

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

SATZUNG

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

Vorbemerkung	5
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 und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe	8
§ 10 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen.....	9
§ 11 Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz.....	9
§ 12 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe.....	9
§ 12a Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V	9
§ 12b Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.....	9
§§ 12c und 12d Ohne Inhalt	11
§ 12e Künstliche Befruchtung	11
§ 12f Gesundheitskonto	11
§ 12g Spezielle Ärztliche Zweitmeinung	15
§ 13 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V.....	16
§ 14 Kostenerstattung.....	16
§ 15 Versicherung der dienstordnungsmäßig Angestellten (DO-Angestellte)	17
§ 16 Ohne Inhalt	17
§ 17 Leistungsausschluss	17
§ 18 Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung und besonderer Versorgung	17
§ 19 Ohne Inhalt	18
Vierter Abschnitt: Wahltarife/Weiterentwicklung der Versorgung	18
§ 20 Wahltarif Selbstbehalt	18
§ 21 Wahltarif für Teilnahme an besonderen Versorgungsformen.....	19
§ 22 Krankengeld-Wahltarif.....	20
§ 23 Ohne Inhalt	23
§ 24 Wahltarif Teilkostenerstattung	23
§ 25 Wahltarif AGIDA.....	23
§§ 26-32 Ohne Inhalt	25
§ 33 AOK-Programm BONUS fit	25
§ 33a AOK-Programm Kinderbonus	27

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

§ 34 Bonus für Arbeitgeber bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung – BUSINESS fit	28
§ 35 Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen	29
§§ 36-38 Ohne Inhalt	29
Fünfter Abschnitt: Beiträge	29
§ 39 Beitragssätze	29
§ 40 Zusatzbeitrag	29
§ 41 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder	29
§ 42 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	30
§ 43 Ohne Inhalt	30
§ 44 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge	30
§ 45 Vorschüsse	30
§ 46 Erstattung von Beiträgen	30
§§ 47 und 48 Ohne Inhalt	30
Sechster Abschnitt: Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle	30
§ 49 Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle	30
Siebter Abschnitt: Organe	31
§ 50 Organe der AOK	31
§ 51 Verwaltungsrat und seine Mitglieder	31
§ 52 Aufgaben des Verwaltungsrates	32
§ 53 Vorstand	34
§ 54 Vertretung der AOK	34
§ 55 Beratende Gremien	35
§ 56 Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder	35
Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel	35
§ 57 Rücklage	35
§ 58 Rechnungsabschluss, Jahresrechnung und Entlastung	35
Neunter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	36
§ 59 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	36
Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten	36
§ 60 Bekanntmachungen/Veröffentlichungen	36
§ 61 Inkrafttreten	36
Anhang 1 zur Satzung der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen	37
Erster Abschnitt: Maßgebende Rechtsnormen	37
§ 1 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen	37
Zweiter Abschnitt: Beteiligte Arbeitgeber	37
§ 2 Beteiligte Arbeitgeber	37
Dritter Abschnitt: Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber	37
§ 3 Erstattungen	37
§ 4 Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen	38

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

§ 5 Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber.....	38
Vierter Abschnitt: Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage	38
§ 6 Aufbringung der Mittel, Umlage	38
§ 7 Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern.....	38
Fünfter Abschnitt: Verwaltung der Mittel	38
§ 8 Verwaltung der Mittel	38
Sechster Abschnitt: Verwaltungsrat.....	39
§ 9 Verwaltungsrat.....	39
Siebter Abschnitt: Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle	39
§ 10 Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle.....	39
Achter Abschnitt: Inkrafttreten	39
§ 11 Inkrafttreten.....	39
Anhang 2	40
Entschädigungsregelung für die ehrenamtlich Tätigen in der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen	40
I.....	40
II.....	40
III.....	42
IV.....	42
Anhang 3	43

Vorbemerkung

Soweit in dieser Satzung die männliche oder weibliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht sich auch auf die anderen Geschlechter.

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) Die AOK versteht sich als Gesundheitskasse. Aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.
- (2) Die AOK unterstützt die Versicherten für deren Gesundheit mitverantwortlich zu sein. Die 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. Dabei 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) Die AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes. Die vom GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92 und 283 SGB V sind für die AOK verbindlich.
- (5) Die AOK wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik im Lande mit. Sie 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.

* Im Folgenden: AOK

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) Als 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 Absatz 3 SGB V vorliegen,
 - Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfrei sind,
 - schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 2 Absatz 2 SGB IX, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beigetreten sind,
 - Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete,
 - Spätaussiedler und deren Ehegatten und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Absatz 2 Satz 1 BVFG, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,
 - Personen, die ab dem 31. Dezember 2018 als Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind,
- wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind. Freiwillige Mitglieder sind auch solche Personen, die vor dem 1. Januar 1989 ihre Mitgliedschaft begründet haben. Der 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 Absatz 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 Absatz 2 und 4 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) Die 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. Die 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) Bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen nach § 53 SGB V kann die Mitgliedschaft abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 53 Absatz 8 SGB V gekündigt werden. Die Bindungsfrist von 12 Monaten nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V sowie die sich aus der Teilnahme an Wahlтарifen ergebenden besonderen Mindestbindungsfristen (§ 53 Absatz 8 Satz 1 SGB V) für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gelten nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung 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, Gesundheitsförderung 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,
 - Soziotherapie,
 - spezialisierte ambulante Palliativmedizin,
 - Krankenhausbehandlung und stationäre und ambulante Hospizleistungen,
 - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungsproben und Arbeitstherapie,
 - digitale Gesundheitsanwendungen,
 - b) strukturierte Behandlungsprogramme,
 - c) Krankengeld,
 3. bei Schwangerschaft und bei Mutterschaft
 - ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
 - Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln,
 - 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

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

§ 8 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

- (1) Die AOK stellt Leistungen zur Primärprävention zur Verfügung, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem von dem GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfaden entsprechen. Diese Leistungen umfassen den individuellen Ansatz und den Lebensweltenansatz (Settingansatz). Sie beinhalten insbesondere Handlungsfelder des individuellen Ansatzes:
 - Bewegungsgewohnheiten,
 - Ernährung,
 - Stressreduktion/Entspannung,
 - Suchtmittelkonsum.

Die AOK fördert die Teilnahme an bis zu zwei Maßnahmen im individuellen Ansatz im Kalenderjahr. Dies geschieht, indem für die Versicherten die Teilnahme an bis zu zwei von der AOK veranstalteten Kursen im Kalenderjahr kostenfrei ist. Die Möglichkeit der Teilnahme hängt von der Verfügbarkeit ab. Abgesehen von Kompaktkursen erhebt die AOK bei diesen Kursen ein Pfand in Höhe von 30 Euro, das bei Erreichen einer Teilnahmequote von mindestens 80 % bei Kursen mit festen Terminen, z. B. Onlineseminaren oder Präsenzkursen, bzw. 100 % bei Kursen ohne feste Termine, wie Onlinekursen oder Selbstlernprogrammen, nach Kursende erstattet wird. Bei Maßnahmen anderer Anbieter erfolgt die Förderung bis zu zweimal im Kalenderjahr durch Erstattung der jeweiligen Teilnahmegebühr bis zu einer Höhe von 150 Euro je Maßnahme, wenn diese gemäß § 20 Absatz 5 Satz 1 SGB V zertifiziert ist und der Versicherte die jeweils maßgebliche Teilnahmequote nach dem vorigen Satz erreicht hat.

Im Lebensweltenansatz liegt der Schwerpunkt auf Schulen und Kindertagesstätten.

- (2) Die AOK erbringt Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V. Die AOK unterstützt die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach Maßgabe des § 20c SGB V.
- (3) Die AOK fördert die Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V.

§ 9 Primäre Prävention durch Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

Die AOK kann auch außer in den in § 20i Absatz 1 SGB V genannten Fällen die Kosten von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zur primären Prävention von Krankheiten nach Maßgabe des Anhangs 3 übernehmen oder Zuschüsse leisten, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind. Daneben beteiligt sich die AOK nach § 12f Absatz 3 dieser Satzung an den Kosten für Schutzimpfungen.

§ 10 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Absatz 2 SGB V) zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss von 16,00 Euro täglich. Für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 Euro täglich.

§ 11 Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

Die AOK trägt mit Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten, gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren nach Maßgabe des § 20k SGB V sowie auf Grundlage der Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz bei. Sie beinhalten insbesondere „Das Handbuch der Familiengesundheit – Das Nachschlagewerk für mehr digitale Gesundheitskompetenz“ und den AOK-Gesundheitsnavigator zur Vermittlung der für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen.

§ 12 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

Außer in den in § 38 Absatz 1 SGB V genannten Fällen stellt die AOK Haushaltshilfe auch dann zur Verfügung, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts

1. wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder
2. wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen

nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, längstens jedoch für die Dauer von 52 Wochen, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Liegen zugleich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 38 Absatz 1 SGB V vor, gehen diese Leistungen den Leistungen nach Satz 1 vor und sind bei der Anspruchshöchstdauer nach Satz 1 zu berücksichtigen. Darüber hinaus kann die AOK in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung stellen.

§ 12a Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V

Die AOK gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen (§§ 12b bis 12f). Sollten einzelne der genannten Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Zukunft ausgeschlossen werden, entfallen die entsprechenden Regelungen mit sofortiger Wirkung.

