

# Satzung der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse

Stand 10.12.2024 (38. Nachtrag)

## Inhaltsübersicht

<b>Erster Abschnitt: Name, Sitz und Bezirk</b>	<b>4</b>
§ 1 Name, Sitz und Bezirk der AOK	4
§ 2 Aufgabenstellung	4
<b>Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis</b>	<b>5</b>
§ 3 Mitglieder	5
§ 4 Familienangehörige	6
§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft	6
<b>Dritter Abschnitt: Leistungen</b>	<b>7</b>
§ 6 Leistungsservice	7
§ 7 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge	7
§ 8 Art und Umfang der Leistungen	7
§ 8a Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)	9
§ 8b Erweiterte zahnärztliche Leistungen	9
§ 8c Osteopathie	10
§ 8d Sportmedizinische Untersuchung und Beratung	10
§ 8e Zusätzliche Leistungen für Schwangere	11
§ 8f Ärztliche Zweitmeinung	12
§ 9 Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe	12
§ 9a Leistungen zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz	13
§ 10 Wahltarife	13
§ 10a Zurzeit nicht besetzt	14
§ 10b Zurzeit nicht besetzt	14
§ 10c Wahltarif bei Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137 f SGB V	14
§ 10d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	14
§ 10e Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen	15
§ 10f Zurzeit nicht besetzt	16
§ 10g Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung	16
§ 10h Zurzeit nicht besetzt	18
§ 10i Krankengeld-Wahltarif	18
§ 10j Wahltarif bei Teilkostenerstattung	21
§ 10k Zurzeit nicht besetzt	23
§ 10l Zurzeit nicht besetzt	23
§ 10m Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung	23
§ 10n bleibgesund-Bonus-Wahltarif	23
§ 11 Zurzeit nicht besetzt	27
§ 12 Zurzeit nicht besetzt	27
§ 13 Zurzeit nicht besetzt	27
§ 14 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V	27
§ 15 Kostenerstattung	27
§ 16 Teilkostenerstattung	28
§ 17 Zurzeit nicht besetzt	29
§ 18 Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern	29

§ 19 Leistungsausschluss	29
<b>Vierter Abschnitt: Beiträge</b>	<b>30</b>
§ 20 Beitragssätze	30
§ 20a Zusatzbeitrag	30
§ 21 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder	30
§ 22 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	30
§ 23 Zurzeit nicht besetzt	31
§ 24 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge	31
§ 25 Vorschüsse	31
§ 26 Erstattungen	31
<b>Fünfter Abschnitt: Widerspruchsstelle</b>	<b>31</b>
§ 27 Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen	31
<b>Sechster Abschnitt: Mitgliedschaften und Zusammenwirken</b>	<b>33</b>
§ 28 Mitgliedschaften	33
§ 29 Zusammenwirken	33
<b>Siebter Abschnitt: Organisationsstruktur und Selbstverwaltung</b>	<b>33</b>
§ 30 Organisationsstruktur	33
§ 31 Organe der AOK	34
§ 32 Verwaltungsrat	34
§ 33 Vorstand	39
§ 34 Vertretung der AOK	40
§ 35 Regionalbeiräte	40
§ 36 Entschädigung und Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates und der Mitglieder der Regionalbeiräte	42
<b>Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel</b>	<b>42</b>
§ 37 Rücklage	42
§ 38 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung	42
<b>Neunter Abschnitt: Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung und bei Mutterschaft („Ausgleichsverfahren“)</b>	<b>42</b>
§ 39 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	42
<b>Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten</b>	<b>43</b>
§ 40 Bekanntmachungen/Veröffentlichungen	43
§ 41 Inkrafttreten	43
Nachträge zu dieser Satzung	44
<b>Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates und der Regionalbeiräte</b>	<b>50</b>
§ 1 Ersatz von Reisekosten	51
§ 2 Verdienstaufschlag	51
§ 3 Pauschbetrag für Zeitaufwand	51
§ 4 Ersatz barer Auslagen des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates außerhalb der Sitzungen	52

