

Bekanntmachung

Änderung der Satzung der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

Die Regierung von Oberbayern - Oberversicherungsamt Südbayern - hat mit Bescheid vom 4. Februar 2021, AZ.: 12.2-6323-1/21-AOK, die vom Verwaltungsrat in seinem schriftlichen Abstimmungsverfahren am 22. Dezember 2020 beschlossenen Satzungsänderungen genehmigt. Geändert wurden mit Wirkung vom 1. Januar 2021 § 2 (Aufgabenstellung), § 10e (Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt), § 10h (Mitaufnahme eines bei der AOK versicherten Elternteils im Krankenhaus (Rooming In)), § 10l (Künstliche Befruchtung), § 12a (Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen), § 13 (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten), § 19a (Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)), § 19c (Besondere hausärztliche Versorgungsformen), § 19d (Besondere Versorgung), § 19f (Wahltarif Krankengeld), § 20a (Kassenindividueller Zusatzbeitragsatz) und § 37 (Rücklage).

Weiterhin geändert wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2021 § 3 Abs. 3 (Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber) und § 4 Abs. 3 (Aufbringung der Mittel) in Anlage 2 der Satzung - Ausgleichskassen.

Die geänderten Regelungen lauten mit Wirkung vom 1. Januar 2021 wie folgt:

§ 2 Aufgabenstellung

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

§ 10e Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt

- (2) Die AOK erstattet **schwangeren Versicherten** die Kosten der Teilnahme an einem von Hebammen oder Physiotherapeuten durchgeführten Partner-Geburtsvorbereitungskurs für den Ehemann bzw. Lebenspartner der werdenden Mutter. **Erstattet werden** 100 % der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch 60 Euro einmal je Schwangerschaft.
- (6) Die AOK erstattet die Kosten für einen PH-Selbsttest, der nicht schon Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien ist, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 15 Euro.
- (7) Die AOK erstattet für Schwangere die Kosten für die Osteopathie in Höhe von höchstens 60 Euro pro Jahr, sofern diese medizinisch notwendig ist. Die Behandlungen sind durch einen Vertragsarzt mit Zusatzqualifikation in der Osteopathie durchzuführen.
- (8) Die AOK erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie (inkl. Phytotherapie und Anthroposophie), deren Anwendung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Verordnung des Arzneimittels durch einen Vertragsarzt mit der Zusatzqualifikation Homöopathie oder Naturheilverfahren auf Privatrezept erfolgte und das Arzneimittel in

einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 15 Euro.

- (9) Für Erstattungen nach Abs. 1 bis **8** ist die Rechnung und im Falle des Abs. 3 die ärztliche Verordnung vorzulegen. In den Fällen des Abs. 1 – **8** ist § 10 Satz 2 zu berücksichtigen.

§ 10h

Mitaufnahme eines bei der AOK versicherten Elternteils im Krankenhaus (Rooming In)

- (1) Die AOK erstattet Versicherten bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres die Kosten der Mitaufnahme eines Elternteils in einem Krankenhaus **nach § 108 SGB V**, sofern dies nicht bereits durch die Regelleistung abgedeckt werden kann.
- (2) Die AOK erstattet die tatsächlichen Kosten in Höhe von 100 %, höchstens jedoch 100 Euro pro Versicherten und Kalenderjahr. **Zur Erstattung ist die Rechnung des Krankenhauses vorzulegen. § 10 Satz 2 ist zu berücksichtigen.**

§ 10i

Künstliche Befruchtung

Die AOK übernimmt für ihre Versicherten, die nach § 27a SGB V Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung haben, für eine zusätzliche über die Richtlinien des Bundesausschusses hinausgehende Maßnahme zur künstlichen Befruchtung die Kosten. Die Erstattung für diese zusätzliche Maßnahme ist begrenzt auf 50 % der Kosten, wie sie unter vertragsärztlichen Bedingungen anfallen. Eine Vorabgenehmigung der zusätzlichen Maßnahme zur künstlichen Befruchtung durch die AOK ist nicht notwendig. Die **Erstattung erfolgt für Kosten von Versicherten der AOK während des Versicherungszeitraumes** gegen Vorlage der **erforderlichen Unterlagen** (u.a. Arztrechnungen eines nach § 121a SGB V zugelassenen Leistungserbringers und Arzneimittelrechnungen einschließlich der Verordnungen).

