

## Bekanntmachung

### Änderung der Satzung der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

Die Regierung von Oberbayern - Oberversicherungsamt Südbayern - hat mit Bescheid vom 22. Februar 2024, AZ.: 6323.12.2\_01-1-4, die vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 21. Dezember 2023 beschlossenen Satzungsänderungen genehmigt. Geändert wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2024 § 8 (Beginn und Ende der Mitgliedschaft) und § 20a (Zusatzbeitrag). Ebenfalls geändert wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2024 § 4 (Aufbringung der Mittel) in Anlage 2 der Satzung - Ausgleichskassen.

Mit Wirkung vom 1. April 2024 wurden die beschlossenen Änderungen in § 10b (Zusätzliche Vorsorgeleistungen für Frauen), § 10c (Hautscreening), § 10e (Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt), § 10k (Check-up ab 30), § 10l (Künstliche Befruchtung) sowie § 27 (Widerspruchsstelle) genehmigt.

Die geänderten Regelungen lauten mit Wirkung vom 1. Januar 2024 wie folgt:

#### § 8

##### Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- (4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet vorbehaltlich des § 191 Nr. 1 und 2, 3, 2. Halbsatz SGB V im Falle des Austritts zwei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt. **Die freiwillige Mitgliedschaft kann ohne Einhaltung der Kündigungsfrist zu dem Zeitpunkt beendet werden, zu dem ohne die freiwillige Mitgliedschaft eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bestehen würde.**

#### § 20a

##### Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Der Zusatzbeitragssatz der AOK Bayern gemäß § 242 SGB V beträgt im Jahr 2024 1,58 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

Die geänderten Regelungen in der Anlage 2 zur Satzung lauten mit Wirkung vom 1. Januar 2024 wie folgt:

#### § 4

##### Aufbringung der Mittel

- (2) Die Umlage zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 AAG (U 1) beträgt **2,4** v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG. Hat der Arbeitgeber die erhöhte Erstattung nach § 3 Abs. 2 AAG (Alternative 2) gewählt, so beträgt die Umlage **3,6** v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG, hat der Arbeitgeber die abgesenkte Erstattung nach § 3 Abs. 2 gewählt, so beträgt die Umlage **2,0** v.H. in der Alternative 1 und **1,5** v.H. in der Alternative 3 der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.
- (3) Die Umlage zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 und 2 AAG (U 2) wird auf **0,39** v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG festgesetzt.

Die geänderten Regelungen mit Wirkung vom 1. April 2024 lauten wie folgt:

### **§ 10 b** **Zusätzliche Vorsorgeleistungen für Frauen**

- (1) Die AOK erstattet versicherten Frauen zwischen dem vollendeten 25. Lebensjahr und dem vollendeten 55. Lebensjahr die Kosten für eine Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke und der Gebärmutter durch einen zugelassenen Vertragsarzt **oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V berechtigten Arzt** in Höhe von 100 %, höchstens jedoch 40 Euro. **Voraussetzung ist das Vorliegen mindestens eines der folgenden Merkmale, welches ein erhöhtes Risiko darstellt, an Eierstock- oder Gebärmutterhalskrebs zu erkranken:**
  - a) entfernte Tumore oder Zysten an den Eierstöcken
  - b) entfernte Myome an der Gebärmutter
  - c) Pap II bis IV
  - d) familiäre Vorbelastung (1. und 2. Verwandtschaftsgrad)
  
- (2) Darüber hinaus erstattet die AOK zwischen dem vollendeten 25. Lebensjahr und dem vollendeten 30. Lebensjahr das Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung durch einen zugelassenen Vertragsarzt **oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V berechtigten Arzt** in Höhe von 100 %, höchstens jedoch 25 Euro. Ab dem vollendeten 25. Lebensjahr übernimmt die AOK die Kosten für qualifizierte Methoden zum Erlernen und Verbessern des Tastvermögens, um die klinische Brustuntersuchung und Brustselbstuntersuchung zu optimieren (z.B. MammaCare) sowie die Kosten der Medizinischen Taktilen Untersuchung (z.B. discovering hands) in Höhe von jeweils 100 %, höchstens jedoch jeweils 20 Euro. **Voraussetzung ist jeweils das Vorliegen mindestens eines der folgenden Merkmale, welches ein erhöhtes Risiko darstellt, an Brustkrebs zu erkranken:**
  - a) Frauen mit einer sehr hohen Brustdicke (Stufe 4)
  - b) erhöhtes familiäres Risiko (1. und 2. Verwandtschaftsgrad) einer medizinisch festgestellten Genmutation, die mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko einhergeht
  - c) familiäre Vorbelastung (1. und 2. Verwandtschaftsgrad)
  