§ 5 Pauschbetrag für Zeitaufwand des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates außerhalb der Sitzungen	52
§ 6 Kinderbetreuungs- und Pflegekosten	52
<b>55</b>	
<b>Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung und bei Mutterschaft („Ausgleichsverfahren“)</b>	<b>55</b>
<b>Abschnitt A: Maßgebende Rechtsnormen</b>	<b>56</b>
§ 1 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen	56
<b>Abschnitt B: Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber</b>	<b>56</b>
§ 2 Beteiligte Arbeitgeber	56
<b>Abschnitt C: Erstattungen</b>	<b>56</b>
§ 3 Erstattungsanspruch	56
§ 4 Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	57
<b>Abschnitt D: Umlagen</b>	<b>57</b>
§ 5 Aufbringung der Mittel	57
<b>Abschnitt E: Widerspruchsstelle</b>	<b>58</b>
§ 6 Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen	58
<b>Abschnitt F: Verwaltungsrat</b>	<b>58</b>
§ 7 Mitwirkung, Vorsitz	58
<b>Abschnitt G: Verwaltung der Mittel</b>	<b>58</b>
§ 8 Betriebsmittel	58
§ 9 Haushaltsplan	58
§ 10 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung	59
<b>Ausführungsbestimmungen zu §10d der Satzung der AOK NordWest</b>	

## Erster Abschnitt: Name, Sitz und Bezirk

### § 1

#### Name, Sitz und Bezirk der AOK

(1) Die Krankenkasse führt den Namen

#### **AOK NordWest – Die Gesundheitskasse**

und hat ihren Sitz in Dortmund.

(2) Der Bezirk der AOK erstreckt sich auf das Land Schleswig-Holstein sowie die Region Westfalen-Lippe (Regierungsbezirke Arnsberg, Detmold und Münster) des Landes Nordrhein-Westfalen.

(3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

### § 2

#### Aufgabenstellung

(1) Die AOK engagiert sich als Gesundheitskasse. Sie hat die Aufgabe,

- die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern,
- die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung zu informieren und zu beraten,
- den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken sowie
- bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.

(2) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie 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. Die AOK hilft ihnen dabei durch Information, Beratung und Leistungen. Sie wirkt auch auf gesunde Lebensverhältnisse hin.

(3) Im Rahmen ihrer Zuständigkeit berät die AOK über die Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und klärt die Bevölkerung hierüber auf. Ferner erteilt sie Auskünfte über die für die Sozialleistungen zuständigen Stellen sowie – im Rahmen ihrer Möglichkeiten – über Sach- und Rechtsfragen, die insoweit für den Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können.

(4) Die AOK informiert, berät und unterstützt die Arbeitgeber ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.

(5) Die AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines AOK-Landesverbandes (§ 207 SGB V). Die AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines Landesverbandes der Pflegekassen wahr (§ 52 Abs. 1

Satz 1 SGB XI). Die von dem GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92 und 282 SGB V sind für die AOK verbindlich.

- (6) Die AOK wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein 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.
- (7) Die AOK engagiert sich bei der Qualitätssicherung in der Medizin, und zwar sowohl in Gemeinsamkeit mit den Vertragspartnern als auch durch individuelle Wahrnehmung der Interessen ihrer Versicherten.
- (8) Im Einzelnen erfüllt die AOK die ihr als Krankenkasse und als Landesverband durch Gesetz oder Satzung übertragenen sowie die zugelassenen Aufgaben.

## Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

### § 3 Mitglieder

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

- Angestellte, Arbeiter und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte

sowie

- die anderen in § 5 – mit Ausnahme des Absatzes 1 Nr. 3 – 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 Abs. 3 SGB V vorliegen,
- Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind,
- schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 2 Abs. 2 SGB IX, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beitreten,
- Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endet,
- Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge,

- Personen, die ab dem 31.12.2018 als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind,

wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind, und andere Personen, die vor dem Inkrafttreten dieser Satzung beigetreten sind.

