



1. Anspruchsberechtigte

Alle Versicherten der AOK Hessen haben Anspruch auf eine Kostenerstattung der unter den Punkten 2.1 bis 2.9 genannten Leistungen. Eine vorherige Erklärung zur Inanspruchnahme der nachfolgenden Leistungen ist nicht notwendig.

2. Umfang der Leistungspflicht

2.1. Check-up 35 ab 25 Jahren

Versicherte im Alter von 25 bis einschließlich 34 Jahren können den Check-up 35 nach den Vorgaben des § 25 Abs. 1 SGB V in Anspruch nehmen. Der Inhalt richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten in der jeweils gültigen Fassung.

Voraussetzung für die Erstattung der entstandenen Kosten ist, dass die Leistung durch zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erbracht wird.

Die AOK übernimmt die Kosten bis zu 50 Euro. Eine Kostenerstattung ist alle zwei Kalenderjahre möglich.

2.2. Hautkrebsscreening ab 18 Jahren

Versicherte im Alter von 18 bis einschließlich 34 Jahren können sich die Kosten für ein Hautkrebsscreening erstatten lassen. Der Inhalt richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen.

Voraussetzung für die Erstattung der entstandenen Kosten ist, dass die Leistung durch zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erbracht wird.

Die AOK übernimmt die Kosten bis zu 40 Euro. Eine Kostenerstattung ist alle zwei Kalenderjahre möglich.

2.3. Homöopathie

Versicherte haben Anspruch auf die Erstattung der Kosten für die homöopathische Erstanamnese und homöopathische Folgeanamnese, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Voraussetzung ist, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärztinnen/Vertragsärzten mit der Zusatzqualifikation Homöopathie erbracht wird, nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen ist und nicht bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.

Die AOK erstattet die Kosten nach den Punkten 2.3 und 2.4 bis zu einer Höhe von insgesamt 240 Euro je Kalenderjahr und Versicherten.

2.4. Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie

Versicherte haben Anspruch auf die Erstattung der Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie.

Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel

- von einer zugelassenen Vertragsärztin/einem zugelassenen Vertragsarzt mit der Zusatzqualifikation Homöopathie auf einem Privat Rezept verordnet wurde und
- medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen ist.

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

Die AOK übernimmt die Kosten nach den Punkten 2.3 und 2.4 bis zu einer Höhe von insgesamt 240 Euro je Kalenderjahr und Versicherten.

2.5. Lachgassedierung

Versicherte können sich die Kosten für die Leistungen für eine Lachgassedierung bei Extraktion der Weisheitszähne erstatten lassen. Voraussetzung ist, dass

- die/der Versicherte am Tag der Behandlung das 26. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- die Behandlung in direktem Zusammenhang mit der Extraktion von mindestens einem Weisheitszahn steht und
- die Behandlung durch eine zugelassene Leistungserbringerin/einem zugelassenen Leistungserbringer erfolgt.

Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von bis zu 100 Euro je Kalenderjahr und Versicherten.

2.6. Mamma Care

Versicherte können Rechnungen über die entstandenen Kosten für den Kurs Mamma Care zur Erstattung einreichen. Mamma Care ist eine Methode zum Erlernen und Verbessern von Tastvermögen, um die klinische Brustuntersuchung und Brustselbstuntersuchung zu optimieren.

Voraussetzung ist, dass der Kurs durch eine zertifizierte Mamma-Care-Trainerin geleitet wurde.

Die AOK übernimmt die Kosten bis zu einer Höhe von 30 Euro je Kurs.

2.7. Osteopathie

Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.



Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einer Leistungserbringerin/einem Leistungserbringer durchgeführt wird, die/der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen (mit abgeschlossener Weiterbildung zur Osteopathin/zum Osteopathen) ist oder eine osteopathische Ausbildung abgeschlossen hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Die AOK übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen pro Kalenderjahr und Versicherten.

Erstattet werden 100 Prozent des Rechnungsbetrages, bis zu einem Betrag von 50 Euro pro Sitzung und bis zu 150 Euro je Kalenderjahr. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie eine formlose ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Eventuell anfallende Kosten für das Ausstellen einer formlosen ärztlichen Bescheinigung werden nicht übernommen und sind von der Versicherten/vom Versicherten selbst zu tragen. Die Ärztin/der Arzt ist gesetzlich nicht verpflichtet, die Bescheinigung auszustellen.

