15).
 3. Die in Absatz 1 Nr. 1 genannten Mitglieder, deren beitragspflichtiges Arbeitseinkommen die kalendertägliche Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, können einen ergänzenden Krankengeld-Wahltarif zur Absicherung eines höheren Krankengeldes ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen (Tarif KG PLUS).
- (4) ¹Das Wahltarif-Krankengeld

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

1. beträgt im Tarif 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 im Tarif KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V und § 13 Abs. 3 dieser Satzung berechnet,
3. beträgt im Tarif KG 15 bei den nach Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitgliedern 70 v. H. des durchschnittlichen täglichen 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,
4. kann im Tarif KG PLUS von 10,- EUR bis 150,- EUR nach Maßgabe des Absatzes 5 Satz 4 abgeschlossen werden; im gewählten Tarif KG PLUS darf das Wahltarif-Krankengeld zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 SGB V nicht 70 v. H. des Arbeitseinkommens übersteigen.

²Aus dem Wahltarif-Krankengeld werden Beiträge zur Pflege- und Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung entrichtet, soweit dies auf Grund gesetzlicher Bestimmungen vorgesehen ist.

(5) ¹Die Prämie beträgt:

1. für den Tarif KG 22 1,25 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. für den Tarif KG 15 0,8 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§ 234 SGB V) maßgebend sind.
3. Im Tarif KG PLUS beträgt die Prämie:

KG PLUS je Kalendertag in EUR	Monatliche Prämie in EUR
10,-	5,40
20,-	10,80
30,-	16,20
40,-	21,60
50,-	27,00
60,-	32,40
70,-	37,80
80,-	43,20
90,-	48,60
100,-	54,00
110,-	59,40
120,-	64,80
130,-	70,20
140,-	75,60
150,-	81,00

²Ist die Prämie für einen Teilmonat zu entrichten, wird die Anzahl der mit Prämienzahlung belegten Kalendertage mit 1/30 der monatlichen Prämie multipliziert.

³Wesentliche Änderungen sind ohne Verzug mitzuteilen und wirken mit dem 1. des auf die Erklärung folgenden Kalendermonats.

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 5 wird zum gleichen Zeitpunkt fällig, wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.
2. Die Prämien sind auch für die Dauer des Bezugs von Krankengeld und sonstigen Entgeltersatzleistungen zu zahlen.

3. Die Prämienzahlung endet in den Fällen der Absätze 11 Satz 1 und 3 und 12.
 4. Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK eine Einzugsermächtigung zum Einzug der fällig werdenden Prämien zu erteilen.
- (7) ¹Der 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.
- ²Die §§ 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 den Tarifen KG 22 und KG PLUS.
- (8) ¹Für 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. ²Dies 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. ³Tritt Arbeitsunfähigkeit vor oder innerhalb von 3 Monaten ab Wirksamwerden der Tarifänderung im Sinne des Absatzes 2 Satz 4 ein, dann gelten für die gesamte Dauer der Arbeitsunfähigkeit die bisherigen Tarifbedingungen. ⁴Sätze 1 und 3 gelten nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden und nach Antragstellung eintreten.
- (9) ¹Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. ²Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahltarif-Krankengeldes angerechnet.
- (10) ¹Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). ²Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden. ³Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird. ⁴Gewählte Tarifänderungen, die das Krankengeld erhöhen oder den Beginn des Anspruchs auf Krankengeld vorverlegen, lösen ab Wirksamwerden eine neue Mindestbindungsfrist von drei Jahren aus.
- (11) ¹Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. ²Erfolgt 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. ³Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:
1. bei Erhalt von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II,
 2. bei Erhalt von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
 3. bei Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung nach § 807 ZPO,
 4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3 a SGB V.
- ⁴Die 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.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

⁵Ein Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V besteht nicht.

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

1. wenn der Versicherte nicht mehr zum Personenkreis nach Absatz 1 zählt, es sei denn, die Versicherung oder die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 ist längstens einen Monat unterbrochen oder der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 1 und 2,
2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,
5. wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird,
6. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sei denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,
7. durch Tod.

(13) ¹Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personen ruht der Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 10 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung. ²Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 1 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf. ³Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifes. ⁴Die 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) ¹Mitglieder, die am 31.07.2009 in einem Versicherungsverhältnis mit Anspruch auf Krankengeld nach einem zu diesem Zeitpunkt geltenden Krankengeld-Wahltarif standen, können bis zum 31.01.2010 rückwirkend zum 01.08.2009 unter den Bedingungen dieser Vorschrift einen Krankengeld-Wahltarif wählen. ²Der Krankengeld-Wahltarif wird in diesen Fällen ab 01.08.2009 wirksam. ³Wird die Frist versäumt, gilt Absatz 2 Satz 3. ⁴Abweichend von Satz 1 können Versicherte, die am 31.07.2009 Leistungen aus einem Krankengeld-Wahltarif bezogen haben, innerhalb von 8 Wochen nach dem Ende des Leistungsbezugs rückwirkend zu dem Tag, der auf den letzten Tag des Leistungsbezugs folgt, den Krankengeld-Wahltarif unter den Bedingungen dieser Vorschrift wählen.

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

§ 23 Wahltarif Kostenerstattung bei Zahnersatz

(1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V an. Der Wahltarif hat die Erstattung von Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz zum Gegenstand.

(2) ¹Mitglieder können für sich und/oder für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen den Tarif wählen. ²Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. ³Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V).

⁴Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn.

⁵Versicherungsunterbrechungen bis zur Dauer von 1 Monat sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich. ⁶Ebenso ist es für die Durchführung des Tarifs unschädlich, wenn ein tarifteilnehmendes Mitglied in eine Versicherung nach § 10 SGB V bei der AOK wechselt. ⁷Wechselt ein Tarifteilnehmer in eine Versicherung nach § 10 SGB V bei einer anderen Krankenkasse oder ruhen die Leistungen nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, ruht der Tarif.

⁸Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

⁹Die AOK kann die Teilnahme am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 und 6 trotz Mahnung und Hinweis auf die Folgen zwei mal nicht nachgekommen ist, die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird.

(3) ¹Erstattet werden die dem Versicherten in Deutschland oder in den EU-Mitgliedsstaaten entstandenen nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz, sofern dieser von einem Zahnarzt eingegliedert wurde und sowohl das Datum der Erstellung des genehmigten Heil- und Kostenplans (sofern der Versicherte nicht die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt hat) als auch das Datum der Eingliederung des Zahnersatzes (Anspruchszeitpunkt) in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fallen.

²Der Anspruch besteht bis zur Höhe des zweifachen Leistungsbetrages nach § 55 Abs. 1 SGB V begrenzt auf den Rechnungsbetrag; ggf. nach § 13, § 14 oder § 55 SGB V erstattete bzw. von der AOK oder Dritten aufgrund anderer Rechtsvorschriften übernommene Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind hierauf anzurechnen. ³§ 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend.

⁴Der Anspruch auf Erstattung ist in den ersten drei Jahren nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes abweichend von Satz 2 wie folgt begrenzt:

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

⁵Wird der Kostenerstattungstarif über das dritte Jahr nach Abs. 8 fortgeführt, besteht ein voller Kostenerstattungsanspruch nach Satz 2.

⁶Der Erstattungsanspruch erhöht sich mit der Dauer der Teilnahme am Tarif wie folgt:

- ab dem 7. Jahr nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes um 5 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2
- ab dem 10. Jahr nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes um 10 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2
- ab dem 13. Jahr nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes um 20 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

⁷Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen (inkl. aller dazugehörigen Belege, z.B. Material- und Laborkosten) vorzulegen.

⁸Erstattungen für die Zahnersatzleistungen aus diesem Tarif sowie sonstige Guthaben werden auf das vom Mitglied mitgeteilte Bankkonto überwiesen. ⁹Das Mitglied wird über die Höhe der Erstattungen für sich und für alle am Tarif teilnehmenden familienversicherten Angehörigen schriftlich informiert.

¹⁰§ 51 und § 52 SGB I gelten entsprechend.