§ 12b Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

- (1) Die AOK beteiligt sich über die in § 24c und in § 24d SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus an den Kosten für nachfolgende in Anspruch genommene Leistungen, sofern diese nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sind, mit dem Ziel, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes und der Schwangeren/Mutter entgegenzuwirken und Risikofaktoren rechtzeitig zu erkennen:
 - B-Streptokokken-Test in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche, der von dem behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenarzt erbracht wird.
 - Feststellung der Antikörper gegen Ringelröteln und Windpocken bei erhöhter Infektionsgefahr, bedingt durch häufigen Kontakt zu Kindern und immunsupprimierten Patienten, die von dem behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenarzt erbracht wird.
 - PH-Wert-Selbsttest, der von der Schwangeren selbstständig durchgeführt wird, um das Risiko einer Frühgeburt durch eine bakterielle Vaginose zu senken.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- Zytomegalie-Test bei erhöhter Infektionsgefahr, bedingt durch häufigen Kontakt zu Kindern, der von dem behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenarzt erbracht wird.
 - Toxoplasmose-Test bei erhöhter Infektionsgefahr, bedingt durch Kontakt mit Tieren oder sonstigen Gefahrenquellen, der von dem behandelnden vertragsärztlich tätigen Frauenarzt erbracht wird.
 - Tele-Hebammenberatung (z. B. Chat, Telefon, Videotelefon), wenn die Leistung von Hebammen erbracht wird, die gemäß § 134a Absatz 2 SGB V als Leistungserbringer zugelassen oder nach § 13 Absatz 4 Satz 2 SGB V zur Abgabe entsprechender Leistungen berechtigt sind, und keine persönliche Versorgung möglich ist.
 - Stillberatung, wenn die Leistung von einer Stillberaterin mit einer gültigen „International Board Certified Lactation Consultant“-Zertifizierung erbracht wird und das Kind das erste Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
 - Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jod, Eisen, Folsäure, als Mono- oder Kombinationspräparate, sofern der behandelnde vertragsärztlich tätige Frauenarzt die Präparate im Rahmen der Erstverordnung rezeptiert.
 - Hebammenrufbereitschaft:
Die AOK erstattet ihren Versicherten die Kosten der Rufbereitschaft einer freiberuflich tätigen Hebamme in den letzten 3 Wochen vor und 2 Wochen nach dem mutmaßlichen Entbindungstermin bis zu einem Betrag in Höhe von maximal 300 Euro. Es erfolgt keine Kostenübernahme für freiberufliche Beleghebammen im Schichtdienst. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Absatz 2 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.
 - Baby-Erste-Hilfe-Kurs, wenn dieser von Fachpersonal mit medizinischer Grundausbildung und nachgewiesener kinderspezifischer Zertifizierung angeboten wird und das Kind das erste Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
 - Digitale Angebote zur Geburtsvorbereitung, wenn das Angebot von Hebammen erstellt und betreut wird, die gemäß § 134a Absatz 2 SGB V als Leistungserbringer zugelassen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt sind, und sich die digitalen Erweiterungsangebote am Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V – Anlage 1.2 „Leistungsbeschreibung zur Geburtsvorbereitung in der Gruppe“ orientieren.
- (2) Die AOK erstattet der Versicherten im Rahmen einer Schwangerschaft bzw. im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft die Kosten für Leistungen nach Absatz 1 bis zu einem Betrag in Höhe von insgesamt maximal 400 Euro.
- (3) Die AOK beteiligt sich an folgenden Kosten für die bei der AOK versicherte Begleitperson:
- Baby-Erste-Hilfe-Kurs, wenn dieser von Fachpersonal mit medizinischer Grundausbildung und nachgewiesener kinderspezifischer Zertifizierung angeboten wird und das Kind das erste Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
 - Digitale Angebote zur Geburtsvorbereitung, wenn das Angebot von Hebammen erstellt und betreut wird, die gemäß § 134a Absatz 2 SGB V als Leistungserbringer zugelassen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt sind, und sich die digitalen Erweiterungsangebote am Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V – Anlage 1.2 „Leistungsbeschreibung zur Geburtsvorbereitung in der Gruppe“ orientieren.
 - Teilnahme an einem von einer Hebamme geleiteten Geburtsvorbereitungskurs für die bei der Geburt anwesende, bei der AOK versicherte Begleitperson.
- (4) Die AOK erstattet der bei der AOK versicherten Begleitperson im Rahmen einer Schwangerschaft bzw. im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft die Kosten für Leistungen nach Absatz 3 bis zu einem Betrag in Höhe von insgesamt maximal 100 Euro. Die bei der AOK versicherte Begleitperson erhält die Erstattung auch dann, wenn die Schwangere nicht AOK-versichert ist.

- (5) Zur Erstattung sind die jeweilige Rechnung und die ärztliche Verordnung vorzulegen. Bei den folgenden Leistungen ist zusätzlich ein ausgefülltes Auskunftsfomular über die berechnete Leistungsanspruchnahme einzureichen:

- B-Streptokokken-Test,
- Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln und Windpocken,
- Zytomegalie-Test,
- Toxoplasmose-Test,
- Tele-Hebammenberatung,
- Stillberatung,
- Baby-Erste-Hilfe-Kurs.

Das Formular ist auf der Internetseite der AOK verfügbar oder stellt die AOK auf Anfrage zur Verfügung.

§§ 12c und 12d Ohne Inhalt

§ 12e Künstliche Befruchtung

Die AOK übernimmt zusätzlich zu den gemäß § 27a Absatz 3 Satz 3 SGB V genehmigten Kosten weitere 250 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Im Fall eines Wechsels zur AOK während einer begonnenen Behandlung ist ein neuer Behandlungsplan zur Genehmigung einzureichen, der als Grundlage für eine Kostenerstattung ab dem Mitgliedschaftsbeginn dient. Zur Erstattung der Leistungen reichen die Versicherten einen Nachweis über die ihnen entstandenen Kosten in Form einer Rechnung ein. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27a SGB V unberührt.

§ 12f Gesundheitskonto

- (1) Die AOK stellt ihren Versicherten im Rahmen eines Gesundheitskontos Mehrleistungen zur Verfügung. Diese erstattet sie bis zu einem Gesamtwert von 800 Euro je Kalenderjahr in den Kategorien

- Medizinische Vorsorgeleistungen,
- Schutzimpfungen,
- Zahnärztliche Behandlungen,
- Heilmittel und nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

nach den folgenden Absätzen. Zur Erstattung sind, soweit nicht anders vorgesehen, entsprechende Rechnungen vorzulegen. Die Kosten für die Inanspruchnahme der nachfolgenden Leistungen werden zu 100 % erstattet, sofern keine anderslautende Regelung greift. Das Guthaben bzw. Restguthaben ist nicht auf andere Versicherte, auch nicht auf Familienangehörige sowie auf das folgende Kalenderjahr übertragbar. Näheres zu Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergibt sich aus den nachfolgenden Absätzen. Die Erstattungen werden nur für Leistungen gewährt, die nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sind.

- (2) Medizinische Vorsorgeleistungen

Die AOK erstattet ihren Versicherten für die nachfolgenden medizinischen Vorsorgeleistungen insgesamt bis zu 200 Euro je Kalenderjahr und Versicherten.

- (a) Hautkrebsvorsorge

Die AOK erstattet Versicherten im Alter von 18 bis einschließlich 34 Jahren alle zwei Kalenderjahre die Kosten eines Hautkrebs-Screenings bis zu einem Betrag von 200 Euro. Der Inhalt der Leistung richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. Voraussetzung ist, dass ein von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zum Hautkrebs-Screening zugelassener Arzt die Maßnahme durchführte und dass bei dem Versicherten mindestens eines der folgenden Merkmale vorliegt, welches ein erhöhtes Risiko darstellt, an Hautkrebs zu erkranken:

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- bestehende oder in der Vergangenheit aufgetretene Hautkrebserkrankung im Verwandtschaftsgrad 1 bis 3,
- deutlich erhöhtes Risiko für schwarzen Hautkrebs (Melanomrisiko) nach Maßgabe der S3-Leitlinie „Melanom“, insbesondere bei
 - o einhundert oder mehr gewöhnlichen Muttermalen am ganzen Körper (≥ 100 gewöhnliche melanozytäre Nävi),
 - o fünf oder mehr atypischen Muttermalen, welche sich durch eine ungleichmäßige Form oder Farbe auszeichnen (Nävussyndrom) bei gleichzeitig fünfzig oder mehr gewöhnlichen Muttermalen am ganzen Körper (≥ 50 gewöhnliche melanozytäre Nävi),
- schwarzer Hautkrebs (malignes Melanom) als Vorerkrankung,
- Hauttyp 1 (sehr helle und sehr empfindliche Haut, helle Augen, rotblondes Haar und häufig Sommersprossen) oder Hauttyp 2 (helle und empfindliche Haut, blaue, graue, grüne oder braune Augen, blonde bis braune Haare und häufig Sommersprossen) und dadurch erhöhtes Risiko von hellem Hautkrebs (nicht-melanozytärem Hautkrebs),
- aktinische Keratose (nicht-melanozytärer Hautkrebs),
- Pigmentmale mit einem Durchmesser größer als 2 mm.

(b) Brustkrebsvorsorge

Die AOK erstattet Versicherten alle zwei Kalenderjahre bis zu einem Betrag von 200 Euro die Kosten für eine der nachfolgenden Maßnahmen der Brustkrebsvorsorge:

- i. von einem zugelassenen Gynäkologen veranlasste Tastuntersuchung und Inspektion der Brust und Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung durch einen sehbehinderten medizinisch taktilen Untersucher ab 30 Jahren,
- ii. Sonographie (Ultraschalluntersuchung der Brust) durch einen zugelassenen Gynäkologen oder Radiologen ab 40 Jahren,
- iii. Mammographie (Röntgenaufnahme der Brust) durch einen zugelassenen Gynäkologen oder Radiologen ab 45 Jahren.

Voraussetzung ist, dass bei dem Versicherten mindestens eines der folgenden Merkmale vorliegt, welches ein erhöhtes Risiko darstellt, an Brustkrebs zu erkranken:

- bestehende oder in der Vergangenheit aufgetretene Brustkrebserkrankung im Verwandtschaftsgrad 1 bis 3,
- erhöhtes familiäres Risiko einer medizinisch festgestellten Genmutation im Verwandtschaftsgrad 1 bis 3,
- Brust- oder Eierstockkrebs als Vorerkrankung,
- sehr hohe Brustdichte (Stufe 4) bei Frauen.

(c) Darmkrebsvorsorge

Die AOK erstattet Versicherten ab 45 Jahren alle zwei Kalenderjahre bis zu einem Betrag von 200 Euro die Kosten eines Stuhltests zur Darmkrebsvorsorge, sofern dieser von einem zugelassenen Arzt nach den Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme in der jeweils geltenden Fassung durchgeführt wurde. Weitere Voraussetzung ist, dass im Verwandtschaftsgrad 1 bis 3 ein erhöhtes Risiko vorliegt, an Darmkrebs zu erkranken, beispielsweise eine Darmkrebserkrankung besteht oder in der Vergangenheit aufgetreten ist.