- (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

der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder der Mitglieder sowie Kinder von familienversicherten Kindern versichert,

wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

#### **§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft**

- (1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder bei der AOK beginnt, soweit sich aus § 186 Abs. 10 und 11 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tage des Eintritts der Versicherungspflicht.
- (2) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder beginnt mit dem Tag ihres Beitritts, sofern sich aus § 188 Abs. 2 und 4 SGB V nichts anderes ergibt.
- (3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt.
- (4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet unbeschadet des § 191 Nrn. 1 bis 2 und 4 SGB V im Falle des Austritts 2 Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt. Ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kann die freiwillige Mitgliedschaft beendet werden, wenn für das Mitglied nach Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V besteht. Die freiwillige Mitgliedschaft kann mit sofortiger Wirkung beendet werden, sofern das Mitglied seinen Wohnort im Ausland nimmt.
- (5) Die Bindungsfrist von 12 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet werden soll.

## Dritter Abschnitt: Leistungen

### § 6 Leistungsservice

Die AOK wirkt darauf hin, dass

- ihre Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise, 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.

### § 7 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

Die AOK kann den Versicherten Zusatzversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln.

### § 8 Art und Umfang der Leistungen

(1) 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, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
    - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
    - Krankenhausbehandlung
    - Zuschuss für ambulante und stationäre Hospizleistungen
    - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungs-erprobung und Arbeitstherapie

- Digitale Gesundheitsanwendungen
  - b) strukturierte Behandlungsprogramme
  - c) Krankengeld
3. Bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe
  - Versorgung mit Arznei-, Verband- 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 sowie zum gesundheitlichen Verbraucherschutz im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen
6. Unterstützung bei Behandlungsfehlern.
- (2) Die AOK gewährt ihren Versicherten außerdem zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen des Absatzes 3 und der §§ 8a bis 8e.
- (3) Für die zusätzlichen Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V, die in §§ 8a bis § 8e geregelt sind, sowie für die Leistungen nach § 20i Abs. 2 SGB V, die in § 9 Abs. 4 geregelt sind, gelten die nachfolgenden Bestimmungen:
1. Versicherten werden die tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von 80 v. H. je Rechnung erstattet.
  2. Zur Erstattung sind personifizierte Rechnungen vorzulegen. Werden der AOK keine Originalrechnungen vorgelegt, sind die Originalrechnungen vom Versicherten 4 Jahre aufzubewahren und der AOK auf Verlangen vorzulegen. Die 4-jährige Aufbewahrungsfrist beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Erstattung beantragt wurde.
  3. Der Erstattungsbetrag für die Leistungen der §§ 8a bis § 8e und § 9 Abs. 4 ist auf insgesamt 500,00 EUR je Kalenderjahr und Versicherten begrenzt.
  4. Ein Anspruch auf Mehrleistungen besteht nur für die Leistungen, die während einer bestehenden Versicherung bei der AOK erbracht wurden. Eine anteilige Reduzierung des Höchstbetrages von 500,00 EUR je Kalenderjahr nach der Dauer der Versicherung erfolgt weder bei einem Beginn noch bei einem Ende der Versicherung im Laufe des Kalenderjahres.
- Näheres ergibt sich aus den §§ 8a bis § 8e und § 9 Abs. 4.

**§ 8a****Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)**

- (1) Die AOK erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
  - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
  - b) die Verordnung des Arzneimittels durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte auf Privatrezept erfolgte und
  - c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
- (2) Die Regelungen des § 8 Abs. 3 Nr. 2 gelten. Zusätzlich ist zur Kostenerstattung das Privatrezept einzureichen. Der Nachweis der Verordnung kann auch durch einen Vermerk der Apotheke auf der Rechnung oder durch eine Bescheinigung der Apotheke geführt werden, wenn in dem Vermerk bzw. der Bescheinigung angegeben wird, wer die Verordnung ausgestellt hat.
- (3) Für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 - 8 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
- (4) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