- (3) Die in **Absatz 4 den Absätzen 1 und 2** genannten Leistungen können jeweils einmal im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Die Kosten werden nach Vorlage der Rechnung erstattet.

### **§ 10 c** **Hautscreening**

- (1) Die AOK erstattet Versicherten zwischen dem vollendeten 18. Lebensjahr und dem vollendeten 35. Lebensjahr die Kosten eines Hautscreenings **als visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut, einschließlich des behaarten Kopfes** ~~Voraussetzung ist, dass die Leistung~~ durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten **oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V berechtigten Arzt durchgeführt wird.** **Voraussetzung ist das Vorliegen mindestens eines der folgenden Merkmale, welches ein erhöhtes Risiko darstellt, an Hautkrebs zu erkranken:**
  - a) heller Hauttyp 1 bis 3
  - b) Vorhandensein von mehr als 30 multiplen, gutartigen Pigmentmalen (Leberflecken)
  - c) Dysplastisches Nävusyndrom (Vorhandensein von atypischen Pigmentmalen)
  - d) Xeroderma pigmentosum
  - e) familiäre Disposition (1. und 2. Verwandtschaftsgrad)

- (2) Erstattet werden 100 % der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch 25 Euro jedes zweite Kalenderjahr. Die Kosten werden nach Vorlage der Rechnung erstattet.

### § 10e

#### Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt

- (1) Die AOK erstattet die Kosten für einen **medizinisch notwendigen** Toxoplasmose-Test durch einen zugelassenen Vertragsarzt **oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V berechtigten Arzt**, der nicht schon Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien ist, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 15 Euro.
- (2) Die AOK erstattet schwangeren Versicherten die Kosten der Teilnahme an einem von Vertragshebammen nach § 134a SGB V oder zugelassenen Physiotherapeuten durchgeführten Partner-Geburtsvorbereitungskurs für den Ehemann bzw. Lebenspartner **oder die Lebenspartnerin** der werdenden Mutter. Erstattet werden 100 % der tatsächlich entstandenen Kosten, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 60 Euro.
- (3) Die AOK erstattet versicherten Frauen die Kosten für im Rahmen der Schwangerschaft von **einem** zugelassenen ~~Vertragsärzten~~ **Vertragsarzt oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V berechtigten Arzt** auf Privatrezept verordnete Folsäure, Magnesium- und/oder Eisenpräparate, wenn diese von einer Apotheke abgegeben wurden oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden. Es werden 100% der tatsächlich entstandenen Kosten erstattet, je Schwangerschaft jedoch höchstens 100 Euro. Der gesetzliche Anspruch aus § 34 Abs. 1 Sätze 2 – 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.
- (4) Die AOK erstattet die Kosten für die **medizinisch notwendige** Antikörperbestimmung von Hepatitis C, Ringelröteln, Windpocken und des Zytomegalievirus **von einem zugelassenen** ~~Vertragsärzten~~ **Vertragsarzt oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V berechtigten Arzt**, die nicht schon Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien ist, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch insgesamt 15 Euro.