- (4) ¹Der Anspruch auf Kostenerstattung durch die AOK setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK eingeht. ²Sofern Prämien nach Absatz 5 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, kann die AOK dem Mitglied auf dessen Kosten eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. ³Wird die Prämie innerhalb der gesetzten Zahlungsfrist nicht gezahlt, ruht von dem Tage an, der dem letzten Tag der Zahlungsfrist folgt, der Anspruch auf Kostenerstattung bis zu dem Tage, an dem die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig entrichtet werden. ⁴Zur Vermeidung von Mahnungen kann die AOK auf Antrag des Mitgliedes auch einem bewussten Ruhen des Tarifs zustimmen. ⁵In dem gewählten Zeitraum ruhen Prämienzahlungen und Leistungsanspruch bis zu dem Tage, an dem die Prämie vollständig für den Ruhenszeitraum entrichtet wird. ⁶Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig nachgeleistet werden und das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft. ⁷Ein fehlendes Verschulden des Mitglieds an der verspäteten Zahlung ist anzuerkennen, wenn

- der verspätete Zahlungseingang nachweislich durch das vom Mitglied mit der Überweisung beauftragte Geldinstitut verschuldet wurde,
- die termingerechte Zahlung bedingt durch einen stationären Krankenhausaufenthalt des Mitglieds nicht vorgenommen werden konnte,
- die termingerechte Zahlung aus anderen schwerwiegenden Gründen, die in der Person des Mitglieds liegen oder sich aus dessen persönlichem Umfeld ergeben, nicht möglich war.

⁸Aus anderen als den o. a. Gründen kann ein fehlendes Verschulden im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn die vom Mitglied vorgebrachten und durch schriftliche Erklärung nachgewiesenen Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalles stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde.

- (5) ¹Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Monatsprämie an die AOK zu zahlen. ²Zur Bestimmung der Altersklasse in den ersten drei Jahren der Teilnahme am Tarif ist das Alter des Teilnehmers zu Beginn der Teilnahme maßgeblich. ³Zur Bestimmung der Altersklasse in jedem sich anschließenden Verlängerungsjahr ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Verlängerungsjahres maßgeblich, für das die Prämie zu entrichten ist.

⁴Es gelten die folgenden Konditionen:

Altersklasse	Monatsprämie in EUR
0-20	2,70
21-40	7,80
41-60	12,50
>60	15,60

⁵Wählt das Mitglied eine jährliche Zahlung im Voraus, wird ein Prämiennachlass in Höhe von 4 v.H. gewährt.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- (6) ¹Die Prämie nach Absatz 5 ist fällig am 1. des Monats (Zahltag) für den die Prämie zu entrichten ist. ²Bei jährlicher Zahlungsweise ist die Prämie fällig am 1. des Monats (Zahltag) zu Beginn des Teilnahmejahres.
- ³Entstehen der AOK durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten.
- (7) ¹Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Prämien an die AOK für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt. ²Wird der Tarif gekündigt endet er in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK zugeht.
- ³Eine unbillige Härte ist anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. ⁴Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. ⁵Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.
- ⁶Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.
- ⁷Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde.
- (8) ¹Erfolgt keine Kündigung des Tarifs, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr, wenn zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres keine schriftliche Kündigung durch das Mitglied erfolgt.
- ²Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

§ 24 Wahltarif Teilkostenerstattung

- (1) ¹Für Mitglieder, die eine Wahlmöglichkeit nach § 14 SGB V haben, wird ein Wahltarif nach § 53 Abs. 7 SGB V eingeführt. ²Den Versicherten, die den Tarif gewählt haben, wird entsprechend der Leistungsbeschränkung nach Absatz 3 50 v.H. des monatlichen Beitrages als Prämie zurückgezahlt (§ 53 Abs. 7 und 8 SGB V).
- (2) Die Prämienzahlung wird mit dem vom DO-Angestellten zu entrichtenden monatlichen Beitrag verrechnet.
- (3) Die Prämienzahlung erfolgt für die Nichtinanspruchnahme der Sachleistungsbeihilfe nach der Hessischen Beihilfenverordnung.
- (4) ¹Für Mitglieder, die bereits vor dem 01.01.2009 von der Wahlmöglichkeit des § 14 SGB V Gebrauch gemacht haben, gilt der Wahltarif als gewählt, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform. ²Die Wahl wirkt ab dem 01.01.2009 bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das diesem Jahr folgt, und verlängert sich um je zwei weitere Kalenderjahr, wenn bis zum Ablauf des genannten Zeitraumes kein Widerruf erfolgt ist. ³Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.

- (5) Die Bestimmungen zum Wahltarif DO-Angestellte gelten inhaltsgleich für Versorgungsempfänger und Hinterbliebene.

§ 25 Wahltarif Selbstbehalt und Gesundheitsbonus

- (1) ¹Die AOK bietet einen Tarif bestehend aus Wahltarifen nach § 53 Abs. 1 SGB V in Form eines Bonus auf Grund des Verzichts auf den Service der persönlichen Betreuung und eines Selbstbehalttarifs sowie eines Gesundheitsbonus nach § 65 a SGB V an. ²Die Boni der einzelnen Tarifkomponenten dürfen 20 % der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten.
- (2) ¹Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Tarifes. ²Die Wahl gilt auch für die mitversicherten Familienangehörigen. ³Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). ⁴Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Tarif und am AOK-Selbstbehalttarif nach § 20 dieser Satzung sowie am Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 33 dieser Satzung ist nicht möglich. ⁵Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendertags, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. ⁶Bei Eintritt eines besonderen Härtefalls, insbesondere 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 Tarif abweichend von Satz 4 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
- (3) ¹Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können für den Verzicht auf den Service der persönlichen Betreuung einen Bonus in Höhe von 50 Euro je Kalenderjahr erhalten. ²Sollte der Kunde und/oder seine familienversicherten Angehörigen die persönliche Beratung in Anspruch nehmen, verringert sich der Bonusbetrag um 12,50 Euro je Besuch in einem Beratungszentrum. ³Der Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte liegt je Kalenderjahr bei 50 Euro.
- (4) ¹Der Selbstbehalttarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils einen Grundbonus sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben. ²Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen Grundbonus erhalten. ³Im Rahmen der Berechnung des Selbstbehalts werden nur Leistungen, die das Mitglied in Anspruch genommen hat, berücksichtigt. ⁴Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen. ⁵Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. ⁶Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an.

⁷Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen.

Tarifklasse	Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr	Grundbonus je Kalenderjahr in €	Pauschaler Selbstbehalt je ambulanter Behandlung des Mitglieds, die mit einer Arzneimittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, in €	Pauschaler Selbstbehalt je Krankenhausaufenthalt des Mitglieds in €	Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte je Kalenderjahr in €
	bis zu 10.000 EUR	50,00	12,50	25,00	50,00
	10.000,01 bis 19.999,99 EUR	90,00	22,50	45,00	90,00
	20.000,00 bis 29.999,99 EUR	120,00	30,00	60,00	120,00
	30.000,00 bis 41.999,99 EUR	150,00	37,50	75,00	150,00
	ab 42.000 EUR	210,00	52,50	105,00	210,00

⁸Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds mit einer Frist von einem Monat zu Beginn eines Kalenderjahres möglich.

⁹Der Unterschiedsbetrag von Boni und Selbstbehalten ist für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. ¹⁰Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. ¹¹Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.

- (5) Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können, wenn sie und/oder ihre familienversicherten Angehörigen Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25, 26, 28i. V. m. § 22 SGB V, Schutzimpfungen nach § 20d SGB V und/oder qualitätsgesicherte Leistungen der AOK und ihrer Kooperationspartner zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Bonus erhalten, sofern diese dokumentiert und nachgewiesen wurden.
- (6) ¹Eine Bonifizierung von Maßnahmen, die vor Beginn der Teilnahme durchgeführt werden, erfolgt, sofern sie im selben Kalenderjahr durchgeführt werden, bzw. bei Schutzimpfungen und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten regeln die Ausführungsrichtlinien die näheren Einzelheiten. ²Es können sowohl Maßnahmen, an denen das Mitglied teilgenommen hat, als auch Maßnahmen an denen seine familienversicherten Angehörigen teilgenommen haben, bonifiziert werden. ³Die Bonifizierung erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. ⁴Maximal können 100 Punkte jährlich eingelöst werden. ⁵Eine Auszahlung der Punkte erfolgt auf schriftlichen Antrag des Teilnehmers. ⁶Angesammelte Bonuspunkte, die nicht zur Auszahlung gekommen sind, verfallen nach 12 Monaten.
- (7) Der Wahltarif ist zunächst befristet bis zum 31.12.2011.