(d) Gesundheits-Check-up

Die AOK erstattet Versicherten im Alter von 18 bis einschließlich 34 Jahren die Kosten eines Gesundheits-Check-ups bis zu einem Betrag von 200 Euro. Dessen Inhalt richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten in der jeweils gültigen Fassung. Voraussetzung ist, dass die Leistung durch einen zugelassenen Arzt erbracht wurde und dass bei dem Versicherten mindestens eines der folgenden Merkmale vorliegt, welches ein erhöhtes Risiko für eine kardiovaskuläre oder Stoffwechselerkrankung darstellt:

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- bestehende oder in der Vergangenheit aufgetretene Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. Bluthochdruck, Arteriosklerose, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit), auch wenn im Verwandtschaftsgrad 1 bis 3 vorliegend,
- Übergewicht (Adipositas),
- erhöhte Fettwerte im Blut (Hypercholesterinämie),
- Bluthochdruck (Hypertonie).

Eine Kostenerstattung ist alle drei Kalenderjahre möglich, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf den Gesundheits-Check-up besteht.

(e) Sportmedizinische Untersuchung

Die AOK erstattet Versicherten alle zwei Kalenderjahre bis zu einem Betrag von 200 Euro die Kosten einer sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, insbesondere wenn diese für die Aufnahme einer sportlichen Betätigung in einem Verein erforderlich sind. Voraussetzung ist, dass bei dem Versicherten mindestens eines der folgenden Merkmale vorliegt, welches ein erhöhtes Risiko internistischer oder orthopädischer Erkrankung bei Aufnahme einer sportlichen Betätigung darstellt:

- Vorerkrankung des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. Hypertonie),
- Vorerkrankung des Atmungsorgans (z. B. Asthma),
- Stoffwechselerkrankung (z. B. Diabetes, Adipositas),
- Vorerkrankung der Gelenke (z. B. Arthrose),
- Neurologische Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie).

Die sportmedizinische Untersuchung schließt auch die Erstellung eines Belastungskardiogramms mit ein. Der Erstattungsanspruch setzt voraus, dass die Leistung von einem zugelassenen Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ erbracht wurde. Bei minderjährigen Versicherten kann daneben eine Erstattung erfolgen, wenn die Untersuchung von einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder einem Facharzt für Allgemeinmedizin, sofern ersterer nicht zur Verfügung steht, durchgeführt wurde.

(f) Nährstoffmangelvorsorge

Die AOK erstattet Versicherten alle drei Kalenderjahre bis zu einem Betrag von 200 Euro die Kosten einer Mikronährstoffanalyse, wenn bei ihnen mindestens eines der folgenden Merkmale vorliegt, welches ein erhöhtes Risiko einer Erkrankung darstellt, die im Zusammenhang mit einem Nährstoffmangel steht:

- mangelnde Aufnahme von Substraten aufgrund von Krankheit (Malabsorptions-Erkrankung),
- Allergien bzw. Unverträglichkeit bestimmter Lebensmittel (z. B. Laktose-, Histamin- oder Glutenintoleranz).

Voraussetzung ist, dass Anamnese, Blutentnahme und die Besprechung der Werte sowie möglicher Maßnahmen von einem zugelassenen Arzt vorgenommen wurden. Die Analyse der folgenden Nährstoffe ist von dieser Leistung abgedeckt:

- Vitamin D,
- Vitamin B12,
- Calcium,
- Eisen,
- Jod,
- Folsäure,
- Omega-3-Fettsäuren.

(3) Schutzimpfungen

Versicherte haben je Kalenderjahr und bis zu einem Betrag von 300 Euro Anspruch auf Erstattung der Kosten von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten sowie der Kosten der Malaria-Prophylaxe aus Anlass von privaten Reisen, soweit diese von der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut empfohlen werden, und der Kosten folgender Schutzimpfungen:

- HPV-Impfung bis zum Alter von 26 Jahren,
- Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), sofern kein anderweitiger Anspruch besteht,

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- Meningokokken-B-Impfung.

Voraussetzung ist, dass Anamnese, Aufklärung und Beratung durch einen zugelassenen Arzt erfolgen.

(4) Zahnärztliche Behandlungen

Die AOK erstattet ihren Versicherten für die nachfolgenden zahnärztlichen Behandlungen insgesamt bis zu 150 Euro je Kalenderjahr und Versicherten.

(a) Lachgas-Sedierung

Die AOK erstattet ihren Versicherten bis zu einem Betrag von 150 Euro je Kalenderjahr die Kosten einer Lachgas-Sedierung. Voraussetzung ist, dass

- die versicherte Person am Tag der Behandlung nicht älter als 25 Jahre war,
- die Behandlung in direktem Zusammenhang mit der Extraktion von mindestens einem Weisheitszahn stand und
- die Behandlung durch einen zugelassenen Zahnarzt erfolgte.

(b) Zahnversiegelung

Die AOK erstattet ihren Versicherten bis zu einem Betrag von 150 Euro je Kalenderjahr die Kosten einer Zahnversiegelung. Voraussetzung ist, dass

- dies im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung geschah, die zur zahnärztlichen Behandlung gemäß § 28 SGB V gehörte,
- ein bewilligter kieferorthopädischer Behandlungsplan eines zugelassenen Leistungserbringers vorlag,
- die Behandlung mit feststehenden kieferorthopädischen Behandlungsgeräten erfolgte und
- ein zugelassener Zahnarzt die Leistung erbrachte.

(5) Heilmittel und nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

Die AOK erstattet ihren Versicherten für die nachfolgend aufgeführten Heilmittel und nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel insgesamt bis zu 150 Euro je Kalenderjahr und Versicherten.

(a) Osteopathische Behandlungen

Die AOK erstattet ihren Versicherten einen Betrag von 50 Euro je Sitzung und bis zu drei Sitzungen je Kalenderjahr für osteopathische Leistungen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet war, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dies ist ärztlich zu bescheinigen. Die Erstattung setzt weiter voraus, dass die Behandlung von einem zugelassenen Arzt oder einem zugelassenen Heilpraktiker mit der Zusatzqualifikation der Osteopathie, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt, durchgeführt wurde. Eventuell anfallende Kosten für das Ausstellen einer formlosen ärztlichen Bescheinigung werden nicht übernommen und sind von dem Versicherten selbst zu tragen. Der zugelassene Arzt ist gesetzlich nicht verpflichtet, die Bescheinigung auszustellen.

(b) Homöopathie

Die AOK erstattet ihren Versicherten bis zu einem Betrag von 150 Euro je Kalenderjahr die Kosten für von ihnen erworbene nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel

- von einem zugelassenen Arzt mit der Zusatzqualifikation Homöopathie auf einem Privatrezept verordnet wurde,
- dem Zweck diene, eine Erkrankung zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- nicht gemäß § 34 Absatz 1 Satz 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen ist.

Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Satz 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt. Die AOK erstattet darüber hinaus ihren Versicherten bis zu dem in Satz 7 genannten Betrag von 150 Euro je Kalenderjahr die Kosten für eine homöopathische Anamnese, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Voraussetzung ist, dass die Leistung von einem zugelassenen Arzt mit der Zusatzqualifikation Homöopathie erbracht wurde, nicht durch

den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen und nicht bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.

§ 12g Spezielle Ärztliche Zweitmeinung

- (1) Die AOK ermöglicht es ihren Versicherten, vor der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung oder Therapie auf der Basis der bereits von den behandelnden Ärzten eingeholten Befunddaten bei einem entsprechenden Facharzt (Beratungsarzt) eine kostenfreie fachmedizinische Zweitmeinung einzuholen. Damit sollen die Versicherten in die Lage versetzt werden, die vom behandelnden Arzt vorgeschlagene Behandlung besser bewerten und eine Entscheidung darüber auf einer breiteren Erkenntnisbasis treffen zu können. Die Einholung der Zweitmeinung erfolgt durch die Inanspruchnahme von nicht zugelassenen Leistungserbringern im Sinne von § 11 Absatz 6 SGB V, mit denen die AOK gemäß Absatz 3 entsprechende Verträge abgeschlossen hat.
- (2) Berechtigt, im Einzelfall im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens eine fachärztliche Zweitmeinung einzuholen, sind die Versicherten der AOK, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff insbesondere im onkologischen, kardiologischen oder orthopädischen Bereich durch ausreichende fachärztliche Diagnostik festgestellt ist oder eine entsprechende Verdachtsdiagnose besteht sowie eine Therapieempfehlung vorliegt. Die Versicherten erklären gegenüber der AOK, dass bei ihnen die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen, eine Vorlage von den Anspruch begründenden Unterlagen erfolgt nicht. Die AOK erteilt den Versicherten eine schriftliche Kostenzusage, die auch eine Empfehlung für einen Beratungsarzt beinhaltet. Ergibt sich im Rahmen der Einholung der ärztlichen Zweitmeinung, dass die Voraussetzungen – insbesondere die maßgeblichen Indikationen – nicht vorliegen, bricht der Beratungsarzt die Erteilung der Zweitmeinung ab und rechnet mit der AOK eine Abbruchpauschale ab. Der Anspruch auf die ärztliche Zweitmeinung umfasst
 - a) die Begutachtung der geplanten Therapie aufgrund der von den Versicherten dem Beratungsarzt vorgelegten ärztlichen Unterlagen, Befunde und Diagnoseergebnisse und/oder einer körperlichen Untersuchung von Versicherten in den Räumen des Krankenhauses,
 - b) eine eingehende Beratung der Versicherten in einem persönlichen Gespräch mit dem Beratungsarzt, bei Verzicht des Versicherten auf ein persönliches Beratungsgespräch kann dieses im Ausnahmefall telefonisch durchgeführt werden,
 - c) das Erstellen eines schriftlichen Kurzberichtes, der eine konkrete Therapieempfehlung beinhaltet (Abweichung oder Bestätigung des Therapievorschlages) für die Versicherten.

Die Vergütung für die Erteilung der ärztlichen Zweitmeinung wird zwischen der AOK und den Vertragspartnern abgerechnet.