**§ 8b****Erweiterte zahnärztliche Leistungen**

- (1) Die AOK erstattet die Kosten für Professionelle Zahnreinigung, soweit die Behandlung durch an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärztinnen oder Zahnärzte oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Leistungserbringende erfolgt.
- (2) Eine Kostenerstattung nach Abs. 1 ist für bis zu zwei Behandlungen im Kalenderjahr in Höhe von bis zu je 50,00 EUR möglich. Eine Begrenzung der Erstattung auf 80 v. H. der Kosten erfolgt abweichend von § 8 Abs. 3 Nr. 1 nicht.
- (3) Die AOK erstattet die Kosten für Glattflächenversiegelung bei kieferorthopädischer Behandlung, für die die AOK NordWest nach § 29 SGB V die Kosten übernimmt, soweit die Behandlung durch an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärztinnen oder Zahnärzte oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Leistungserbringende erfolgt.
- (4) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten nach Abs. 3, jedoch nicht mehr als insgesamt 50,00 EUR für die im jeweiligen Kalenderjahr erfolgten Behandlungen. Eine Begrenzung der Erstattung auf 80 v. H. der Kosten erfolgt abweichend von § 8 Abs. 3 Nr. 1 nicht.
- (5) Die AOK erstattet die Kosten für Lachgasbehandlung und Hypnose bei Entfernung der Weisheitszähne, soweit die Behandlung durch an der vertragszahnärztlichen Versorgung

teilnehmende Zahnärztinnen oder Zahnärzte oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Leistungserbringende erfolgt.

- (6) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten nach Abs. 5, jedoch nicht mehr als insgesamt 50,00 EUR für die im jeweiligen Kalenderjahr erfolgten Behandlungen. Eine Begrenzung der Erstattung auf 80 v. H. der Kosten erfolgt abweichend von § 8 Abs. 3 Nr. 1 nicht.

### **§ 8c Osteopathie**

- (1) Versicherte der AOK können aufgrund einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker mit der Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erbracht wird, die eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in Theorie und Praxis entsprechend den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e. V. (BAO) nachweisen können.
- (2) Eine Kostenerstattung nach Abs. 1 ist für bis zu sechs Behandlungen im Kalenderjahr in Höhe von bis zu 50,00 EUR je Behandlung möglich. Eine Begrenzung der Erstattung auf 80 v. H. der Kosten erfolgt abweichend von § 8 Abs. 3 Nr. 1 nicht. Kostenerstattungsansprüche für in der Zeit vom 01.01.2024 bis 31.03.2024 in Anspruch genommene Behandlungen nach Abs. 1 bestehen gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 1 in Höhe von 80 v. H. des Rechnungsbetrages und werden nicht auf die Begrenzung der Erstattung nach Satz 1 angerechnet; § 8 Abs. 3 Nr. 3 bleibt unberührt.
- (3) Die Regelungen des § 8 Abs. 3 Nr. 2 gelten. Zusätzlich ist zur Kostenerstattung die ärztliche Bescheinigung einzureichen.

### **§ 8d Sportmedizinische Untersuchung und Beratung**

- (1) Die AOK erstattet die Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung je Kalenderjahr, die nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden.
- (2) Der Anspruch nach Abs. 1 setzt voraus, dass die sportmedizinische Untersuchung und Beratung durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte erfolgt, die die Zusatzausbildung „Sportmedizin“ absolviert haben und die Bezeichnung „Sportmediziner“ oder „Sportmedizinerin“ führen; die sportmedizinische Untersuchung und Beratung kann auch durch nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Leistungserbringende mit vergleichbarer Zusatzausbildung und Bezeichnung erbracht werden.
- (3) Die Regelungen des § 8 Abs. 3 Nr. 2 gelten. Zusätzlich ist zur Kostenerstattung die ärztliche Bescheinigung einzureichen.