§ 26 Wahltarif Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt

- (1) ¹Mitglieder mit Wohnsitz in Deutschland sowie in Deutschland versicherungspflichtig beschäftigte Mitglieder mit Wohnsitz im angrenzenden Ausland (Grenzgänger), die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen mit Wohnsitz in Deutschland bzw. im Wohnland des Grenzgängers einen Tarif nach § 53 Abs. 4 SGB V für die Erstattung von Kosten bei Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland wählen. ²Der Tarif kann außerdem von im angrenzenden Ausland lebenden Mitgliedern gewählt werden, die eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und für die ohne den Rentenbezug bzw. die Rentenantragstellung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V aus der Mitgliedschaft eines Grenzgängers im Sinne von Satz 1 bestehen würde.
- (2) ¹Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. ²Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Versicherung und frühestens mit dem vom Mitglied gewählten Datum. ³Die Teilnahme am Tarif beginnt abweichend hiervon auf Wunsch des Versicherten rückwirkend mit Beginn der Versicherung, wenn die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen wegen Beginns einer eigenen Mitgliedschaft endet und der Tarif aus diesem Grund innerhalb von zwei Monaten nach dem Tag neu gewählt wurde, an dem der Versicherte vom Ende der Tarifteilnahme Kenntnis erlangt hat; dies gilt entsprechend in den Fällen, in denen die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen endet, weil die Familienversicherung nunmehr aus der Mitgliedschaft eines anderen Mitglieds abgeleitet wird.
- (3) ¹Der Versicherte ist an die Wahl des Tarifes ein Jahr vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist). ²Die Bindungswirkung entsteht sowohl für das

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

Mitglied als auch für die nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde.

³Die Teilnahme am Tarif wird durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei der AOK nicht berührt; dies gilt insbesondere auch bei einem Wechsel in eine Familienversicherung oder in eine Mitgliedschaft, in der die Beiträge komplett von Dritten getragen werden.

(4) ¹Erstattet werden die dem Versicherten im Ausland entstandenen nachgewiesenen Kosten einschließlich der Zuzahlungen/Eigenanteile für medizinisch sofort notwendige

1. ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes,
2. ärztlich verordnete stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich der ärztlich angeordneten Fahrten mit einem Kranken- oder Rettungswagen sowie des ärztlich angeordneten Flugtransportes zum nächsterreichbaren Krankenhaus; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist; sowie
3. ärztlich verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel,

die der Versicherte während eines vorübergehenden bis zu sechswöchigen Aufenthaltes im Ausland in Anspruch genommen hat, sofern sowohl das Datum der ärztlichen Behandlung bzw. Verordnung der Leistung als auch der Beginn des Auslandsaufenthaltes in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fallen; ggf. nach § 13, § 14 oder §§ 17 bis 18 SGB V oder im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts erstattete Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind hierauf anzurechnen.

²Die Kosten für einen medizinisch zwingend notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport ins Inland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinausgehen, werden daneben übernommen; dies umfasst auch die Mehrkosten zur Rückreise, die dem Versicherten entstehen, wenn er infolge einer stationären Behandlung im Ausland die Rückreise nicht planmäßig antreten konnte, sowie die Mehrkosten für einen Rücktransport im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V).

³§ 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend.

⁴Folgende Leistungen werden im Rahmen des Tarifs nicht erstattet:

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

⁵Eine Kostenerstattung ist außerdem nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben haben.

⁶Die Kostenerstattung ist nicht auf Behandlungsfälle in Ländern beschränkt, in denen im Rahmen des über- bzw. zwischenstaatlichen Rechts Sachleistungsaushilfe zulasten eines Trägers im Aufenthaltsland in Anspruch genommen werden kann.

⁷Bei Grenzgängern und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen mit Wohnsitz im Ausland ist der Anspruch auf Leistungen, die in Deutschland oder im Wohnland in Anspruch genommen wurden, ausgeschlossen.

⁸Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen Zeitraum von zusammenhängend längstens sechs Wochen begrenzt.

⁹Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tag ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK eingeht; er bezieht sich nur auf Leistungen, die nach diesem Datum beginnen, es sei denn, die Prämie ist noch nicht fällig geworden.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

¹⁰Sofern eine Prämie nach Absatz 5 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tage, an dem die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig entrichtet werden.

¹¹Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachentrichtet werden oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft.

¹²Ein fehlendes Verschulden des Mitglieds an der verspäteten Zahlung ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn

1. der verspätete Zahlungseingang nachweislich durch das vom Mitglied mit der Überweisung beauftragte Geldinstitut verschuldet wurde,
2. die termingerechte Zahlung bedingt durch einen stationären Krankenhausaufenthalt des Mitglieds nicht fristgerecht vorgenommen werden konnte,
3. die termingerechte Zahlung aus anderen schwerwiegenden Gründen, die in der Person

des Mitglieds liegen oder sich aus dessen persönlichem Umfeld ergeben, nicht möglich war.

¹³Aus anderen als den o. a. Gründen kann ein fehlendes Verschulden im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn die vom Mitglied vorgebrachten und durch schriftliche Erklärung nachgewiesenen Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalls stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde.

- (5) ¹Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Jahresprämie zu zahlen, die im Voraus für das Kalenderjahr zu entrichten ist.

²Die Prämie wird jeweils am 01.12. für das Folgekalenderjahr fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Jahr am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig. ³Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Jahr wird die Prämie anteilig berechnet. ⁴Für die Berechnung der anteiligen Prämie werden für volle Kalendermonate jeweils 1/12 der Jahresprämie zugrunde gelegt; im Übrigen erfolgt die Berechnung nach Kalendertagen. ⁵Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 4 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend. ⁶Entstehen der AOK durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten.

⁷Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK eine Einzugsermächtigung zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Tarifbeiträge zu erteilen.

- (6) ¹Es gelten folgende Konditionen:

Altersklassen	Jahresprämie in EUR
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	6,00 Euro
nach Vollendung des 65. Lebensjahres	12,00 Euro

²Die jahresbezogene Prämie ist jeweils für das Mitglied und jeden nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, zu entrichten. ³Maßgeblich

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

für die Bestimmung der Prämie ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Kalenderjahres, für das die Prämie zu entrichten ist.

- (7) ¹Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, in dem der AOK die schriftliche Kündigung zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der einjährigen Bindungsfrist. ²Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

³Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der AOK oder wenn der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt; die besondere Regelung für Grenzgänger und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.

⁴Versicherungsunterbrechungen bis zu zwei Monaten sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich.

⁵Die AOK kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist und der Einzug der Prämien im Wege der Vollstreckung nicht möglich ist; die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Beendigung des Tarifes dem Versicherten bekannt gegeben wird.

- (8) ¹Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Prämien für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt; das Nähere ergibt sich aus Absatz 9.

²Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK zugeht; Absatz 7 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

³Das Mitglied kann den Tarif aus den o. a. Gründen wahlweise auch für einen oder mehrere der nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen kündigen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend.

- (9) ¹Eine unbillige Härte ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn ein Mitglied des Familienverbundes Leistungen nach dem SGB III (Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegsofopferfürsorge bezieht.

²Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. gleichgeschlechtlicher Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

³In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. ⁴Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. ⁵Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

⁶Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen regelmäßigen monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde.

- (9) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK den Tarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.

§ 27 Wahltarif Alternativmedizin

- (1) ¹Die AOK bietet Mitgliedern einen Wahltarif „Alternativmedizin“ nach § 53 Abs. 4 SGB V an. ²Der Wahltarif hat die Erstattung der ambulanten Behandlungskosten bei zugelassenen Ärzten nach § 95 SGB V mit den Zusatzbezeichnungen Akupunktur, Homöopathie, Chirotherapie und Naturheilverfahren, die nicht als vertragsärztliche Leistungen in Anspruch genommen werden können, und die Erstattung von Kosten für verordnete und nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“ zum Gegenstand. ³Die Wahl besteht zwischen zwei verschiedenen Tarifausprägungen (Tarifausprägung Stufe 1 oder Stufe 2).

⁴Mitglieder können für sich und/oder für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen den Tarif wählen. ⁵Die Erklärung zur Wahl des Tarifs bedarf der Schriftform. ⁶Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). ⁷Das Mitglied ist an den Tarif ein Jahr gebunden (Mindestbindungsfrist). ⁸In dieser Zeit ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zur AOK ausgeschlossen. ⁹Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. ¹⁰Für neugeborene Kinder kann rückwirkend ab Geburt die Teilnahme an diesem Tarif gewählt werden, sofern ein Elternteil zu diesem Zeitpunkt bereits mindestens drei Monate in der gleichen oder einer höheren Tarifausprägung dieses Wahltarifes bei der AOK Hessen versichert ist und der Antrag für das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt erfolgt. ¹¹Versicherungsunterbrechungen bis zur Dauer von 1 Monat sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich. ¹²Ebenso ist es für die Durchführung des Tarifs unschädlich, wenn ein tarifteilnehmendes Mitglied in eine Versicherung nach § 10 SGB V bei der AOK oder in eine Mitgliedschaft, in der die Beiträge komplett von Dritten getragen werden, wechselt. ¹³Wechselt ein Tarifteilnehmer in eine Versicherung nach § 10 SGB V bei einer anderen Krankenkasse oder ruhen die Leistungen nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, ruht der Tarif. ¹⁴Die AOK kann die Teilnahme am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 und 6 trotz Mahnung und Hinweis auf die Folgen zwei mal nicht nachgekommen ist, die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird.