- (3) Die weiteren Einzelheiten zu den Indikationen, den Voraussetzungen und dem Ablauf zur Sicherstellung des Beratungsangebots „Zweitmeinungsverfahren“ regelt die AOK in Verträgen mit Ärzten und Krankenhäusern. Die beauftragten Ärzte sind Fachärzte und haben eine Schwerpunktbezeichnung auf dem jeweiligen Gebiet nach der für den Arzt maßgeblichen ärztlichen Weiterbildungsordnung. Die AOK informiert ihre Versicherten über ihre Internetpräsenz unter www.aok.de/hessen/zweitmeinung unter anderem über die Qualifikation der Vertragspartner und weist die Versicherten in ihren Mitgliederzeitschriften auf das Zweitmeinungsverfahren hin.
- (4) Im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 3 verpflichtet die AOK ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus den datenschutz- und sozialrechtlichen Anforderungen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 StGB), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

- (5) Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt. Unabhängig vom Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.

§ 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 Absatz 1 Nummer 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 Entgeltfortzahlungsgesetz Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter).
- (3) Kann bei einem versicherungspflichtigen oder freiwilligen Mitglied Krankengeld nicht nach § 47 Absatz 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) Versicherte können gemäß § 13 SGB V anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden.
- (2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK unter Verwendung des dafür bereit gestellten Vordruckes. Die 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. Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen
- (3) Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz in Anspruch genommen werden, nach Maßgabe des § 13 Absatz 4 bis 6 SGB V erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind.
- (4) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend
- a) bei Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 %,
 - b) bei Kostenerstattung nach § 13 Absatz 4 bis 6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 %
- zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag höchstens 40 Euro beträgt.

- (5) Abweichend von Absatz 4 wird bei Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung der Erstattungsbetrag auf 30 %, der ambulanten zahnärztlichen Behandlung auf 30 % und im Bereich der Versorgung mit Arzneimitteln auf 60 % der ausgewiesenen Kosten festgesetzt. Ein Verwaltungskostenabschlag erfolgt nicht. Auf Antrag des Versicherten wird der Erstattungsbetrag individuell nach Absatz 4 ermittelt.
- (6) Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 Satz 6 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. Absatz 2 findet keine Anwendung. Bei 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 Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB V und die der AOK aufgrund eines Vertrages nach § 130a Absatz 8 SGB V entgangenen Rabatte in Höhe einer kalender- vierteljährlich einheitlich festgesetzten Pauschale. Die Summe der Minderungsbeträge nach Satz 3 beträgt je Antrag mindestens 5 Euro.
- (7) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 15 Versicherung der dienstordnungsmäßig Angestellten (DO-Angestellte)

Versicherte DO-Angestellte haben nach § 14 SGB V eine Wahlmöglichkeit. Die 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. Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.

§ 16 Ohne Inhalt

§ 17 Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 kann die AOK insbesondere dann verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.
- (3) Die AOK kann vom Versicherten Ersatz für Leistungen fordern, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden. Zudem ist sie berechtigt, bei hinreichendem Verdacht auf das Vorliegen eines Leistungsausschlusses Kostenübernahmeentscheidungen unter dem Vorbehalt des Widerrufs (§ 32 Absatz 2 Nummer 3 SGB X) zu treffen.
- (4) Der Versicherte ist über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen zu informieren.

§ 18 Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung und besonderer Versorgung

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

- (2) Die Teilnahme ist schriftlich gegenüber der AOK zu erklären (Einschreibung). Sie beginnt mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung. Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform 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 sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

§ 19 Ohne Inhalt

Vierter Abschnitt: Wahltarife/Weiterentwicklung der Versorgung

§ 20 Wahltarif Selbstbehalt

- (1) Die AOK bietet Mitgliedern einen Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V an. Der Wahltarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils einen Grundbonus, einen Staffelpbonus (Prämien) sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Absatz 8 Satz 6 SGB V). Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Tarif und am Wahltarif AGIDA nach § 25 dieser Satzung sowie am AOK-Programm Kinderbonus nach § 33a dieser Satzung ist nicht möglich.
- (2) Mitglieder erklären in Textform die Wahl des Selbstbehalttarifes. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach Kündigung des Mitglieds in Textform mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. Bei 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 2 zum Ende des auf die Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
- (3) Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen Grundbonus erhalten. Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen. Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an.

Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen.

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

Es fallen keine Selbstbehalte an für

- ambulante (zahn-)ärztliche Behandlungen, die nicht mit einer Arzneimittel- oder Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergehen,
- Hilfsmittel und Zahnersatz,

- Vorsorgeuntersuchungen,
- Verordnungen über Impfstoffe,
- Privatrezepte,
- Leistungen, die die mitversicherten Familienangehörigen in Anspruch nehmen,
- Leistungen während der Schwangerschaft bis zum Ablauf der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 MuSchG.

Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf Antrag in Textform des Mitglieds möglich, wenn das beitragspflichtige Einkommen des Jahres, für das die Höherstufung erfolgen soll, einen Wechsel in eine höhere Tarifklasse zulässt und der Antrag bis zum 30. April des Folgejahres gestellt wird. Entsprechende Einkommensnachweise für das betreffende Jahr sind vorzulegen. Der Grundbonus erhöht sich in den ersten drei Jahren um 20 Euro 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 Krankenhausbehandlung nicht in Anspruch nimmt. Beanprucht das Mitglied im zweiten oder dritten Jahr der Teilnahme an dem Tarif eine oder mehrere der im vorigen Satz genannten Leistungen, berücksichtigt die AOK für das jeweilige Jahr nur den Grundbonus. Nicht berücksichtigt werden die in § 53 Absatz 2 Satz 3 SGB V genannten Leistungen.

- (4) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Selbstbehalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Die 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. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt. Ist die Summe der Selbstbehalte höher als die der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Beginnt 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. In Zeiträumen, in denen die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, in beitragsfreien Zeiten oder Zeiten der Familienversicherung ruht der Tarif mit Beginn desjenigen Monats, der auf das das Ruhen auslösende Ereignis folgt.

§ 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, strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f und besondere Versorgung nach § 140a SGB V.
- (2) Die Teilnahme an einer besonderen Versorgungsform gilt als Wahl des Tarifs nach § 53 Absatz 3 SGB V, sofern der Versicherte dem nicht schriftlich widerspricht. Mit der Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgungsform endet auch die Teilnahme am Wahltarif.
- (3) Die Teilnehmer an den besonderen Versorgungsformen erhalten Qualitätsvorteile und, soweit im einzelnen Versorgungsprogramm vorgesehen, für die Durchführung von Maßnahmen bzw. die Erreichung oder das Halten der im jeweiligen Versorgungsprodukt definierten Ziele eine Prämie. Die Teilnehmer an der besonderen Versorgungsform nach § 73b SGB V erhalten abweichend von Satz 1 Prämienzahlungen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen.
- (4) Die Berechnung der Höhe der Prämie nach Absatz 3 Satz 1 erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. Maximal können 100 Punkte jährlich eingelöst werden. Die tatsächlich erreichbare Punktzahl ist abhängig von

der regionalen Verfügbarkeit des jeweiligen Versorgungsproduktes. Eine Auszahlung der Punkte erfolgt auf schriftlichen Antrag des Teilnehmers. Angesammelte Bonuspunkte, die nicht zur Auszahlung gekommen sind, verfallen nach 12 Monaten. Maßnahmen, 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. Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Erkrankungen nach § 137f SGB V teilnehmen, erhalten nach mindestens dreijähriger ununterbrochener Teilnahme eine einmalige Prämie in Höhe von 40 Euro. Im Falle der Teilnahme an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen erfolgt die Auszahlung der Prämie nur einmalig. Ist die Voraussetzung in Absatz 3 Satz 2 erfüllt, so betragen die Aufwendungen für Prämienzahlungen mindestens die Hälfte des Differenzbetrags, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Einzelheiten zu der Definition von in diesem Paragraphen verwendeten Begrifflichkeiten, der Berechnung der Prämienzahlungen sowie zu den Auszahlungsbedingungen ergeben sich aus den Ausführungsbestimmungen zum Wahltarif.

- (5) Die 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.

§ 22 Krankengeld-Wahltarif

- (1) Einen Krankengeld-Wahltarif nach § 53 Absatz 6 SGB V können wählen:
1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V abgegeben haben,
 2. Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V abgegeben haben, dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 Entgeltfortzahlungsgesetz Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter),
 3. nach dem KSVG versicherte Künstler und Publizisten.

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

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

Unabhängig von einer Kündigung endet der Krankengeld-Wahltarif:

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

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 5 Satz 6 und 7,
2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. 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,
5. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung des Krankengeldanspruchs nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sei denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 5 Satz 9,
6. durch Tod.

Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). Abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird. Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist in Textform 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.

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

1. Die in Absatz 1 Nummer 1 und 2 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG 22).
2. Die in Absatz 1 Nummer 3 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 15. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG 15).

Das Wahltarif-Krankengeld

1. beträgt in der Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nummer 1 genannten Mitgliedern 70 % des Arbeitseinkommens, welches zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Prämienbemessung nach Absatz 4 aus Arbeitseinkommen maßgebend war,
2. wird in der Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nummer 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Absatz 1 und 2 SGB V und § 13 Absatz 3 dieser Satzung berechnet,
3. beträgt in der Tarifausprägung KG 15 bei den nach Absatz 1 Nummer 3 genannten Mitgliedern 70 % des durchschnittlichen täglichen Bruttoarbeitseinkommens, das der Beitragsbemessung für die letzten 12 Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde gelegt wurde, § 47 Absatz 4 Satz 2 bis 4 SGB V gilt.

Aus dem Wahltarif-Krankengeld werden Beiträge zur Pflege- und Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung entrichtet, soweit dies auf Grund gesetzlicher Bestimmungen vorgesehen ist. Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

nach § 48 SGB V. Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahltarif-Krankengeldes angerechnet.

(4) Die Prämie beträgt für die Tarifaufprägung:

1. KG 22 0,60 % der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§§ 226 und 240 SGB V) maßgebend sind, für die hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen gelten die „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ des GKV-Spitzenverbandes,
2. KG 15 0,80 % der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§ 234 SGB V) maßgebend sind.

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

Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 4 wird zum gleichen Zeitpunkt fällig wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.
2. Die Prämien sind nicht während des Anspruchs auf Krankengeld (Wahltarif-Krankengeld und Krankengeld nach § 44 Absatz 2 SGB V) zu entrichten.
3. Die Prämienzahlung endet in den Fällen des Absatzes 2 Satz 4, Satz 8 und des Absatzes 6 Satz 1.
4. Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der fällig werdenden Prämien zu erteilen.