## § 8e Zusätzliche Leistungen für Schwangere

- (1) Versicherte haben Anspruch auf Erstattung von Kosten für Leistungen von freiberuflich tätigen Hebammen, die über die in den Verträgen nach § 134a SGB V des GKV-Spitzenverbandes mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von den Hebammen geleiteten Einrichtungen festgelegten Leistungsinhalte hinausgehen. Erstattungsfähig sind die Kosten für die persönliche Rufbereitschaft der Hebamme, sofern die Rufbereitschaft die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur Geburtshilfe umfasst. Voraussetzung ist, dass die Hebamme nach § 134a Abs. 2 SGB V zugelassen ist. Eine zusätzliche Kostenübernahme für eine Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme erfolgt nicht.
- (2) Die AOK übernimmt für schwangere Versicherte alle nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Folsäure, Eisen und Magnesium als Monopräparate oder Kombinationspräparate, die grundsätzlich nach § 34 Abs. 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind. Erstattet werden die je Arzneimittel tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten, sofern das Arzneimittel von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt auf Privatrezept verordnet und von einer zugelassenen deutschen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegeben wurde. Der Nachweis der Verordnung kann auch durch einen Vermerk der Apotheke auf der Rechnung oder durch eine Bescheinigung der Apotheke geführt werden, wenn in dem Vermerk bzw. der Bescheinigung angegeben wird, wer die Verordnung ausgestellt hat. Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit Eisen, Magnesium und/oder Folsäure ist ausgeschlossen. Der gesetzliche Anspruch nach § 34 Absatz 1 Satz 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.
- (3) Die AOK übernimmt bei den bei ihr versicherten Schwangeren über die übliche Einbeziehung hinausgehende Leistungen zur Geburtsvorbereitung für den Vater des erwarteten Kindes bzw. für den Partner/die Partnerin der werdenden Mutter.
- (4) Die AOK beteiligt sich über die in § 24c und in § 24d SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus an den Kosten für nachfolgende von zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe durchgeführte bzw. veranlasste Leistungen:
  - Toxoplasmosetest
  - B-Streptokokken-Test
  - Feststellung der Antikörper gegen Ringelröteln und Windpocken
  - Produkte für einen PH-Wert-Selbsttest
  - Zytomegalie-Test
  - Unterbringung einer Begleitperson im Familienzimmer der stationären Einrichtung

**§ 8f****Ärztliche Zweitmeinung**

- (1) Die AOK bietet ihren Versicherten bei lebensverändernden orthopädischen und onkologischen Erkrankungen an, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung nach § 27b Abs. 6 SGB V in Anspruch zu nehmen. Es gelten die Vorschriften des § 27b Abs. 6 Satz 2 und 3 SGB V. Der Anspruch nach § 27b Abs. 1 SGB V bleibt unberührt.
- (2) Die AOK vermittelt den Kontakt zu einer Ärztin/einem Arzt aus einem von ihr festgelegten Pool. Die AOK übernimmt die Kosten der ärztlichen Zweitmeinung. Die Abrechnung der Kosten erfolgt direkt zwischen Zweitmeinungsärztin/Zweitmeinungsarzt und der AOK.
- (3) Die/der Versicherte vereinbart einen Termin mit der Ärztin/dem Arzt. Notwendige Untersuchungsergebnisse und Behandlungsunterlagen werden von der/dem Versicherten der Zweitmeinungsärztin/dem Zweitmeinungsarzt zur Verfügung gestellt.

**§ 9****Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe**

- (1) Die AOK stellt Leistungen zur primären Prävention zur Verfügung. Grundlage hierfür ist der Leitfaden Prävention „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von § 20 SGB V“ in der jeweils geltenden Fassung.
  - a) Angebote nach dem individuellen Ansatz richten sich an den einzelnen Versicherten und kommen aus folgenden Handlungsfeldern:
    - Bewegungsgewohnheiten
    - Ernährung
    - Stressbewältigung/Entspannung
    - Suchtmittelkonsum
  - b) Angebote im Setting-Ansatz erreichen den Versicherten in seinem Lebensbereich:
    - außerbetriebliches Setting: Schulen, Kindergärten, Stadtteile u. ä.
    - betriebliches Setting
- (2) Im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V erbringt die AOK folgende Leistungen:
  - Information, Beratung
  - Betriebsspezifische Analysen
  - Empfehlungen für die Integration des Gesundheitsmanagements in den Betrieb und
  - ggf. Maßnahmen aus folgenden Handlungsfeldern:
    - Arbeitsbedingte körperliche Belastungen
    - Betriebsverpflegung
    - Psychosoziale Belastungen (Stressbewältigung am Arbeitsplatz, Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung)
    - Suchtmittelkonsum
    - Erfolgskontrolle, Qualitätssicherung