- (2) ¹Erstattet werden dem Mitglied 80 v. H. der für sich selbst und/oder seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen in Deutschland entstandenen nachgewiesenen Kosten für von einem Vertragsarzt im Sinne des Abs. 1 entstehenden Behandlungskosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne des § 12 Abs. 1 SGB V bis zu einer maximalen Höhe des Rechnungsbetrages in den einzelnen Tarifausprägungen der Stufe 1 und Stufe 2. ²Erstattet werden dem Mitglied zudem 80 v. H. der für sich selbst und/oder seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen in Deutschland entstandenen und nachgewiesenen Kosten für von einem Vertragsarzt im Sinne des Abs. 1 auf Rezept im Rahmen der medizinisch notwendigen Heilbehandlung verordnete und von einer zugelassenen deutschen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegebenen nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen und nach diesem Tarif erstattungsfähigen phytotherapeutischen, homöopathischen und anthroposophischen Arzneimittel („Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“), sofern sowohl das Datum der Verordnung durch Arzt als auch das Datum der Abgabe des Arzneimittels in die Zeit fällt, in der ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht bis zu einer maximalen Höhe des Rechnungsbetrages in den einzelnen Tarifausprägungen der Stufe 1 und Stufe 2. ³Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage der Nachweise im Original. ⁴Auf den Behandlungsnachweisen ist die Diagnose und die gewählte Therapieform anzugeben. § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V gilt entsprechend. ⁵Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 6 bei der AOK Hes-

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

sen eingeht, frühestens jedoch nach einer Wartezeit von 3 Monaten nach Wahl des Tarifs. ⁶Falls der Tarif innerhalb der letzten 24 Monate aufgrund einer Kündigung beendet wurde oder die Tarifaufprägung gewechselt wurde und erneut abgeschlossen wird, verlängert sich die Wartezeit – bei Wechsel der Tarifaufprägung nur für die Mehrleistungen - auf 6 Monate. ⁷Der Anspruch auf Kostenerstattung bezieht sich nur auf Leistungen, die nach diesem Datum beginnen, es sei denn, die Prämie ist noch nicht fällig geworden. ⁸Eine Erstattung im Rahmen dieses Tarifs ist nicht möglich für

- Leistungen von Ärzten ohne Zulassung im Sinne des § 95 SGB V
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz, Versorgung mit Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen
- Leistungen von Ärzten, die keine Fachrichtung Zusatzbezeichnung Homöopathie, Chirotherapie oder Naturheilverfahren tragen
- ärztlich erbrachte Leistungen, die über den 2,3fachen Satz des amtlichen Verzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ über den 1,8fachen Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ über dem 1,15fachen Satz hinausgehen
- Die angewandten Naturheilverfahren müssen in dem jeweils für das Kalenderjahr der Leistungsanspruchnahme gültigen Fassung des "Hufeland-Leistungsverzeichnisses der besonderen Therapierichtungen" aufgeführt sein.
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dies sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, vorbeugend oder gewohnheitsmäßig, zur Verzögerung des natürlichen Alterungsprozesses, aus kosmetischen Gründen oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen und Nahrungsergänzungsmittel
- Arzneimittel der „Negativliste“ nach § 34 Abs. 3 SGB V
- Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel („Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“), die als Sachleistung über die Krankenversichertenkarte in Anspruch genommen werden können, sind ebenfalls von der Erstattung im Rahmen dieses Tarifs ausgenommen. Dies sind „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“, die durch einen Vertragsarzt auf dem Kassenrezept ausnahmsweise verordnet werden können für Kinder bzw. Jugendliche mit Entwicklungsstörungen ab dem Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder nach den Arzneimittelrichtlinien bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und zur Anwendung bei diesen Erkrankungen.
- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, sowie Abführmittel und Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

(3) ¹Für jedes Mitglied, das für die Dauer eines vollen Versicherungsjahres Leistungen aus diesem Tarif nicht in Anspruch genommen hat, wird ein Bonus gewährt. ²Die Bonushöhe beträgt

Tarifaufprägung Stufe 1

Alter	Bonus
0 – 20 Jahre	22,80 €
21 – 40Jahre	37,80 €
41 – 60 Jahre	58,80 €
Über 60 Jahre	73,80 €

Tarifaufprägung Stufe 2

Alter	Bonus
0 – 20 Jahre	41,70 €
21 – 40 Jahre	68,70 €
41 – 60 Jahre	107,70 €
Über 60 Jahre	143,70 €

³Bei Ende der Teilnahme im laufenden Versicherungsjahr wird der Rechnungshöchstbetrag oder ein möglicher Bonus anteilig berechnet. ⁴Für die Berechnung des anteiligen Rechnungshöchstbetrages oder Bonus werden für volle Kalendermonate jeweils 1/12 des Jahresrechnungshöchstbetrages zugrunde gelegt, für angebrochene Kalendermonate erfolgt eine Ermittlung eines Rechnungshöchstbetrages oder eine Bonifizierung nicht. ⁵Eine Bonifizierung aufgrund von Leistungsfreiheit erfolgt nur dann, wenn das Mitglied zum Zeitpunkt der Erstattung noch an dem Tarif teilnimmt oder wenn die Beendigung des Tarifs aufgrund des Sonderkündigungsrechts oder durch Tod des Mitglieds erfolgt ist.

- (4) ¹Der Selbstbehalt je erstattungsfähiger Rechnung beträgt 20%. ²Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen jährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt, der sich wie folgt ergibt:

Tarifaufprägung Stufe 1

³Es erfolgt eine Staffelung des Rechnungshöchstbetrages:

- im ersten Versicherungsjahr sind bis zu 300 € erstattungsfähig,
- im zweiten Versicherungsjahr sind bis zu 300 € erstattungsfähig, zuzüglich der zur Erstattung nicht eingereichten Beträge aus dem ersten Versicherungsjahr
- im dritten Versicherungsjahr sind bis zu 300 € erstattungsfähig, zuzüglich der zur Erstattung nicht eingereichten Beträge aus den beiden Vorjahren
- ab dem vierten Versicherungsjahr sind bis zu 1.200 € erstattungsfähig, wobei zur Erstattung eingereichte Beträge aus den beiden Vorjahren in Abzug gebracht werden. Mindestens jedoch sind 400 € erstattungsfähig.

Tarifaufprägung Stufe 2

⁴Es erfolgt eine Staffelung des Rechnungshöchstbetrages:

- im ersten Versicherungsjahr sind bis zu 600 € erstattungsfähig,
- im zweiten Versicherungsjahr sind bis zu 600 € erstattungsfähig, zuzüglich der zur Erstattung nicht eingereichten Beträge aus dem ersten Versicherungsjahr
- im dritten Versicherungsjahr sind bis zu 600 € erstattungsfähig, zuzüglich der zur Erstattung nicht eingereichten Beträge aus den beiden Vorjahren
- ab dem vierten Versicherungsjahr sind bis zu 2.400 € erstattungsfähig, wobei zur Erstattung eingereichte Beträge aus den beiden Vorjahren in Abzug gebracht werden. Mindestens jedoch sind 800 € erstattungsfähig.

⁵Erstattungen nach § 13 SGB V sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind auf die Erstattung anzurechnen. ⁶§ 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend. ⁷Die Erstattung von Kosten die bei psychiatrischer Behandlung entstehen, ist ausgeschlossen. ⁸Behandlungskosten, die als Sachleistung über die Krankenversichertenkarte in Anspruch genommen werden können, sind ebenfalls von der Erstattung im Rahmen dieses Tarifs ausgenommen.

- (5) ¹Sofern Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, kann die AOK dem Mitglied auf dessen Kosten eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. ²Wird die Prämie innerhalb der gesetzten Zahlungsfrist nicht gezahlt, ruht von dem Tage an, der dem letzten Tag der Zahlungsfrist folgt, der Anspruch auf Kostenerstattung bis zu dem Tage, an dem die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig entrichtet werden. ³Zur Vermeidung von Mahnungen kann die AOK auf Antrag des Mitgliedes auch einem bewussten Ruhen des Tarifs zustimmen. ⁴In dem gewählten Zeitraum ruhen Prämienzahlungen und Leistungsanspruch bis zu dem Tage, an dem die Prämie vollständig für den Ruhenszeitraum entrich-

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

tet wird. ⁵Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn der Tarifbeitrag, einschließlich der entstandenen Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachentrichtet wird oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft. ⁶Ein fehlendes Verschulden des Mitglieds an der verspäteten Zahlung ist anzuerkennen, wenn

- der verspätete Zahlungseingang nachweislich durch das vom Mitglied mit der Überweisung beauftragte Geldinstitut verschuldet wurde,
- die termingerechte Zahlung bedingt durch einen stationären Krankenhausaufenthalt des Mitglieds nicht vorgenommen werden konnte,
- die termingerechte Zahlung aus anderen schwerwiegenden Gründen, die in der Person des Mitglieds liegen oder sich aus dessen persönlichem Umfeld ergeben, nicht möglich war.