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

1. sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, von diesem Zeitpunkt an bis zum Tage der vollständigen Entrichtung der rückständigen Prämien und der 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 2 Nummer 5 ab dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 SGB V wirksam wird,
4. sofern Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

§ 11 Absatz 5 und die §§ 16, 49, 50, 51, 52 und 52a SGB V gelten entsprechend, soweit in dieser Vorschrift nichts Abweichendes geregelt ist; § 49 Absatz 1 Nummer 1 SGB V gilt nicht für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige in der Tarifaufprägung KG 22. Für die in Absatz 1 Nummer 1 und 3 genannten Mitglieder besteht kein Krankengeldanspruch, wenn Arbeitsunfähigkeit in den ersten drei Monaten der Teilnahme am Krankengeld-Wahltarif eintritt. Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten 3 Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. Die Sätze 1 und 3 gelten nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden und nach Antragstellung eintreten. Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personen ruht der Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 2 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung. Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 6 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf. Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifes. Die Sätze 6 und 7 gelten entsprechend bei rechtswirksamer

Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 SGB V. Der Krankengeld-Wahltarif endet, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 4 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird.

- (6) Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:
1. bei Erhalt von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II,
 2. bei Erhalt von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
 3. bei Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung nach § 802c Zivilprozessordnung,
 4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Absatz 3a SGB V.

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

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

§ 23 Ohne Inhalt

§ 24 Wahltarif Teilkostenerstattung

- (1) Für Mitglieder, die eine Wahlmöglichkeit nach § 14 SGB V haben, wird ein Wahltarif nach § 53 Absatz 7 SGB V eingeführt. Die Bestimmungen zum Wahltarif Teilkostenerstattung gelten inhaltsgleich für Versorgungsempfänger und Hinterbliebene.
- (2) Für Mitglieder, die bereits vor dem 01. Januar 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. Die Wahl wirkt ab dem 01. Januar 2009 bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das diesem Jahr folgt, und verlängert sich um je zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des genannten Zeitraumes kein Widerruf erfolgt ist. Die Entscheidung wirkt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.
- (3) Die Prämienzahlung erfolgt für die Nichtinanspruchnahme der Sachleistungsbeihilfe nach der Hessischen Beihilfenverordnung.
- (4) Den Versicherten, die den Tarif gewählt haben, wird entsprechend der Leistungsbeschränkung nach Absatz 3 50 % des monatlichen Beitrages als Prämie zurückgezahlt (§ 53 Absatz 7 und 8 SGB V). Die Prämienzahlung wird mit dem vom DO-Angestellten zu entrichtenden monatlichen Beitrag verrechnet.

§ 25 Wahltarif AGIDA

- (1) Die AOK bietet einen Tarif bestehend aus Wahlтарифen nach § 53 Absatz 1 SGB V in Form eines Bonus auf Grund des Verzichts auf den Service der persönlichen Betreuung und eines Selbstbehalttarifs sowie eines Gesundheitsbonus nach § 65a SGB V an. Die Wahl gilt auch für die mitversicherten Familienangehörigen. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Absatz 8 Satz 6 SGB V). Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Tarif und am AOK-Selbstbehalttarif nach § 20 dieser Satzung sowie an den Bonusprogrammen nach §§ 33 und 33a dieser Satzung ist nicht möglich.
- (2) Mitglieder erklären in Textform die Wahl des Tarifes. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendertags, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach Kündigung in Textform des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach

Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. Bei 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 2 zum Ende des auf die Kündigung in Textform des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.

(3) Direktbonus

Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können für den Verzicht auf den Service der persönlichen Betreuung einen Bonus in Höhe von 50 Euro je Kalenderjahr erhalten. Sollte 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 Kundencenter. Der Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte liegt je Kalenderjahr bei 50 Euro.

Kostenbonus

Der Selbstbehalttarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils einen Grundbonus sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben. Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen Grundbonus erhalten. Im Rahmen der Berechnung des Selbstbehalts werden nur Leistungen, die das Mitglied in Anspruch genommen hat, berücksichtigt. Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen. Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an.

Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen.

Tarif-klasse	Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr	Grundbonus je Kalenderjahr in Euro	Pauschaler Selbstbehalt je ambulanter Behandlung des Mitglieds, die mit einer Arzneimittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, in Euro	Pauschaler Selbstbehalt je Krankenhausaufenthalt des Mitglieds in Euro	Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte je Kalenderjahr in Euro
1	bis zu 10.000 Euro	50,00	12,50	25,00	50,00
2	10.000,01 bis 19.999,99 Euro	90,00	22,50	45,00	90,00
3	20.000,00 bis 29.999,99 Euro	120,00	30,00	60,00	120,00
4	30.000,00 bis 41.999,99 Euro	150,00	37,50	75,00	150,00
5	ab 42.000 Euro	210,00	52,50	105,00	210,00

Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf Antrag in Textform des Mitglieds möglich, wenn das beitragspflichtige Einkommen des Jahres, für das die Höherstufung erfolgen soll, einen Wechsel in eine höhere Tarifklasse zulässt und der Antrag bis zum 30. April des Folgejahres gestellt wird. Entsprechende Einkommensnachweise für das betreffende Jahr sind vorzulegen.

Gesundheitsbonus

Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können, wenn sie und/oder ihre familienversicherten Angehörigen Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25, 26, 28 in Verbindung mit § 22 SGB V, Schutzimpfungen nach § 20i 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. Die AOK bonifiziert folgende Aktivitäten:

- Impfstatus für Kinder und Jugendliche (vollständiger Impfpass),
- Impfstatus für Erwachsene (vollständiger Impfpass),
- Kindervorsorgeuntersuchung (U1 bis U6),
- Kinder-/Jugendvorsorgeuntersuchung (U7 bis U11, J1 bis J2),
- Check-up,
- Krebsvorsorgeuntersuchung,
- Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung,

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- Professionelle Zahnreinigung,
 - Teilnahme an AOK-Präventionskursen,
 - Teilnahme an AOK-Online-Präventionskursen,
 - Teilnahme an Präventionskursen anderer Anbieter,
 - Teilnahme an AOK-Veranstaltungen mit Präventionscharakter,
 - aktive Betätigung im Sportverein / organisierten Hochschulsport,
 - aktive Mitgliedschaft in einem Präsenz- oder Online-Fitnessstudio,
 - Teilnahme an regionalen oder überregionalen Sportveranstaltungen,
 - bestandener Fitnesstest im Fitnessstudio,
 - Ablegen von Deutschen Sportabzeichen oder anderen Leistungsabzeichen,
 - Absolvieren von Erste-Hilfe-Kursen für Babys und Kinder.
- (4) Der Unterschiedsbetrag von Boni und Selbstbehalten ist für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Der Versicherte kann im ersten Tarifjahr der Teilnahme beantragen, dass der Direktbonus in Höhe von 50 Euro abweichend vom Zeitpunkt nach Absatz 4 Satz 1 ausgezahlt wird. Beginnt 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. Eine Bonifizierung von Aktivitäten, die vor Beginn der Teilnahme durchgeführt werden, erfolgt, sofern sie im selben Kalenderjahr durchgeführt werden. Es können sowohl Aktivitäten, an denen das Mitglied teilgenommen hat, als auch Aktivitäten, an denen seine familienversicherten Angehörigen teilgenommen haben, bonifiziert werden. Die Bonifizierung erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. Maximal können 100 Punkte jährlich eingelöst werden. Eine Auszahlung der Punkte erfolgt auf schriftlichen Antrag des Teilnehmers. Angesammelte Bonuspunkte, die nicht zur Auszahlung eingereicht wurden, verfallen mit Ablauf des 31. Dezember des jeweiligen Jahres, das auf das Jahr folgt, in dem die Maßnahmen durchgeführt wurden. Die Boni der einzelnen Tarifkomponenten dürfen 20 % der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten.
- (5) Die näheren Einzelheiten zu der Teilnahme, dem Ruhen des Tarifs, den Leistungen, die keinen Selbstbehalt auslösen, den Nachweisen von Einkommen und Aktivitäten, deren Anforderungen, der Anzahl der bonifizierbaren Punkte und den zeitlichen Intervallen, in denen diese gutgeschrieben werden können, der Auszahlung und dem Datenschutz sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.

§§ 26-32 Ohne Inhalt

§ 33 AOK-Programm BONUS fit

- (1) Versicherte der AOK, die Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen, erhalten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten, wenn diese gegenüber der AOK nachgewiesen wurden. Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK ab Vollendung des 15. Lebensjahres.
- (2) Voraussetzung für die Teilnahme am Bonusprogramm ist die ausdrückliche Entscheidung des Versicherten. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Teilnahmeerklärung erfolgt in elektronischer Form über die „Meine AOK“-App, das Onlineportal „Meine AOK“ oder in Textform. Die Teilnahme beginnt nach erfolgreicher Einschreibung mit dem Tag der Anmeldung oder zu dem vom Versicherten gewählten, in der Zukunft liegenden Zeitpunkt. Die Beendigung der Teilnahme kann jederzeit ohne Angabe von Gründen in elektronischer Form oder in Textform gegenüber der AOK erklärt werden. Die Teilnahme am Programm endet

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

in diesem Fall zum Jahresende. Wenn die Versicherung des am Bonusprogramm teilnehmenden Versicherten länger als 90 Tage unterbrochen wird oder endet, so endet die Teilnahme mit dem letzten Tag der Versicherung. Eine gleichzeitige Teilnahme an anderen Bonusprogrammen der AOK nach § 65a SGB V sowie am Tarif nach § 25 der Satzung der AOK ist nicht möglich.