2.8. Reiseschutzimpfungen

Die AOK erstattet die Kosten für Impfungen nach § 20d Abs. 2 SGB V aus Anlass einer privaten Reise, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind. Die Erstattung umfasst folgende Impfungen:

- Choleraimpfung
- FSME-Impfung
- Gelbfieberimpfung
- Hepatitisimpfung (Hepatitis A oder Hepatitis B oder Kombinationsimpfung)
- Impfung gegen Japanische Enzephalitis
- Meningokokken-Meningitis-Impfung (inkl. Meningokokken-B)
- Tollwutimpfung
- Typhusimpfung

Darüber hinaus können Kosten für Medikamente zur Malariaphylaxe erstattet werden.

Für die Erstattung der Kosten für Impfstoffe bzw. die Malariaphylaxe ist die Rechnung mit den folgenden Inhalten einzureichen:

- Impfstoff
- Verkaufspreis
- Abgabedatum

Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe von bis zu 200 Euro je Kalenderjahr und Versicherten

2.9. Zahnversiegelung bei fester Zahnpange

Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V auch darüber hinaus, haben Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine Zahnversiegelung, die von zugelassenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern durchgeführt wird.

Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die kieferorthopädische Behandlung zur zahnärztlichen Behandlung gemäß § 28 SGB V gehört, ein bewilligter kieferorthopädischer Behandlungsplan einer zugelassenen Leistungserbringerin/einem zugelassenen Leistungserbringer vorliegt, die Behandlung mit festsitzenden kieferorthopädischen Behandlungsgeräten erfolgt und die Leistung im Zusammenhang mit dieser kieferorthopädischen Behandlung erbracht wird.

Erstattet werden einmalig die tatsächlich entstandenen Kosten je kieferorthopädischem Behandlungsfall bis zu einem Betrag von 100 Euro.

3. Auszahlung

3.1. Zeitlicher Bezug

Zum Zeitpunkt der Leistungserbringung muss eine gültige Versicherung bei der AOK Hessen bestehen.

3.1.1. Nachweis

Zur Erstattung der Leistungen ist ein Nachweis über die entstandenen Kosten in Form einer personifizierten Rechnung und/oder einer personifizierten Quittung einzureichen. Besonderheiten werden unter den Punkten 2.1 bis 2.9 geregelt.

Die Rechnung für ärztliche Leistungen beinhaltet nach § 12 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die folgenden Komponenten:

- Erbrachte Leistung mit Angabe der entsprechenden Kennziffer der GOÄ und des angewandten Steigerungssatzes (max. den 2,3-fachen Satz des amtlichen Verzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte, bei besonders aufwendigen Behandlungen mit einer schriftlichen Begründung der Ärztin/des Arztes bis zum 3,5-Fachen des Satzes und bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ max. den 1,8-fachen Satz)
- Höhe des Honorars
- Datum der Leistungserbringung

Es werden nur Rechnungen von Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern anerkannt, die eine Zulassung nach den Vorgaben des SGB V vorweisen können. Auf der Rechnung ist die Leistungserbringerin/der Leistungserbringer oder die Ärztin/der Arzt anzugeben.



3.1.2. Erstattungshöhe

Die AOK stellt ihren Versicherten im Rahmen eines Gesundheitskontos Mehrleistungen zur Verfügung. Die Summe der Erstattungen für die Leistungen nach den Punkten 2.1 bis 2.9 darf hierbei einen Gesamtwert von 400 Euro pro Kalenderjahr nicht übersteigen.

Zur Erstattung sind entsprechende Nachweise nach 3.1.1 vorzulegen. Ein Guthaben bzw. Restguthaben ist nicht auf andere Versicherte, auch nicht auf Familienangehörige sowie auf das folgende Kalenderjahr übertragbar.

Offene Forderungen und Verpflichtungen, die zwischen der AOK Hessen und der/dem Versicherten bestehen, werden grundsätzlich mit dem Erstattungsbetrag verrechnet (§§ 51 und 52 SGB I gelten entsprechend).

4. Datenschutz

4.1. Ablage der eingereichten Nachweise und Rechnungen

Die eingereichten Nachweise sowie Rechnungen bleiben Eigentum der AOK Hessen und werden innerhalb der AOK Hessen aufbewahrt und elektronisch archiviert.

4.2. Aufbewahrungsfristen

Die elektronisch archivierten Daten und die eingereichten Nachweise sowie Rechnungen werden sechs Jahre nach dem Tag der Speicherung gelöscht bzw. vernichtet. Daten von bereits ausgeschiedenen Versicherten werden zum Nachweis der Wirksamkeit sechs Jahre aufbewahrt.

5. Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Sollten sich rechtliche Grundlagen, Voraussetzungen oder Richtlinien ändern, so werden die Ausführungsbestimmungen von der AOK Hessen entsprechend angepasst.