⁷Aus anderen als den o. a. Gründen kann ein fehlendes Verschulden im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn die vom Mitglied vorgebrachten und durch schriftliche Erklärung nachgewiesenen Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalles stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde.

- (6) ¹Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils einen monatlichen Tarifbeitrag an die AOK zu zahlen, der im Voraus für den Kalendermonat oder wahlweise für ein Jahr im Voraus zu entrichten ist. ²Die Prämie ist fällig am 1. des Monats (Zahltag) für den die Prämie zu entrichten ist. ³Bei jährlicher Zahlungsweise ist die Prämie fällig am 1. des Monats (Zahltag) zu Beginn des Teilnahmejahres. ⁴Entstehen der AOK durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten. ⁵Wählt das Mitglied die jährliche Zahlung im Voraus, wird ein Prämiennachlass in Höhe von 4 v. H. gewährt.

⁶Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK eine Einzugsermächtigung zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Tarifbeiträge zu erteilen.

⁷Es gelten die nachfolgenden Monatsprämien:

Tarifaufprägung Stufe 1

Alter	Monatliche Prämie in EUR
0 – 20 Jahre	7,60
21 – 40 Jahre	12,60
41 – 60 Jahre	19,60
Über 60 Jahre	24,60

Tarifaufprägung Stufe 2

Alter	Monatliche Prämie in EUR
0 – 20 Jahre	13,90
21 – 40 Jahre	22,90
41 – 60 Jahre	35,90
Über 60 Jahre	47,90

⁸Zur Bestimmung des jährlichen Tarifbeitrages in jedem Versicherungsjahr ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Versicherungsjahres maßgeblich. ⁹Kommt es zu Veränderungen der Leistungshöhen des Versicherers z.B. auf Grund von Veränderungen der Leistungskosten, der Arzneimittelkosten, der Häufigkeit von Krankheitsfällen oder auf Grund steigender Lebenserwartung, behält sich die AOK Hessen vor, die monatlichen Prämienhöhen anzupassen.

- (7) ¹Die Teilnahme am Tarif endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn.

²Erfolgt keine Kündigung des Tarifs, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr. ³Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

⁴Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung des Tarifbeitrags an die AOK für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. ⁵Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK zugeht. ⁶Ein besonderer Härtefall ist insbesondere anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) im Sinne des § 18 SGB IV nicht überschreiten. ⁷Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 v. H. der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße. ⁸Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist. ⁹Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds. ¹⁰Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde.

¹¹Im Falle einer nicht altersbedingten Erhöhung des Tarifbeitrages über 10 v. H. kann der Tarif bis zum Ablauf des Kalendermonats gekündigt werden, in dem die Erhöhung in Kraft tritt.

¹²Ein Wechsel innerhalb der Tarifaufprägung kann jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres erfolgen. ¹³Der Wechsel ist schriftlich mit einer Frist von drei Kalendermonaten zu beantragen.

- (8) Die näheren Einzelheiten zur Durchführung dieses Kostenerstattungstarifes sind in den Teilnahmebedingungen geregelt.
- (9) Im Übrigen gelten die Vorschriften über Aufrechnung und Verrechnung der §§ 51, 52 SGB I, sowie über Verjährung, Beanstandung und Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge, Verzinsung und Verjährung von Erstattungsansprüchen sowie Verrechnung und Aufrechnung von Erstattungsansprüchen nach den §§ 25, 26 Abs. 2, 27, 28 SGB IV entsprechend.

§§ 28 – 32 ohne Inhalt

§ 33 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten – BONUS fit/AOK-Programm Kinderbonus

- (1) Mitglieder der AOK Hessen und ihre mitversicherten Familienangehörigen, die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25, 26, 28 i. V. m. § 22 SGB V, Schutzimpfungen nach § 20 (d) SGB V und/oder qualitätsgesicherte Leistungen der AOK Hessen und ihrer Kooperationspartner zur primären Prävention in Anspruch nehmen, erhalten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten, wenn diese dokumentiert wurden.
- (2) ¹Im Rahmen des AOK-Programms Kinderbonus erhalten bei der AOK Hessen versicherte Kinder und ihre bei der AOK Hessen versicherten Eltern, Lebensgefährten der Eltern, Paten oder Verwandten bis zum 3. Grad einen Bonus, wenn sie die Leistungen nach Absatz 1 in Anspruch nehmen und diese Leistungen dokumentiert wurden. ²Voraussetzung für die Teilnahme am AOK-Programm Kinderbonus ist, dass das teilnehmende Kind das

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

17. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und zum Tarifstart mindestens ein Mitglied für das Kind mitsammelt.

- (3) ¹Voraussetzung für die Teilnahme an dem Programm nach Absatz 1 ist die ausdrückliche Entscheidung des Mitglieds bzw. bei dem Programm nach Absatz 2 eines Familienangehörigen des Kindes. ²Die Teilnahme an den Programmen nach den Absätzen 1 und 2 ist freiwillig und bedarf der Schriftform. ³Die Beendigung der Teilnahme kann jederzeit schriftlich gemäß Absatz 6 gegenüber der AOK Hessen erklärt werden. ⁴Eine gleichzeitige Teilnahme an beiden Programmen ist ausgeschlossen. ⁵Ebenfalls kann ein Mitsammler nach Absatz 2 nur für ein Kind registriert sein. ⁶Die gleichzeitige Teilnahme am AOK-Programm Kinderbonus, an einem Selbstbehalttarif nach § 20 sowie am Tarif nach § 25 dieser Satzung ist nicht möglich. ⁷Ebenso können Teilnehmer am Programm nach Absatz 1 nicht am Tarif nach § 25 teilnehmen.
- (4) ¹Eine Bonifizierung von Maßnahmen, die vor Beginn der Teilnahme durchgeführt werden, erfolgt sofern sie im selben Kalenderjahr durchgeführt werden, bzw. bei Schutzimpfungen und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten regeln die Ausführungsrichtlinien die näheren Einzelheiten. ²Die Bonifizierung erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. ³Maximal können beim Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten 100 Punkte kalenderjährlich und beim Programm nach Absatz 2 100 Punkte kalenderjährlich pro Kind und einem Mitsammler sowie 200 Punkte kalenderjährlich pro Kind und 2 Mitsammlern eingelöst werden. ⁴Eine Auszahlung der Punkte erfolgt auf schriftlichen Antrag.
- (5) Bei der Teilnahme am Programm nach Absatz 2 erhält jedes Kind einen Treuebonus, wenn jährlich die Teilnahme des Kindes an mindestens einer Maßnahme gem. Absatz 1 nachgewiesen wird.
- (6) Die Höhe des Treuebonus pro Kind ist wie folgt gestaffelt:
- a. nach 3 Teilnahmejahren: 60 Euro
 - b. nach 6 Teilnahmejahren: 90 Euro
 - c. nach 9 Teilnahmejahren: 120 Euro
 - d. nach 12 Teilnahmejahren: 180 Euro
 - e. nach 15 Teilnahmejahren: 250 Euro
 - f. nach 18 Teilnahmejahren: 500 Euro
- (7) ¹Der Bonus wird den Versicherten als Geldprämie gegen Nachweis zur Verfügung gestellt. ²Er wird nach einem sich aus den Ausführungsbestimmungen ergebenden Punktzahlensystem ermittelt. ³Der Bonus nach Absatz 1 kann jährlich eingelöst werden. ⁴Beim Bonus nach Absatz 1 verfallen angesammelte Bonuspunkte, die nicht zur Auszahlung gekommen sind, nach 12 Monaten. ⁵Beim Programm nach Absatz 2 kommen der Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten und der Treuebonus mit Vollendung des 18. Lebensjahres zur Auszahlung. ⁶Ist eine Mindestlaufzeit von drei Jahren erfüllt, kann der Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten auf Antrag auch jährlich ausgezahlt werden. ⁷Bei Einlösung des Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten vor Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes bleiben die angesparten Treueboni bestehen. ⁸Diese kommen frühestens mit Vollendung des 18. Lebensjahres zur Auszahlung.
- (8) ¹Die Teilnahme am Bonusprogramm nach Absatz 1 kann vom Mitglied, am Bonusprogramm nach Absatz 2 vom teilnehmenden Kind jederzeit ohne Angaben von Gründen beendet werden. ²Bei Versicherten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, hat die Kündigung durch den gesetzlichen Vertreter zu erfolgen. ³Bei Kündigung des Programms nach Absatz 2 vor Vollendung des 18. Lebensjahres verfallen die Treueboni. ⁴Beim Programm nach Absatz 2 endet die Teilnahme automatisch mit Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes.
- (9) ¹Die näheren Einzelheiten zur Durchführung der Programme nach den Absätzen 1 und 2 sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt. ²Im Falle einer missbräuchlichen Nutzung der Bonusprogramme nach den Absätzen 1 und 2 z. B. durch Manipulation des

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

Punktstandes aufgrund falscher Angaben oder Sammlung von Punkten unter Verstoß gegen die Teilnahmebedingungen kann die AOK Hessen Teilnehmer mit sofortiger Wirkung vom Programm ausschließen, bereits erworbene Ansprüche können entfallen.³ Wurde ein Teilnehmer von einem Bonus nach Absätzen 1 oder 2 ausgeschlossen, gilt er im Falle einer erneuten Anmeldung zu einem der Programme als nicht teilnahmeberechtigt.