- (3) Die Bonifizierung erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. Der Bonus wird den Versicherten gegen Nachweis von Gesundheitsaktivitäten zur Verfügung gestellt. Er wird nach einem sich aus den Ausführungsbestimmungen ergebenden Punktzahlsystem ermittelt. Die Nachweiserbringung erfolgt in digitaler Form per Fotoupload über die „Meine AOK“-App oder das Onlineportal „Meine AOK“. Alternativ kann die Nachweiserbringung auch in schriftlicher Form erfolgen. Eine Bonifizierung von Aktivitäten, die vor Beginn der Teilnahme durchgeführt wurden, erfolgt, sofern diese in dem Kalenderjahr des Teilnahmebeginns durchgeführt wurden. Die AOK bonifiziert folgende Aktivitäten:
- Impfung nach Empfehlung der ständigen Impfkommission,
 - Check-up,
 - Krebsvorsorgeuntersuchung,
 - Zahnvorsorgeuntersuchung,
 - Professionelle Zahnreinigung,
 - Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung,
 - sportmedizinische Untersuchung,
 - berufliche Tauglichkeitsuntersuchung,
 - Jugenduntersuchung (J2),
 - Blut- oder Plasmaspende,
 - sportliche Aktivität,
 - Teilnahme an Sportveranstaltungen,
 - aktive Mitgliedschaft im Sportverein / Betätigung im Betriebssport / Hochschulsport / Fitnessstudio,
 - Ablegen von Sport- oder Leistungsabzeichen oder Fitnesstest,
 - Teilnahme an organisierten Radtouren,
 - Teilnahme an Präventionskursen inklusive Online-Kursen,
 - Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung,
 - Teilnahme an Veranstaltungen der betrieblichen Gesundheitsförderung,
 - Teilnahme an sonstigen Aktionen der betrieblichen Gesundheitsförderung,
 - Erwerb von Fitnesstrackern.

Bei Einreichen des ersten Nachweises über die „Meine AOK“-App oder im Onlineportal „Meine AOK“ unter „Bonusprogramm“ erhält der Versicherte einen Online-Startbonus.

- (4) Eine Auszahlung der Punkte kann in der „Meine AOK“-App, im Onlineportal „Meine AOK“ oder in Textform veranlasst werden. Die erforderlichen Nachweise sind bis zum 31. März des Folgejahres zu übermitteln, damit die Bonuspunkte für das vergangene Kalenderjahr gutgeschrieben werden können. Gesammelte Bonuspunkte können in die Folgejahre übertragen werden.
- (5) Im Falle des begründeten Verdachts einer missbräuchlichen Nutzung des Bonusprogrammes, z. B. durch Manipulation des Punktestandes aufgrund falscher Angaben oder Sammlung von Punkten unter Verstoß gegen die Ausführungsbestimmungen, kann die AOK Teilnehmer mit sofortiger Wirkung vom Programm ausschließen, bereits erworbene Ansprüche können entfallen. Vor dem Ausschluss aus dem Bonusprogramm sind die Teilnehmer anzuhören. Wurde ein Teilnehmer aus einem Bonusprogramm nach § 65a SGB V ausgeschlossen, gilt er für 3 Jahre nach Ausschluss als nicht teilnahmeberechtigt.
- (6) Die näheren Einzelheiten zu der Teilnahme, der Nachweiserbringung, den Anforderungen an Aktivitäten, der Anzahl der bonifizierbaren Punkte und den zeitlichen Intervallen, in denen diese gutgeschrieben werden können, der Auszahlung der Boni und zum Datenschutz sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.

§ 33a AOK-Programm Kinderbonus

- (1) Im Rahmen des AOK-Programms Kinderbonus erhalten bei der AOK versicherte Kinder und ihre bei der AOK versicherten Eltern, Lebensgefährten der Eltern, Paten oder Verwandten bis zum 3. Grad einen Bonus, wenn sie Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen und diese Leistungen dokumentiert wurden. Voraussetzung für die Teilnahme am AOK-Programm Kinderbonus ist, dass das teilnehmende Kind das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und zum Teilnahmebeginn mindestens ein Mitglied für das Kind mitsammelt. Eine gleichzeitige Teilnahme an einem weiteren Programm nach § 65a SGB V oder einem Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V ist ausgeschlossen.
- (2) Voraussetzung für die Teilnahme an dem Programm ist die ausdrückliche Entscheidung eines Familienangehörigen des Kindes. Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig und bedarf der Textform. Die Beendigung der Teilnahme kann jederzeit in Textform gegenüber der AOK erklärt werden. Die Teilnahme am Programm endet in diesem Fall zum Jahresende. Wenn die Versicherung des teilnehmenden Kindes länger als 3 Monate unterbrochen wird oder endet (z. B. Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse), endet die Teilnahme am Programm mit dem letzten Tag der Versicherung. Bei Versicherten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, hat die Kündigung durch den gesetzlichen Vertreter zu erfolgen. Bei Kündigung des Programms vor Vollendung des 18. Lebensjahres verfallen die Treueboni. Die Teilnahme endet automatisch mit Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes. Ebenfalls kann ein Mitsammler nur für ein Kind registriert sein. Im Falle einer missbräuchlichen Nutzung des Bonusprogramms, z. B. durch Manipulation des Punktestandes aufgrund falscher Angaben oder Sammlung von Punkten unter Verstoß gegen die Teilnahmebedingungen, kann die AOK Teilnehmer mit sofortiger Wirkung vom Programm ausschließen, bereits erworbene Ansprüche können entfallen. Wurde ein Teilnehmer von einem Bonusprogramm ausgeschlossen, gilt dieser im Falle einer erneuten Anmeldung zu einem der Programme nach § 65a SGB V als nicht teilnahmeberechtigt.
- (3) Die Bonifizierung erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. Maximal können 100 Punkte kalenderjährlich pro Kind und einem Mitsammler sowie 200 Punkte kalenderjährlich pro Kind und 2 Mitsammlern eingelöst werden. Eine Bonifizierung von Aktivitäten, die vor Beginn der Teilnahme durchgeführt werden, erfolgt, sofern sie im selben Kalenderjahr durchgeführt werden. Die AOK bonifiziert folgende Aktivitäten:
 - Impfstatus für Kinder und Jugendliche (vollständiger Impfpass),
 - Impfstatus für Erwachsene (vollständiger Impfpass),
 - Kindervorsorgeuntersuchung (U1 bis U6),
 - Kinder-/Jugendvorsorgeuntersuchung (U7 bis U11, J1 bis J2),
 - Check-up,
 - Krebsvorsorgeuntersuchung,
 - Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung,
 - Professionelle Zahnreinigung,
 - Teilnahme an AOK-Präventionskursen,
 - Teilnahme an AOK-Online-Präventionskursen,
 - Teilnahme an Präventionskursen anderer Anbieter,
 - Teilnahme an AOK-Veranstaltungen mit Präventionscharakter,
 - aktive Betätigung im Sportverein / organisierten Hochschulsport,
 - aktive Mitgliedschaft in einem Präsenz- oder Online-Fitnessstudio,
 - Teilnahme an regionalen oder überregionalen Sportveranstaltungen,
 - bestandener Fitnesstest im Fitnessstudio,

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- Ablegen von Deutschen Sportabzeichen oder anderen Leistungs-abzeichen,
- Absolvieren von Erste-Hilfe-Kursen für Babys und Kinder.

Bei der Teilnahme am Bonusprogramm erhält jedes Kind einen Treuebonus, wenn kalenderjährlich die Teilnahme des Kindes an mindestens einer Aktivität gem. Absatz 1 nachgewiesen wird. 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.
- (4) Eine Auszahlung der Punkte erfolgt auf Antrag. Der Bonus wird den Versicherten als Geldprämie gegen Nachweis zur Verfügung gestellt. Er wird nach einem sich aus den Ausführungsbestimmungen ergebenden Punktzahlsystem ermittelt. Es werden die Aktivitäten angerechnet, die bis Ablauf des 31. Dezember des jeweiligen Jahres eingereicht werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Aktivitäten durchgeführt wurden. Der Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten und der Treuebonus kommen mit Vollendung des 18. Lebensjahres zur Auszahlung. Zum Auszahlungszeitpunkt muss eine gültige Versicherung bei der AOK bestehen. Besteht eine Versicherungslücke im Auszahlungsmonat, kann eine Auszahlung auf Antrag erfolgen. Ist eine Mindestlaufzeit von drei Jahren erfüllt, kann der Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten auf Antrag auch jährlich ausgezahlt werden. Bei Einlösung des Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten vor Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes bleiben die angesparten Treueboni bestehen. Diese kommen frühestens mit Vollendung des 18. Lebensjahres zur Auszahlung.
- (5) Die näheren Einzelheiten zu der Teilnahme, den Anforderungen an Aktivitäten und deren Nachweis, der Anzahl der bonifizierbaren Punkte und den zeitlichen Intervallen, in denen diese gutgeschrieben werden können, der Auszahlung, der Beendigung der Teilnahme und zum Datenschutz sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.

**§ 34 Bonus für Arbeitgeber bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung
– BUSINESS fit**

- (1) Die AOK fördert gemäß § 20b SGB V Arbeitgeber, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen, und gewährt diesen nach § 65a Absatz 2 Alternative 1 SGB V und nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen einen Bonus.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind alle Arbeitgeber, die bei der AOK krankenversicherte Mitarbeiter beschäftigen und in Zusammenarbeit mit der AOK Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig und wird schriftlich erklärt. Sie beginnt mit dem jeweils Ersten des Folgemonats des Zugangs der Teilnahmeerklärung des Arbeitgebers. Die Beendigung der Teilnahme kann jederzeit gegenüber der AOK erklärt werden.
- (3) Die AOK unterstützt die Umsetzung eines integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagements durch eigene Fachkräfte. Die betriebliche Gesundheitsförderung hat den Qualitätsanforderungen des Leitfadens Prävention nach § 20 SGB V für ein erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement zu entsprechen.
- (4) Der Bonus wird jeweils nach Ablauf von 12 Monaten nach Teilnahmebeginn gewährt und bestimmt sich nach der Anzahl der in diesem Zeitraum durchgeführten und mit der AOK abgestimmten Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung. Der teilnehmende Arbeitgeber erhält für jede der nachfolgenden Aktivitätskategorien, in der mindestens eine Maßnahme dokumentiert wurde, einen Bonus in Höhe von 500 Euro, also maximal 1.500 Euro. Diese sind:
 - Durchführung eines Analyseinstrumentes (Arbeitsunfähigkeits-Analyse oder Mitarbeiter-Befragung oder Arbeitssituationsanalyse),

- Durchführung einer Maßnahme zur Erreichung einer breiten Ansprache von Beschäftigten mit Inhalten der betrieblichen Gesundheitsförderung (Durchführung eines Gesundheitstags in Präsenz oder digitaler Form),
- Durchführung einer Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung aus dem Portfolio der AOK mit Beteiligung der Beschäftigten.