§ 12a

Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen

- (2) Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten im Sinne des Abs. 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem SGB XI **zu 95 v. H. Der Zuschuss darf kalendertäglich 9 v. H.** der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten im Sinne des Abs. 1 nicht überschreiten.

§ 13

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (2) Versicherte erhalten bei regelmäßiger Inanspruchnahme von
- (d) Leistungen zur Früherkennung nach § 26 SGB V (**Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche**)

§ 19a **Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)**

- (1) Versicherte können zur Verbesserung des Behandlungsablaufes und der Qualität der medizinischen Versorgung chronischer Erkrankungen an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) nach § 137f SGB V der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse bei den Erkrankungen Diabetes Mellitus Typ I und II, Brustkrebs, Koronare Herzerkrankungen sowie Asthma/COPD teilnehmen, für die beim **Bundesamt für soziale Sicherung** die Zulassung für das Land Bayern beantragt wurde oder beantragt wird.
- (2) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb des Landes Bayern durchgeführt werden und für die **beim Bundesamt für soziale Sicherung** die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Beauftragung beantragt wurde oder beantragt wird.
- (3) Inhalt, Ausgestaltung und Dauer der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus den für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region **vom Bundesamt für soziale Sicherung** zugelassenen Verträgen.

§ 19c **Besondere hausärztliche Versorgungsformen**

- (2) Versicherte erklären ihre Teilnahme schriftlich **oder elektronisch** gegenüber der AOK. Die Teilnahme ist freiwillig. Sie beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der AOK genannt ist. Für Versicherte, die an der pädiatriezentrierten Versorgung der AOK Bayern teilnehmen, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen der AOK ist nicht möglich.
- (3) Die Versicherten können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe **schriftlich, elektronisch** oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem Versicherten eine Belehrung über das Widerrufsrecht **schriftlich oder elektronisch** mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe der Teilnahmeerklärung.

§ 19d **Besondere Versorgung**

- (1) Die AOK bietet ihren Versicherten die Teilnahme an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen an.
- (2) Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig und erfolgt durch eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung gegenüber der AOK, **entweder schriftlich** auf dem dafür vorgesehenen Formblatt **oder elektronisch auf dem dafür von der AOK vorgegebenen Weg**. Die Versicherten können an den Verträgen zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, sofern sie die im jeweiligen Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Verträgen ist möglich, sofern dies nicht in den Regelungen der entsprechenden Verträge ausgeschlossen ist oder die Verträge inhaltlich weitgehend identisch sind. Die gleichzeitige Teilnahme an einem Vertrag nach § 73b SGB V

(hausarztzentrierte Versorgung) und einem Arztnetzvertrag nach § 140a SGB V ist nicht möglich.

Die Teilnahme ist wirksam, wenn die AOK dem Versicherten gegenüber schriftlich **oder elektronisch** bestätigt hat, dass die Voraussetzungen für die Teilnahme erfüllt sind und dass er am Vertrag teilnimmt. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, der **in der Bestätigungsnachricht** der AOK genannt ist.

Bei Verträgen zur Behandlung bestimmter Krankheiten kann eine sofortige Teilnahme medizinisch sinnvoll sein. In diesen Fällen kann vertraglich geregelt werden, dass die Teilnahme mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung wirksam wird. Die AOK kann in diesem Fall die Teilnahme rückwirkend ablehnen, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt sind. Dem Versicherten dürfen durch die rückwirkende Ablehnung keine Nachteile entstehen.