§ 34 Bonus für Arbeitgeber bei Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

- (1) Die AOK fördert gemäß § 20a SGB V Arbeitgeber, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen und gewährt nach § 65a Abs. 2 SGB V und nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen sowie der Ausführungsbestimmungen einen Bonus.
- (2) Die AOK unterstützt die Umsetzung eines integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagements durch eigene Fachkräfte.
- (3) ¹Die betriebliche Gesundheitsförderung hat den Qualitätsanforderungen des Handlungsleitfadens nach § 20 SGB V und den Vorgaben der Ausführungsbestimmungen für ein erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement zu entsprechen. ²Sie ist zu dokumentieren und der AOK Hessen nachzuweisen.
- (4) Die Vergabe des Bonus ist an den Nachweis durch das teilnehmende Unternehmen gebunden, Gesundheitsförderung im vorgenannten Sinne implementiert und kontinuierlich verbessert zu haben.
- (5) ¹Bei Reduzierung definierter Leistungskosten erhält das teilnehmende Unternehmen 30 % der pauschaliert ermittelten eingesparten Leistungsausgaben als Bonus. ²Zusätzlich honoriert die AOK Hessen die Implementierung geeigneter Strukturen und Verfahren und die Einbindung der Mitarbeiter mit einem Anschub-/Erhaltungs- sowie Mehraufwandsbeitrag.
- (6) ¹Die Teilnahme am Firmenkundenbonus beginnt mit Abschluss der Kooperationsvereinbarung. ²Die Teilnahme wird auf 1 Projektjahr begrenzt. ³Eine Verlängerung ist möglich.
- (7) Der Bonus wird sowohl als initiiierende Projektförderung zum Beginn eines Projektjahres sowie als umsetzungsabhängige Bonifizierung zum Ende eines Projektjahres gewährt.
- (8) Teilnahmevoraussetzungen für die Unternehmen sind:
 - der Abschluss der Kooperationsvereinbarung zum Firmenkundenbonus,
 - die Erfüllung der Basisanforderungen
 - schriftlicher Nachweis der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung,
 - vertrauensvolle Zusammenarbeit
 - Mitarbeit (Datenlieferung) bei der Evaluation des Firmenkundenbonus
- (9) Die näheren Einzelheiten zu den Qualitätsstandards und zur Qualitätssicherung, zur Prüfung der Effektivität der Maßnahmen und der Umsetzung der Bonusregelung werden in Ausführungsbestimmungen und den Vereinbarungen mit den Teilnahmebetrieben geregelt.
- (10) Die Regelung ist zunächst befristet bis zum 31.12.2011.

§ 35 Erprobungsregelungen

¹Zur Absenkung der Ausgaben für Arzneimittel in Verbindung mit einer Steigerung der Versorgungsqualität der Versicherten wird ein Modellvorhaben gem. § 63 Abs. 1 SGB V durchgeführt. ²Das Modellvorhaben ist zudem darauf ausgerichtet die Weiterentwicklung der Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung sowie eine den wissenschaftli-

chen Erkenntnissen entsprechende qualitätsgesicherte Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln zu erproben.

- a) ³Das Nähere zur Durchführung des Modellvorhabens regelt ein entsprechender Vertrag mit der KV Hessen gemäß § 64 SGB V und der GAIA AG.
- b) ⁴Die Laufzeit des Modellvorhabens beträgt maximal 8 Jahre. ⁵Sie beginnt am 01.07.2006.
- c) ⁶Das Modellvorhaben wird gemäß § 65 SGB V wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Das Ergebnis der Auswertung wird veröffentlicht.

§ 36 Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen

- (1) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V (DMP) der AOK Hessen teilnehmen, für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung für die Region Hessen beantragt wurde oder beantragt wird.
- (2) ¹Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb der Region Hessen durchgeführt werden und für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Beauftragung beantragt wurde oder beantragt wird. ²Dies gilt auch für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V, die als Modellvorhaben durchgeführt werden.
- (3) ¹Die Teilnahme ist schriftlich zu erklären (Einschreibung). ²Mit der Einschreibung erklärt sich der Versicherte zur aktiven Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm bereit. ³Voraussetzung für die Teilnahme ist die schriftliche Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch einen Arzt, der als koordinierender Vertragsarzt in das jeweilige Behandlungsprogramm eingeschrieben ist.
- (4) Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm endet bei Widerruf der Einwilligungserklärung durch den Versicherten mit dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung bei der AOK Hessen, es sei denn, der Versicherte bestimmt einen späteren Zeitpunkt; in diesem Fall endet die Teilnahme zu dem vom Versicherten bestimmten Zeitpunkt.
- (5) Die Satzungsregelung gilt auch für Versicherte, die sich in der Vergangenheit in strukturierte Behandlungsprogramme einer anderen AOK außerhalb der Region Hessen eingeschrieben haben.

§§ 37 und 38 ohne Inhalt

Fünfter Abschnitt: Beiträge

§ 39 Beitragssätze

- (1) Der allgemeine Beitragssatz wird in § 241 SGB V festgesetzt.
- (2) Der ermäßigte Beitragssatz wird in § 243 SGB V festgesetzt.

§ 40 ohne Inhalt

§ 41 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder

Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder, die Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder sowie die Regelungen über Fälligkeit und Zahlung der Beiträge ergeben sich aus dem Gesetz und den einheitlichen Grundsätzen des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Kranken-

versicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge.

§ 42 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

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

§ 43 Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

¹Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Abs. 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag

1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
2. unter den in Satz 2 und 3 genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn der Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Abs. 4a SGB V zu zahlen ist,
3. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.

²Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet. ³Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

§ 44 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

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

§ 45 Vorschüsse

¹Die AOK kann von Arbeitgebern, die

1. innerhalb des Kassenbezirks keine feste Betriebsstätte haben oder sich nur vorübergehend aufhalten oder
2. a) länger als einen Monat mit der Beitragszahlung in Verzug sind oder
a) sich in einem Insolvenzverfahren befinden oder
b) sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
c) Zahlungsausfälle befürchten lassen oder
3. keine 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 einen Monat fordern. ²Dabei ist eine Frist von mindestens sieben Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

§ 46 Erstattung von Beiträgen

Beitragserstattungen nach § 231 SGB V werden jährlich vorgenommen.

§ 47 und 48 ohne Inhalt

Sechster Abschnitt: Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle

§ 49 Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle

- (1) ¹Die Aufgaben der Widerspruchsstelle werden durch einen besonderen Ausschuss nach § 36 a SGB IV (Widerspruchsausschuss) wahrgenommen. ²Der Widerspruchsausschuss besteht aus mehreren Kammern, deren Zahl der Verwaltungsrat in Richtlinien bestimmt.
- (2) ¹Den Kammern gehören je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber an, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen. ²Der Vorsitzende des Vorstandes oder ein von ihm Beauftragter gehört dem Ausschuss mit beratender Stimme an.
- (3) ¹Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat für die Dauer der Amtsperiode der Organe bestellt. ²Für die Stellvertretung gilt § 31 Abs. 3 der Satzung entsprechend.
- (4) Für ehrenamtliche Mitglieder des Widerspruchsausschusses gelten die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes sowie über Haftung, Amtsdauer, Amtsverlust, Beratung, Beschlußfassung und Entschädigung entsprechend.
- (5) Der Widerspruchsausschuss entscheidet über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anders bestimmt ist.

Siebter Abschnitt: Organe

§ 50 Organe der AOK

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

§ 51 Verwaltungsrat und seine Mitglieder

- (1) ¹Der Verwaltungsrat der AOK hat 30 Mitglieder. Er setzt sich aus je 15 Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber zusammen. ²Für die Stellvertretung der Verwaltungsratsmitglieder gilt Listenstellvertretung.
- (2) Mitglieder des Verwaltungsrates und ihre Stellvertreter werden Mitglieder des Verwaltungsrates an dem Tag, an dem die erste Sitzung des Verwaltungsrates stattfindet (Konstituierende Sitzung).
- (3) ¹Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates. ²Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich zum 1. Oktober.