Die Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen erfolgt im Rahmen der Projektdokumentation durch die AOK. Die Bonuszahlung erfolgt jeweils innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des 12-monatigen Betrachtungszeitraums.

- (5) Bei der AOK Versicherte erhalten für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einen Bonus über das AOK-Programm BONUS fit gemäß § 33 der Satzung.

§ 35 Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen

- (1) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V (DMP) der AOK teilnehmen, für die beim Bundesamt für Soziale Sicherung die Zulassung für die Region Hessen beantragt wurde oder beantragt wird.
- (2) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb der Region Hessen durchgeführt werden und für die beim Bundesamt für Soziale Sicherung die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Beauftragung beantragt wurde oder beantragt wird. Dies gilt auch für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V, die als Modellvorhaben durchgeführt werden.
- (3) Die Teilnahme ist schriftlich zu erklären (Einschreibung). Mit der Einschreibung erklärt sich der Versicherte zur aktiven Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm bereit. Voraussetzung 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, 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.

§§ 36-38 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 Zusatzbeitrag

Der Zusatzbeitragssatz der AOK gemäß § 242 SGB V beträgt 2,49 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 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 Krankenversicherung 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 Ohne Inhalt

§ 44 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

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

§ 45 Vorschüsse

Die 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
b) sich in einem Insolvenzverfahren befinden oder
c) sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
d) Zahlungsausfälle befürchten lassen oder
 1. keine Beitragsnachweise einreichen oder
 2. 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. Dabei 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) Die Aufgaben der Widerspruchsstelle werden durch einen besonderen Ausschuss nach § 36a SGB IV (Widerspruchsausschuss) wahrgenommen. Der Widerspruchsausschuss besteht aus mehreren Kammern, deren Zahl der Verwaltungsrat in Richtlinien bestimmt.
- (2) Den Kammern gehören je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber an, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen. Der Vorsitzende des Vorstandes oder ein von ihm Beauftragter gehört dem Ausschuss mit beratender Stimme an.

- (3) Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat für die Dauer der Amtsperiode der Organe bestellt. Für die Stellvertretung gilt § 51 Absatz 1 Satz 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 anderes bestimmt ist. Ausgenommen hiervon sind Widersprüche von Leistungserbringern; über diese Widersprüche entscheidet die Stabsstelle Widerspruchsbearbeitung des Stabsbereichs Recht und Gremienmanagement. Ferner ausgenommen sind Widersprüche gegen Entscheidungen des Verwaltungsrats gemäß § 59 SGB IV; über diese Widersprüche entscheidet der Verwaltungsrat.
- (6) Mit Ausnahme von konstituierenden Sitzungen können die Mitglieder des Widerspruchsausschusses mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen (hybride Sitzung).
- (7) Auf Feststellung des Kammervorsitzenden kann in außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen der Widerspruchsausschuss auch ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung (digitale Sitzung) mittels eines geeigneten Konferenzsystems beraten und abstimmen. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung des Kammervorsitzenden innerhalb von drei Tagen nach Erhalt der Einladung zur Sitzung schriftlich oder per E-Mail widerspricht (Eingang in der Stabsstelle Widerspruchsbearbeitung). Über die Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.
- (8) Werden die Sitzungen hybrid oder digital durchgeführt, erfolgt die Abgabe der Stimme während der Sitzung durch eindeutiges Handzeichen oder elektronisch. Technisch bedingte Störungen der Wahrnehmbarkeit, die nachweislich im Verantwortungsbereich der AOK liegen, sind von dem Kammervorsitzenden festzustellen, die Sitzung darf nicht fortgesetzt werden. Sonstige Störungen sind unbeachtlich. Über die offenen Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Bereits getroffene Beschlüsse behalten ihre Gültigkeit.
- (9) Der Widerspruchsausschuss kann in eiligen Fällen oder aus einem anderen wichtigen Grund schriftlich abstimmen. Wenn mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

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) Der Verwaltungsrat der AOK hat 30 Mitglieder. Er setzt sich aus je 15 Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber zusammen. Für die Stellvertretung der Verwaltungsratsmitglieder gilt grundsätzlich Listenstellvertretung gemäß § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB IV. Alternativ hierzu kann persönliche Stellvertretung gemäß § 43 Absatz 2 Satz 5 SGB IV gewählt werden.
- (2) Die Mitglieder des Verwaltungsrats sowie ihre Stellvertreter werden durch die Wahlberechtigten im Sinne des § 50 SGB IV gewählt. Sofern eine Wahlhandlung erforderlich ist,

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

erfolgt die Stimmabgabe für die Vertreter der Arbeitgeber brieflich, für die Vertreter der Versicherten entweder brieflich oder per Online-Wahl.

- (3) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich zum 1. Oktober.

§ 52 Aufgaben des Verwaltungsrates

- (1) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Der 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 Absatz 1 Nummer 1a SGB V, § 35a Absatz 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) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen und mehr als die Hälfte anwesend sind. Bei Beschlussunfähigkeit ist binnen zwei Wochen zu einer erneuten Sitzung einzuladen. Beschlüsse über Änderungen der Satzung bedürfen der Mehrheit von zwei Dritteln der Verwaltungsratsmitglieder. Im Übrigen gilt § 64 SGB IV.
- (4) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen
1. über Änderungen der Satzung und der Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
 2. über 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,

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

3. über Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,
4. über Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen oder besonders eilbedürftig sind; ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, stellen die Verwaltungsratsvorsitzenden gemeinsam fest,
5. aus wichtigem Grund (z. B. bei Vorliegen einer Pandemie), ob ein wichtiger Grund vorliegt, stellen die Verwaltungsratsvorsitzenden gemeinsam fest.

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

- (5) Mit Ausnahme von
- konstituierenden Sitzungen,
 - den jeweils ersten Sitzungen, welche auf konstituierende Sitzungen folgen,
 - Sitzungen, in denen Vorstandswahlen stattfinden, und
 - Sitzungen, in denen die Feststellung von Haushaltsplänen oder die Abnahme von Jahresrechnungen behandelt wird,

können die Mitglieder des Verwaltungsrats mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung (hybride Sitzung) teilnehmen, wenn

- dienstliche Belange,
- die Pflege oder Betreuung von Kindern und Angehörigen,
- körperliche Einschränkungen oder
- Urlaub

eine Anwesenheit des jeweiligen Mitglieds am Sitzungsort verhindern. Ausgenommen hiervon ist der Vorsitzende des Verwaltungsrates, der stets in Präsenz an den Sitzungen teilnimmt. Die Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung soll dem Selbstverwaltungsbüro der AOK zehn Tage vor der Sitzung unter Angabe des Grundes mitgeteilt werden.

- (6) Auf Feststellung des Vorsitzenden kann in außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen der Verwaltungsrat auch ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung (digitale Sitzung) beraten und abstimmen. Ist die Sitzung öffentlich, ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche zeitgleiche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Dies geschieht mittels Livestream in einen Geschäftsraum der AOK, welcher im Rahmen der Bekanntmachung benannt wird. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung des Vorsitzenden widerspricht. Der Durchführung der Verwaltungsratssitzung als digitale Sitzung muss spätestens drei Tage nach Zustellung der Einladung schriftlich oder per E-Mail widersprochen werden (Eingang im Selbstverwaltungsbüro der AOK). Über die Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.
- (7) Werden die Sitzungen hybrid oder digital durchgeführt, erfolgt bei Abstimmungen und Wahlen die Stimmabgabe durch Handaufheben. Im Falle von geheimen Abstimmungen und Wahlen erfolgt die Stimmabgabe über ein ortsunabhängiges digitales System. Technisch bedingte Störungen der Wahrnehmbarkeit, die nachweislich im Verantwortungsbereich der AOK liegen, sind von dem Vorsitzenden festzustellen; die Sitzung darf nicht fortgesetzt werden. Sonstige Störungen sind unbeachtlich. Über die offenen Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Bereits getroffene Beschlüsse behalten ihre Gültigkeit.
- (8) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

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.
- (9) Absatz 5 gilt für Erledigungsausschüsse gemäß § 66 SGB IV mit der Maßgabe, dass mit Ausnahme von konstituierenden Sitzungen und den jeweils ersten Sitzungen, welche auf konstituierende Sitzungen folgen, die Mitglieder mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung (hybride Sitzung) teilnehmen können. Absatz 6 gilt für Erledigungsausschüsse mit der Maßgabe, dass eine digitale Sitzung nicht stattfindet, wenn ein Mitglied der Feststellung des Ausschussvorsitzenden widerspricht. Absatz 7 gilt für Erledigungsausschüsse entsprechend.

§ 53 Vorstand

- (1) Der Vorstand besteht aus drei Mitgliedern. Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahren; Wiederwahl ist möglich.
- (2) Der Vorstand führt die Geschäfte der AOK, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen. Im Rahmen der dem Vorstand obliegenden Gesamtverantwortung und der aufgestellten Richtlinien führt jedes Mitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand, bei Stimmgleichheit der Vorsitzende des Vorstandes (§ 35a Absatz 1 und 4 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.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Satzung

- (2) Jedes Vorstandsmitglied nimmt das Vertretungsrecht des Vorstandes in den Grenzen der durch die Richtlinien des Vorstandes ihm übertragenen Geschäftsführungsbefugnis allein wahr. Im Einzelfall kann durch den Vorstand bestimmt werden, dass auch einzelne Mitglieder des Vorstandes die AOK vertreten können.
- (3) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern. Das Vertretungsrecht wird gemeinsam durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates ausgeübt (§ 33 Absatz 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) Die Mitglieder des Verwaltungsrates üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten oder andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, die Rechte und Pflichten eines Mitgliedes des Verwaltungsrates (§ 40 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB IV).
- (2) Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten Entschädigungen und Erstattungen nach der als Anhang 2 beigefügten Regelung (§ 41 Absatz 1 und 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 % des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 SGB V genannten Zwecke.