#### *Schwangerschaftsakupunktur in Abs. 5 gestrichen zum 1.4.2024*

- (5) Die AOK erstattet die Kosten für einen **medizinisch notwendigen** pH-Selbst-Test bei **einem** zugelassenen ~~Vertragsärzten~~ **Vertragsarzt oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V berechtigten Arzt**, der nicht schon Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien ist, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 15 Euro.
- (6) Die AOK erstattet ab der 35. Schwangerschaftswoche für Schwangere einen **medizinisch notwendigen** B-Streptokokken-Test, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 15 Euro. Voraussetzung ist, dass der Test durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe **oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V berechtigten Arzt** veranlasst bzw. erbracht wird.
- (7) Die AOK erstattet für Schwangere die Kosten für osteopathische Behandlungen, je Schwangerschaft höchstens jedoch insgesamt 60 Euro, sofern diese medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Behandlungen sind durch einen zugelassenen Vertragsarzt **oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V berechtigten Arzt** mit Zusatzqualifikation in der Osteopathie durchzuführen. Bei Versicherten, die an Selektivverträgen nach den §§ 19c oder 19d teilnehmen und dabei eine Bindung an einen bestimmten Arzt eingegangen sind, kann eine Erstattung nur erfolgen, wenn der gewählte Arzt eine Zusatzqualifikation in der Osteopathie nachweisen kann.

- (8) Für Erstattungen nach ~~den Abs. Absätzen~~ 1 bis 76 ist die Rechnung und ~~im Falle des Abs. 3 zusätzlich~~ die ärztliche Verordnung (Privatrezept) vorzulegen. Zur Erstattung im Falle des Abs. 87 sind die ärztliche Verordnung (Privatrezept) und die Rechnungen, aus der sich die geforderte Zusatzqualifikation ergibt, vorzulegen.

### § 10 k Check-up ab 30

- (1) Die AOK erstattet Versicherten zwischen dem 30. Lebensjahr und dem vollendeten 35. Lebensjahr die Kosten für einen Check-up bei einem zugelassenen Vertragsarzt **oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V berechtigten Arzt**, sofern dieser nicht schon durch die Regelleistung abgedeckt ist.  
**Voraussetzung ist das Vorliegen mindestens eines der folgenden Merkmale, welches ein erhöhtes Risiko darstellt, an einer Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselkrankheit zu erkranken:**
- a) Hypertonie
  - b) Hypercholesterinämie
  - c) Übergewicht
  - d) familiäre Disposition (1. und 2. Verwandtschaftsgrad)
- (2) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Behandlung in Höhe von 100 %, höchstens jedoch insgesamt 20 Euro je Kalenderjahr. Zur Erstattung ist die Rechnung eines zugelassenen Vertragsarztes **oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V berechtigten Arztes** vorzulegen.

### § 10 l Künstliche Befruchtung

- (1) Die AOK übernimmt für ihre Versicherten, die nach § 27a SGB V Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung haben, **zusätzlich zu den nach § 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V genehmigten Kosten weitere 500 Euro je Ehepaar und je Versuch nach Absatz 2 inklusive der in diesem Zusammenhang verordneten Medikamente, jedoch nicht mehr als die dem jeweiligen bei der AOK versicherten Ehepartner tatsächlich entstandenen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Behandlungsversuch nicht vor Inkrafttreten dieser Satzungsregelung durchgeführt wurde.**
- (2) **An der Insemination nach hormoneller Stimulation, der In-vitro-Fertilisation (IVF) und der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) beteiligt sich die AOK bis zu drei Mal, an der Insemination im Spontanzklus ohne Hormonbehandlung bis zu acht Mal.**
- (3) Die AOK übernimmt ~~für ihre Versicherten, die nach § 27a SGB V Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung haben,~~ **darüber hinaus** 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 % 1.500 Euro der Kosten je Ehepaar, jedoch nicht mehr als die dem jeweiligen bei der AOK versicherten Ehepartner tatsächlich entstandenen Kosten.** Eine Vorabgenehmigung der zusätzlichen Maßnahme zur künstlichen Befruchtung durch die AOK ist nicht notwendig.
- (4) Die Erstattung **nach den Absätzen 1 bis 3** 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).

In der Inhaltsübersicht wurde im siebten Abschnitt das Wort Einspruchsstelle gestrichen.

## **§ 27 Widerspruchsstelle**

- (2) Für ehrenamtliche Mitglieder der Widerspruchsausschüsse gelten die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes sowie über Haftung, Amtsdauer, Amtsverlust, Beratung, **Beschlussfassung** und Entschädigung entsprechend. **Das Nähere regelt eine Geschäftsordnung für die Widerspruchsausschüsse der AOK Bayern in den Angelegenheiten der Gesundheitskasse und der Pflegekasse.**