§ 52 Aufgaben des Verwaltungsrates

(1) ¹Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. ²Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK von grundsätzlicher Bedeutung sind.

(2) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:

1. Grundsatzentscheidungen der sozial- und unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK in gesundheits- und sozialpolitischen und strategischen Fragen,
2. Wahl des Vorstandes und aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden,
3. Vertretung der AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern,
4. Vereinbarung von strategischen Zielen der Sozial- und Unternehmenspolitik mit dem Vorstand innerhalb der Grenzen der Grundsatzentscheidungen,
5. Überwachung des Vorstandes u. a. durch Entgegennahme der Berichte des Vorstandes über die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen, finanzielle Situation und Entwicklung sowie die Erreichung der Jahresziele (§ 197 Abs. 1 Nr. 1a SGB V, § 35a Abs. 2 SGB IV),
6. Bestellung eines externen Prüfers für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV) und Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung,
7. Feststellung des Haushaltsplans,
8. Aufstellung und Änderung der Satzung,
9. Zustimmung zur Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung und des Stellenplans,
10. Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V,
11. Beschluss über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,
12. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat,
13. Beschlussfassung über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen,
14. Wahrnehmung von Aufgaben in anderen, durch Gesetz oder maßgebendes Recht bestimmten Fällen.

(3) ¹Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen und mehr als die Hälfte anwesend sind. ²Bei Beschlussunfähigkeit ist binnen zwei Wochen zu einer erneuten Sitzung einzuladen. ³Beschlüsse über Änderungen der Satzung bedürfen der Mehrheit von zwei Dritteln der Verwaltungsratsmitglieder. ³Im übrigen gilt § 64 SGB IV.

(4) ¹Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen über

1. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
2. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung sowie Änderungen von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts zur Beseitigung offenkundiger Unrichtigkeiten handelt,
3. Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

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

²Wenn 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. ³Ergibt sich bei der schriftlichen Abstimmung Stimmgleichheit, so wird über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates beraten und abgestimmt. ⁴Kommt auch bei der zweiten Abstimmung keine Mehrheit zustande, so gilt der Antrag als abgelehnt.

(5) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere

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

§ 53 Vorstand

- (1) ¹Der Vorstand besteht aus zwei Mitgliedern. ²Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; Wiederwahl ist möglich.
- (2) ¹Der Vorstand führt die Geschäfte der AOK, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen. ²Im Rahmen der dem Vorstand obliegenden Gesamtverantwortung und der aufgestellten Richtlinien führt jedes Mitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. ³Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand, bei Stimmgleichheit der Vorsitzende des Vorstandes (§ 35 a Abs. 1 und 3 SGB IV).
- (3) Der Vorstand handelt unter Berücksichtigung der vom Verwaltungsrat bestimmten Grundsatzentscheidungen und trifft alle zu ihrer Realisierung erforderlichen Entscheidungen.
- (4) Der Vorstand hat für Änderungen des Gesellschaftsvertrages des AOK-Bundesverbandes die Zustimmung des Verwaltungsrates einzuholen.
- (5) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:
 1. Die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Aufgaben in der Unternehmenspolitik und -strategie, der Sozial- und Gesundheitspolitik im Rahmen seiner gesetzlichen Zuständigkeit;
 2. die Zielplanung und Aufstellung von Jahreszielen im Rahmen der mit dem Verwaltungsrat getroffenen Zielvereinbarungen;
 3. Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über
 - a) Umsetzung von Grundsatzentscheidungen,
 - b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
 - c) die Einhaltung der Jahresziele;
 4. Bericht gegenüber den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen;
 5. Aufstellung von Richtlinien für den Vorstand;
 6. sonstige Aufgaben, die durch Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht dem Vorstand zugewiesen sind.

§ 54 Vertretung der AOK

- (1) Der Vorstand vertritt die AOK unbeschadet des Absatzes 3 gerichtlich und außergerichtlich.
- (2) ¹Jedes Vorstandsmitglied nimmt das Vertretungsrecht des Vorstandes in den Grenzen der durch die Richtlinien des Vorstandes ihm übertragenen Geschäftsführungsbefugnis allein wahr. ²Im Einzelfall kann durch den Vorstand bestimmt werden, dass auch einzelne Mitglieder des Vorstandes die AOK vertreten können.
- (3) ¹Der Verwaltungsrat vertritt die AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern. ²Das Vertretungsrecht wird gemeinsam durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

§ 55 Beratende Gremien

- (1) Zur Unterstützung der Unternehmenspolitik der AOK werden beratende Gremien eingeführt (z. B. Handwerksbeiräte).
- (2) Das Nähere, insbesondere die Aufgaben, Zusammensetzung und Anzahl der Gremien, bestimmt der Verwaltungsrat in Richtlinien.

§ 56 Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder

- (1) ¹Die Mitglieder des Verwaltungsrates üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. ²Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten oder andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, die Rechte und Pflichten eines Mitgliedes des Verwaltungsrates (§ 40 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB IV).
- (2) Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten Entschädigungen und Erstattungen nach der als Anhang 2 beigefügten Regelung (§ 41 Abs. 1, Abs. 2 SGB IV).
- (3) Die Mitglieder des Verwaltungsrates haften nach Maßgabe des § 42 SGB IV.

Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 57 Rücklage

Die Rücklage beträgt 25 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Zwecke.

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

- (1) ¹Der vom Verwaltungsrat gebildete Rechnungsprüfungsausschuss ist befugt, die Bücher und Akten der AOK einzusehen sowie die Vermögensbestände zu prüfen. ²Er kann einzelne Mitglieder hiermit beauftragen.
- (2) ¹Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt. ²Der Vorstand veranlasst eine interne oder externe Rechnungsprüfung (§ 77 Abs. 1 Satz 1 SGB IV, § 31 SVHV).
- (3) ¹Der Verwaltungsrat bestellt den externen Prüfer für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV). ²Die Abnahme der Jahresrechnung erfolgt durch den Verwaltungsrat.

Neunter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

§ 59 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

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

Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und In-Kraft-Treten

§ 60 Bekanntmachungen

- (1) ¹Bekanntmachungen sind in den Geschäftsräumen der AOK mindestens zwei Wochen öffentlich auszuhängen. ²Bei Satzungsänderungen wird außerdem auf den wesentlichen Inhalt sowie auf Ort und Zeit des Aushangs in der regionalen Tagespresse hingewiesen.
- (2) ¹Bekanntmachungen von Änderungen der Dienstordnung einschließlich des Stellenplanes sowie der Regelungen über die Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen erfolgen nach der Genehmigung durch Auslegung im Büro der Selbstverwaltung für zwei Wochen. ²Durch Aushang in den Geschäftsstellen wird außerdem auf diese Änderungen sowie auf Ort und Dauer der Auslegung hingewiesen.

§ 61 In-Kraft-Treten

- (1) Die Satzung tritt am 1. Januar 2010 in Kraft.*
- (2) Mit dem Tag des Inkrafttretens dieser Satzung verliert die Satzung vom 1. Juli 2005 in der Fassung des 18. Nachtrages ihre Gültigkeit.
- (3) Der Verwaltungsrat hat die vorstehende Fassung der Satzung in seiner Sitzung am 17. Dezember 2009 beschlossen.

*§§ 13 und 22 in Kraft getreten am 1. August 2009 gemäß § 319 SGB V in der Fassung durch das Gesetz zur ‚Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften‘ vom 17. Juli 2009 (BGBl. S. 1990)
§§ 18 und 19 treten mit dem Wirksamwerden der von der AOK abgeschlossenen Verträge nach §§ 73 b und 73 c SGB V in Kraft.

§ 26 Abs. 4 Satz 2 und § 35 Abs. 1 b) geändert durch 1. Nachtrag, in Kraft getreten zum 1. Juli 2010
§ 5 Abs. 4 Satz 2, § 14, § 23 Abs. 2 Satz 4, Abs. 7 Satz 1, § 26 Abs. 3 Satz 1, Abs. 8 Satz 1, § 27 neu eingefügt, § 39 neu gefasst und § 35 Abs. 1 gestrichen durch 2. Nachtrag in Kraft getreten zum 1. Januar 2011.
§ 5 Abs. 5, § 19, § 20 Abs. 4 neu gefasst, § 28 neu eingefügt, § 33 neu gefasst durch 4. Nachtrag in Kraft getreten zum 1. April 2011

Anhang 1 zur Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

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

Erster Abschnitt: Maßgebende Rechtsnormen

§ 1 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen

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

Zweiter Abschnitt: Beteiligte Arbeitgeber

§ 2 Beteiligte Arbeitgeber

- (1) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beschäftigen.
- (2) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen alle Arbeitgeber teil.
- (3) Ausnahmen von der Teilnahme am U1- bzw. U2-Verfahren sind in den §§ 11 und 12 AAG geregelt.