Die AOK arbeitet eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Sie unterstützt die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Insbesondere informiert die AOK die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung über ihre Erkenntnisse, die sie aus dem Zusammenhang zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen hat.

- (3) Die AOK fördert Selbsthilfegruppen und -organisationen nach Maßgabe des § 20h SGB V, wenn diese die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von solchen Krankheitsbildern zum Ziel haben, die in dem von dem GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind sowie die gesundheitsbezogene Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen, die themenbereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sind.
- (4) Die AOK erstattet außer in den in § 20i Abs. 1 SGB V genannten Fällen die Kosten von Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten sowie ärztlich verordneten anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe im Sinne des § 2 Nr. 10 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) in dem Umfang, der durch die Ausführungsbestimmungen geregelt ist, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind. Die Ausführungsbestimmungen werden durch den Vorstand festgelegt und auf der eigenen Internetpräsenz ([www.aok.de/nw](http://www.aok.de/nw)) veröffentlicht. § 8 Abs. 3 gilt.
- (5) Die AOK übernimmt auch die Kosten für die Früherkennungsuntersuchungen
  - a) ab dem 7. Geburtstag bis zum Tag vor dem 9. Geburtstag (U 10),
  - b) ab dem 9. Geburtstag bis zum Tag vor dem 11. Geburtstag (U 11) und
  - c) ab dem 16. Geburtstag bis zum Tag vor dem 18. Geburtstag (J 2).

## **§ 9a**

### **Leistungen zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz**

- (1) Die AOK trägt mit Sachleistungen zur Förderung des selbstbestimmten, gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren durch die Versicherten im Rahmen der Vorgaben des § 20k SGB V zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz bei. Basis für die Leistungen sind die Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Abs. 2 SGB V.
- (2) Die Sachleistungen beinhalten insbesondere die Vermittlung von Wissen in Bezug auf
  - digital zur Verfügung stehende Gesundheitsinformationen,
  - digitale Gesundheitsanwendungen,
  - Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit im Gesundheitswesen, insbesondere bei telemedizinischen und anderen digitalen Angeboten.

## **§ 10**

### **Wahltarife**

Die AOK NordWest - Die Gesundheitskasse kann Wahltarife nach § 53 SGB V anbieten.

**§ 10a**  
**Zurzeit nicht besetzt**

**§ 10b**  
**Zurzeit nicht besetzt**

**§ 10c**  
**Wahltarif bei Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm**  
**nach § 137 f SGB V**

Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V teilnehmen. Dies gilt auch für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen, die von einer anderen AOK – ggf. als Modellvorhaben – durchgeführt werden.

**§ 10d**  
**Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

- (1) Versicherte haben einen Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten. Zur organisatorischen Abwicklung des AOK-Bonusprogramms sollen die Versicherten eine Erklärung zur Teilnahme abgeben.
- (2) Versicherte erhalten bei Inanspruchnahme von
  - a) Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V,
  - b) Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V sowie § 9 Abs. 4 dieser Satzung einen Bonus gem. § 65a Abs. 1 SGB V sowie für die regelmäßige Teilnahme an
  - c) Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V
  - d) vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltenseinen Bonus gem. § 65a Abs. 1a SGB V.