- (3) Die Versicherten können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, **elektronisch** oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem Versicherten eine Belehrung über das Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- (9) Soweit der Versicherte mit seiner Teilnahmeerklärung einen bestimmten Arzt als betreuenden/koordinierenden Arzt gewählt hat, endet die Teilnahme des Versicherten an der besonderen Versorgung mit Ablauf des Quartals, in dem die Teilnahme des gewählten Arztes an der besonderen Versorgung oder dessen vertragsärztliche Tätigkeit endet oder aufgrund eines Beschlusses des Zulassungsausschusses vollständig ruht. Im Falle einer Praxissitzverlegung, einer Praxisübergabe oder des Ausscheidens des gewählten Arztes aus der Praxis wird der Versicherte von der AOK über diese Änderung informiert und kann innerhalb von vier Wochen schriftlich erklären, dass er bei Praxissitzverlegung nicht weiterhin von seinem gewählten Arzt, bei Praxisübergabe nicht vom Praxisnachfolger oder beim Ausscheiden des gewählten Arztes nicht von dem/den in der Praxis verbleibenden Arzt/Ärztinnen betreut werden will. Die Teilnahme des Versicherten endet dann zu dem im Beschluss des Zulassungsausschusses benannten Zeitpunkt der vorgenannten Änderung. **In den Fällen, in denen die AOK von den vorgenannten Änderungen erst verspätet Kenntnis erhält und der Versicherte bereits durch konkludentes Handeln seinen Willen zur weiteren Teilnahme zu erkennen gegeben hat, kann das Anschreiben der AOK entfallen.**

In den vorgenannten Fällen sowie bei der schriftlichen Erklärung des Versicherten, dass er seine Teilnahme am gesamten Vertrag oder bei dem gewählten Arzt beenden möchte, ist die Neueinschreibung bei einem anderen am entsprechenden Vertrag teilnehmenden Arzt frühestens zu dem Termin möglich, zu dem die Teilnahme des Versicherten beim zuvor gewählten Arzt beendet wurde. Die vertragsspezifischen Fristen für die Abgabe von Teilnahmeerklärungen sind dabei zu beachten.

Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V endet unabhängig von der Dauer der Teilnahme mit dem Ende des entsprechenden Versorgungsvertrages oder mit dem Ende ihrer Versicherung bei der AOK.

- (10) Die Versicherten,
- deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht,

können nicht an der besonderen Versorgung teilnehmen, sofern im Vertrag keine abweichenden Regelungen getroffen werden. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit sofortiger Wirkung oder mit Ablauf des Quartals,

in das das Ereignis fällt. Der Zeitpunkt des Teilnehmers ist im jeweiligen Vertrag festzulegen; ist kein Zeitpunkt festgelegt, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals.

§ 19f Wahltarif Krankengeld

(5) 1 Die Prämie beträgt für die Tarifaufprägung:

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

6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

2. Die Prämien sind nicht während des Bezugs von Krankengeld (Wahltarif-Krankengeld und gesetzliches Krankengeld) zu entrichten. Für die Dauer des Bezugs von anderen Entgeltersatzleistungen sind Prämien jedoch zu zahlen.

(7) 1 Der Anspruch auf Wahltarif-Krankengeld ruht bzw. ist ausgeschlossen

4. sofern Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

(11) 1 Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich. Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:

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

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

3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung **bzw. einer Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen,**

4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung **bzw. einer Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen** bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,

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

§ 20a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Der Zusatzbeitragssatz der AOK Bayern gemäß § 242 SGB V beträgt im Jahr 2021 1,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 37 Rücklage

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

Die geänderten Regelungen in der Anlage 2 zur Satzung lauten mit Wirkung vom 1. Januar 2021 wie folgt:

§ 3 Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber

- (3) Die AOK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern 100 v.H. der Arbeitgeberaufwendungen nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 und 2 AAG. Der Arbeitgeberanteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrages für das nach § 18 des Mutterschutzgesetzes gezahlte Arbeitsentgelt wird **entsprechend der tatsächlich gezahlten Beiträge erstattet.**

§ 4 Aufbringung der Mittel

- (3) Die Umlage zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 und 2 AAG (U 2) wird auf **0,69** v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG festgesetzt.