Dritter Abschnitt: Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber

§ 3 Erstattungen

- (1) Die AOK erstattet
 1. den nach § 1 Abs. 1 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für Aufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) 70 v. H. des für den in den § 3 Abs. 1 und 2 und § 9 Abs. 1 EFZG bezeichneten Zeitraumes an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgeltes und der nach § 12 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz an Auszubildende fortgezahlten Arbeitsentgelte.
 - b) ¹Auf Antrag des Arbeitgebers kann der Erstattungssatz nach Absatz 1 Nr. 1 Buchst. a auf 80 v. H., 60 v. H. oder 40 v.H. geändert bzw. – nach vorausgegangener Wahl - ein Erstattungssatz von 40, 60, 70 oder 80 v. H. gewählt werden. Der Antrag gilt jeweils für ein Kalenderjahr. ²Er ist möglichst frühzeitig, spätestens jedoch bis 10. Februar (Eingang bei der AOK) einzureichen, damit die Wahl zum 1. Januar des Jahres wirksam wird. ³Sofern kein Antrag gestellt wird, bleibt es bei dem bisherigen Erstattungssatz. ⁴Bei Neueröffnung eines Arbeitgeberkontos ist der Antrag innerhalb von sechs Wochen (Eingang bei der AOK) zu stellen, ansonsten erfolgt bis zum Ende des Kalenderjahres eine Einstufung entsprechend der Regelung des Absatzes 1 Nr. 1 Buchst. a.
 2. den Arbeitgebern nach § 1 Abs. 2 AAG für Aufwendungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft
 - a) 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld,

- b) 100 v. H. des vom Arbeitgeber bei Beschäftigungsverboten nach § 11 Mutterschutzgesetz gezahlten Arbeitsentgeltes und
 - c) 100 v. H. für die nach Nr. 2 b) anfallenden und vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit einschließlich der Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, zur sozialen Pflegeversicherung und nach § 172 Abs. 2 SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI
- (2) Die Erstattung nach Abs. 1 Nr. 1 hat höchstens aus einer Vergütung oder einem Arbeitsentgelt in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (West) zu erfolgen.

§ 4 Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen

Mit den in § 3 Abs. 1 Nr. 1 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die erstattungsfähigen Aufwendungen entfallenden Arbeitgeberanteile der Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung, die Arbeitgeberanteile nach § 172 Abs. 2 SGB VI, sowie die Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI abgegolten.

§ 5 Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

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

Vierter Abschnitt: Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage

§ 6 Aufbringung der Mittel, Umlage

- (1) Die Mittel zur Durchführung der Ausgleichsverfahren U1 und U2 werden jeweils durch gesonderte Umlagen, die die erforderlichen Verwaltungskosten angemessen berücksichtigen, von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.
- (2) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (§ 3 Abs. 1 Nr. 1a) beträgt 2,3 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG .
- (3) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Abs. 1 Nr. 2) beträgt 0,19 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG .
- (4) Die geänderte Umlage nach § 3 Abs. 1 Nr. 1b beträgt 3,4 v. H. (Erstattungssatz 80 v. H.), 1,9 v. H. (Erstattungssatz 60 v. H.) bzw. 0,7 v.H. (Erstattungssatz 40 v. H.) der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.
- (5) ¹Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig. ²Sind ausschließlich Umlagen nach Absatz 3 zu zahlen, kann die AOK mit diesen Arbeitgebern abweichende Vereinbarungen über den Nachweis und Zahlung dieser Umlagen treffen.

§ 7 Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern

Die AOK kann von umlagepflichtigen Arbeitgebern nach § 45 der Satzung Vorschüsse verlangen.

Fünfter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 8 Verwaltung der Mittel

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

1. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit, U1-Verfahren (§ 1 Abs. 1 AAG),
2. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft und Schwangerschaft, U2-Verfahren (§ 1 Abs. 2 AAG).

²Die Betriebsmittel sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für zwei Monate ausreichen, dürfen jedoch die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen.

Sechster Abschnitt: Verwaltungsrat

§ 9 Verwaltungsrat

- (1) In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.
- (2) Im Verwaltungsrat übt in Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates gewählt worden ist.
- (3) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat wählen aus ihrer Mitte einen stellvertretenden Vorsitzenden.

Siebter Abschnitt: Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle

§ 10 Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle

Die Bestimmungen des § 49 der Satzung über Besetzung, Aufgaben und Befugnisse des Widerspruchsausschusses und der Einspruchsstelle gelten mit der Maßgabe, dass in Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendung nach dem AAG im Widerspruchsausschuss nur Vertreter der Arbeitgeber mitwirken.

Achter Abschnitt: In-Kraft-Treten

§ 11 In-Kraft-Treten

Dieser Anhang zur Satzung der AOK tritt am 1. Januar 2010 in Kraft*.

* § 6 Abs. 3 und 4 geändert durch 3. Nachtrag mit Wirkung zum 1. Januar 2011

Anhang 2
zur Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

**Entschädigungsregelung für die ehrenamtlich Tätigen in der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
(§ 41 SGB IV)**

Die ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane erhalten für die Wahrnehmung der Geschäfte:

I.

1. ¹Fahrkostenerstattung nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamten im Lande Hessen in der für den Vorstand zu vergütenden Klasse; bei Verwendung eigener Personenkraftwagen wird eine Wegstreckenentschädigung nach § 6 Abs. 1 Hessisches Reisekostengesetz (HRKG) gewährt. ²Bei Mitnahme anderer Personen wird zusätzlich eine Mitnahmeentschädigung entsprechend § 6 Abs. 3 HRKG gezahlt.
2. Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienstes und des Verdienstaufalles sowie der Ausgleich versicherungsrechtlicher Nachteile unter Beachtung des Höchstbetrages gemäß § 41 Abs. 2 SGB IV.
3. ¹Tage- und Übernachtungsgelder nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamten im Lande Hessen in der Reisekostenstufe, der der Vorstand zugeteilt ist. ²Dabei sind stets die Sätze für mehrtägige Dienstreisen zugrunde zu legen.
³Beim Tagegeld wird von den Vorschriften des HRKG insoweit abgewichen, als - auch für Sitzungstage - eine Abstufung vorgenommen wird, die bis zu 6 Stunden ein halbes Tagegeld und bei mehr als 6 Stunden ein volles Tagegeld vorsieht.
⁴Bei der Zeitdauer der Organtätigkeit sind die Fahrzeiten zu berücksichtigen.
⁵Für die Teilnahme an einer Sitzung am Wohnort des Organmitgliedes wird abweichend von den Vorschriften des HRKG ebenfalls Tagegeld nach Satz 3 gezahlt.
⁶Übernachungskosten (ohne Mahlzeiten), die das Übernachtungsgeld um nicht mehr als 50 v. H. übersteigen, werden erstattet. ⁷Höhere Aufwendungen für Übernachtungen und Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur dann erstattet, wenn die Aufwendungen unvermeidbar waren.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

II.

- | | |
|--|-------------|
| 1. Pauschbetrag für Zeitaufwand
(für Sitzungen) | 62,00 Euro |
| 2. Pauschbetrag für Zeitaufwand
(für Sitzungen) für die Vorsitzenden der
Ausschüsse des Verwaltungsrates | 80,00 Euro |
| 3. Auslagenersatz für den Vorsitzenden
und den stellvertretenden Vorsitzenden
des Verwaltungsrates
(monatlich) | 64,00 Euro |
| 4. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb
von Sitzungen für den Vorsitzenden und
den stellvertretenden Vorsitzenden des
Verwaltungsrates
(monatlich) | 410,00 Euro |

III.

Diese Regelungen treten am 1. Januar 2010 in Kraft.

Anhang 3

Protokollnotizen zur Satzung der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

1. Versichertenälteste/Vertrauensleute

Für die Regionaldirektionen in ihren jeweiligen räumlichen Zuschnitten bis zum 31. Juli 1994, in denen bis zum 30. September 1993 Versichertenälteste und/oder Vertrauensleute der Arbeitgeber gewählt waren, behalten die entsprechenden Satzungsbestimmungen einschließlich der Entschädigungsregelungen der bis zum 30. September 1993 existierenden hessischen AOKs auch nach dem 1. Oktober 1993 ihre Gültigkeit.

Anhang 4

Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten gemäß § 9

(zur Zeit nicht besetzt)