§ 58 Rechnungsabschluss, Jahresrechnung und Entlastung

- (1) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt (§ 77 Absatz 1 Satz 1 SGB IV).
- (2) Die Jahresrechnung ist von einem Wirtschaftsprüfer oder einem vereidigten Buchprüfer zu prüfen und zu testieren (§ 77 Absatz 1a Satz 5 SGB IV). Die Bestellung des Prüfers erfolgt durch den Verwaltungsrat (§ 31 Satz 3 SVHV). Über das Ergebnis der Prüfung ist ein Prüfbericht aufzustellen (§ 31 Satz 2 SVHV).
- (3) Der Vorstand legt die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Feststellungen des Prüfberichts dem Verwaltungsrat zur Entlastung vor (§ 32 SVHV).
- (4) Über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung beschließt der Verwaltungsrat (§ 77 Absatz 1 Satz 1 und 2 in Verbindung mit §§ 31 Absatz 3a, 35a Absatz 1 SGB IV).

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 Inkrafttreten

§ 60 Bekanntmachungen/Veröffentlichungen

- (1) Bekanntmachungen sind in den Geschäftsräumen der AOK mindestens zwei Wochen öffentlich auszuhängen. Bei Satzungsänderungen wird außerdem auf den wesentlichen Inhalt sowie auf Ort und Zeit des Aushangs in der regionalen Tagespresse hingewiesen.
- (2) Bekanntmachungen 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. Durch Aushang in den Geschäftsstellen wird außerdem auf diese Änderungen sowie auf Ort und Dauer der Auslegung hingewiesen.
- (3) Die AOK veröffentlicht nach § 305b SGB V zum 30. November eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und auf der eigenen Internetpräsenz (www.aok.de/hessen). Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 in den Kundenzeitschriften der AOK sowie durch Aushang in den Geschäftsräumen der AOK veröffentlicht.

§ 61 Inkrafttreten

- (1) Die Satzung tritt am 1. Januar 2025 in Kraft.
- (2) Mit dem Tag des Inkrafttretens dieser Satzung verliert die Satzung vom 1. August 2016 in der Fassung des 28. Nachtrages ihre Gültigkeit.
- (3) Der Verwaltungsrat hat die vorstehende Fassung der Satzung in seiner Sitzung am 18. Dezember 2024 beschlossen.

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 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 Absatz 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer beschäftigen.
- (2) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Absatz 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 Absatz 1 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern für Aufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) 70 % des für den in § 3 Absatz 1 und 2 und § 9 Absatz 1 Entgeltfortzahlungsgesetz bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgeltes und der nach § 19 Absatz 1 BBiG an Auszubildende fortgezahlten Arbeitsentgelte.
 - b) Auf Antrag des Arbeitgebers kann der Erstattungssatz nach Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a auf 80 %, 60 % oder 50 % geändert bzw. – nach vorausgegangener Wahl – ein Erstattungssatz von 50, 60, 70 oder 80 % gewählt werden. Der Antrag gilt jeweils für ein Kalenderjahr. Er ist möglichst frühzeitig, spätestens jedoch bis 10. Februar (Eingang bei der AOK) einzureichen, damit die Wahl zum 1. Januar des Jahres wirksam wird. Sofern kein Antrag gestellt wird, bleibt es bei dem bisherigen Erstattungssatz. Bei 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 Nummer 1 Buchstabe a.
 2. den Arbeitgebern nach § 1 Absatz 2 AAG für Aufwendungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft
 - a) 100 % des vom Arbeitgeber nach § 20 Absatz 1 Mutterschutzgesetz gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld,
 - b) 100 % des vom Arbeitgeber bei Beschäftigungsverboten nach § 18 Mutterschutzgesetz gezahlten Arbeitsentgeltes (Mutterschutzlohn) und

- c) 100 % für die nach Nummer 2 Buchstabe b anfallenden und vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit einschließlich der Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, zur sozialen Pflegeversicherung sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V, § 172a SGB VI und § 61 SGB XI.
- (2) Die Erstattung nach Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 1 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die erstattungsfähigen Aufwendungen entfallenden Arbeitgeberanteile der Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung sowie die Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 257 SGB V, § 172a SGB VI 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 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a) beträgt 2,7 % der Bemessungsgrundlage nach § 7 Absatz 2 AAG.
- (3) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Absatz 1 Nummer 2) beträgt 0,43 % der Bemessungsgrundlage nach § 7 Absatz 2 AAG.
- (4) Die geänderte Umlage nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b beträgt 4,3 % (Erstattungssatz 80 %), 2,4 % (Erstattungssatz 60 %) bzw. 1,8 % (Erstattungssatz 50 %) der Bemessungsgrundlage nach § 7 Absatz 2 AAG.
- (5) Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig. Sind 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

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

Die 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: Inkrafttreten

§ 11 Inkrafttreten

Dieser Anhang zur Satzung der AOK tritt am 1. Januar 2025 in Kraft.

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. Fahrkostenerstattung nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamten im Lande Hessen; bei Verwendung eigener Personenkraftwagen wird eine Wegstreckenentschädigung nach § 6 Absatz 1 Satz 2 HRKG gewährt.

Bei Mitnahme anderer Personen wird zusätzlich eine Mitnahmeentschädigung entsprechend § 6 Absatz 3 HRKG gezahlt.

2. Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienstes und des Verdienstausfalles sowie Ausgleich versicherungsrechtlicher Nachteile unter Beachtung des Höchstbetrages gemäß § 41 Absatz 2 SGB IV.

3. Tage- und Übernachtungsgelder nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamten im Lande Hessen mit folgender Maßgabe; Grundlage der Tagegeldbemessung ist stets das volle Tagegeld bei einer Mindestabwesenheit von 24 Stunden.

Beim 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.

Bei der Zeitdauer der Organtätigkeit sind die Fahrzeiten zu berücksichtigen.

Für die Teilnahme an einer Sitzung am Wohnort des Organmitgliedes wird abweichend von den Vorschriften des HRKG ebenfalls Tagegeld nach Satz 3 gezahlt.

Wird Verpflegung gestellt, ist das Tagegeld nach § 10 Absatz 1 HRKG zu kürzen. Berechnungsgrundlage der Kürzung ist stets das volle Tagegeld.

Abweichend von § 10 Absatz 1 HRKG können bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 % der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a EStG nicht übersteigen.

Übernachungskosten (ohne Mahlzeiten), die das Übernachtungsgeld um nicht mehr als 50 % übersteigen, werden erstattet. Höhere Aufwendungen für Übernachtungen und Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur dann erstattet, wenn die Aufwendungen unvermeidbar waren.

II.

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand für Sitzungen

Die Mitglieder des Verwaltungsrates oder ihre Stellvertreter erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Absatz 3 Satz 1 SGB IV).

Sitzungen im vorgenannten Sinne sind neben den regulären Verwaltungsratssitzungen, Ausschusssitzungen und Sitzungen der Verwaltungsratsvorsitzenden mit dem Vorstand

insbesondere auch die seitens der Verwaltungsratsvorsitzenden einberufenen Vorbesprechungen zu den Verwaltungsratssitzungen sowie Klausurtagungen der Versicherten- und/oder Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.

Digitale oder hybride Beratungen, denen eine schriftliche Abstimmung folgt, sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten. Gleiches gilt für digitale oder hybride Sitzungen gemäß § 64a SGB IV. Für die Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung wird die gleiche Sitzungsvergütung wie für in Präsenz teilnehmende Mitglieder gewährt.

Den Pauschbetrag erhalten Verwaltungsratsmitglieder, die nicht zugleich Vorsitzender oder stellvertretender Vorsitzender des Verwaltungsrates sind, auch bei Verhandlungen oder Gesprächen mit Dritten, wenn sie auf Beschluss des Organs bzw. in Ausnahmefällen auf Entscheidung der Verwaltungsratsvorsitzenden daran teilnehmen und die Teilnahme nicht ausschließlich repräsentativer Art ist. Soweit ein Verwaltungsratsmitglied die Selbstverwaltung mit einem aktiven Beitrag bei einer öffentlichen Selbsthilfe-Informationsveranstaltung der AOK (§ 20h SGB V) offiziell vertritt, so wird der Pauschbetrag gewährt.

Bei Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Kalendertag wird der Pauschbetrag nur einmal gewährt.

Der Pauschbetrag beträgt 90,00 Euro.

2. Pauschbetrag für Zeitaufwand für Sitzungen für die Vorsitzenden des Verwaltungsrates und der Ausschüsse des Verwaltungsrates

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für jeden Kalendertag einer Sitzung des Verwaltungsrates einen erhöhten Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Absatz 3 Satz 1 SGB IV). Dies gilt analog für die Vorsitzenden der Ausschüsse des Verwaltungsrats bei den jeweiligen Ausschusssitzungen.

Im Verhinderungsfall gilt die Regelung für die stellvertretenden Vorsitzenden entsprechend.

Der Pauschbetrag beträgt 180,00 Euro.

3. Auslagenersatz für den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten zur Abgeltung der Auslagen für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen einen Pauschbetrag (§ 41 Absatz 1 Satz 2 SGB IV).

Der monatliche Pauschbetrag beträgt 74,00 Euro.

4. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen für den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten zur Abgeltung ihres Zeitaufwandes außerhalb von Sitzungen einen Pauschbetrag.

Der monatliche Pauschbetrag beträgt 720,00 Euro.

Der Pauschbetrag erhöht sich jeweils um 90,00 Euro für eine außergewöhnliche Inanspruchnahme außerhalb von Sitzungen, soweit der Vorsitzende und/oder der stellvertretende Vorsitzende in Fällen von grundsätzlicher Bedeutung für die Selbstverwaltung sowie im Rahmen themenspezifischer Sonderaufgaben oder zu auf besonderen Aufträgen beruhenden sonstigen Anlässen an Verhandlungen, Besprechungen, Tagungen und Veranstaltungen teilnimmt. Dies gilt nicht im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung als Mitglied anderer Selbstverwaltungsorgane wie etwa beim GKV-Spitzenverband, beim AOK-Bundesverband oder beim Medizinischen Dienst in Hessen.

III.

Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane mit Familien- oder Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gem. § 10 Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 BGGleiG erstattet werden. Die Voraussetzungen für die Erstattung und die Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils gültigen Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen nach § 10 Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 BGGleiG.

Hinweis:

Zahlungen an die Betreuungsperson sollen aus steuerrechtlichen Gründen grundsätzlich unbar erfolgen. Beantragte Erstattungsleistungen sind grundsätzlich steuerpflichtig (§ 3 Nummer 34a Buchstabe b und § 32 Absatz 1 EStG).

IV.

Diese Regelungen treten am 1. Januar 2025 in Kraft.

Anhang 3

Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten

Nicht besetzt