Die Anerkennung einer Leistung im Rahmen des AOK-Bonusprogramms erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der AOK. Diese richtet sich allein nach Maßgabe der Gesetze und dieser Satzung.
- (3) Die Inanspruchnahme bzw. Durchführung von Maßnahmen ist von Versicherten in geeigneter Form nachzuweisen. Die Nachweise zur Bonifizierung von Maßnahmen sollen zeitnah, möglichst bis zum 31. März des Folgejahres, bei der AOK eingereicht werden. Es können nur Maßnahmen anerkannt werden, die den Anforderungen des Absatzes 2 entsprechen.
- (4) Der Bonus wird den Versicherten als Geldprämie gegen Nachweis gemäß Abs. 3 zur Verfügung gestellt.
- (5) Die Teilnahme am AOK-Bonusprogramm kann durch die Versicherten jederzeit beendet werden.

- (6) Das Nähere regeln die Ausführungsbestimmungen, die als Anhang 3 zu dieser Satzung jederzeit eingesehen werden können.

### § 10e

#### Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen

- (1) Die AOK schließt Vereinbarungen über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V ab. Versicherte können an der besonderen Versorgung freiwillig durch Abgabe einer schriftlichen oder elektronischen Teilnahmeerklärung beitreten (Einschreibung).
- (1a) Teilnehmende Versicherte werden vor Abgabe der schriftlichen oder elektronischen Teilnahmeerklärung umfassend schriftlich (z. B. durch Merkblatt) informiert über
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
  - die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme,
  - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
  - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,
  - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
  - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme,
  - die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten im Rahmen des Vertrages.

Den Versicherten sind die in Satz 1 genannten Informationen vor Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich oder elektronisch zur Verfügung zu stellen.

Teilnehmenden Versicherten ist eine Belehrung über ihr Widerrufsrecht in schriftlicher oder elektronischer Form mitzuteilen. Die Belehrung muss Hinweise enthalten auf das Recht zum Widerruf und auf Dauer und Beginn der Widerrufsfrist. Die Belehrung muss in diesem Zusammenhang darüber informieren, dass der Widerruf keiner Begründung bedarf, dass er schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK innerhalb der Widerrufsfrist erklärt werden muss und dass zur Fristwahrung die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK genügt. Die Belehrung muss im Regelfall textlich hervorgehoben in dem Formular zur Teilnahmeerklärung enthalten sein; andernfalls erfolgt eine gesonderte Belehrung schriftlich oder elektronisch. Die barrierefreie Zugänglichkeit der Belehrung richtet sich nach dem Behindertengleichstellungsgesetz Nordrhein-Westfalen und den auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen. Versicherte können die Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem Versicherten schriftlich oder elektronisch eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

- (2) Die AOK kann mit der Teilnahme von Versicherten an der besonderen Versorgung Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen nach § 53 Abs. 3 SGB V verbinden. Voraussetzung ist, dass die jeweilige Bonifizierung in der Übersicht nach Absatz 3 ausgewiesen ist.
- (3) Die AOK führt ein Verzeichnis über die nach § 140a SGB V getroffenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort/die Region, in der die Versorgung angeboten wird, und ob mit dem Versorgungsangebot eine Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung verbunden ist. Versicherte haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die AOK stellt den Versicherten auf Wunsch das Verzeichnis in schriftlicher Form zur Verfügung.

### **§ 10f**

#### **Zurzeit nicht besetzt**

### **§ 10g**

#### **Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung**

- (1) Die AOK bietet ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage entsprechender Versorgungsverträge an. Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Teilnehmende Versicherte wählen aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Ärzte einen Hausarzt. Sie verpflichten sich, hausärztliche Leistungen nur bei dem gewählten Hausarzt und ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt.
- (2) Die Versicherten nehmen aufgrund einer Teilnahmeerklärung an der hausarztzentrierten Versorgung teil. Die Abgabe der Teilnahmeerklärung kann schriftlich oder elektronisch erfolgen. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erklärt der gesetzliche Vertreter schriftlich die Teilnahme. In der Teilnahmeerklärung ist der gewählte Hausarzt zu benennen. Die Versicherten sind jeweils ein Jahr an die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 4 und an die Wahl des Hausarztes gebunden (Mindestbindungsfrist). Die Teilnahme beginnt mit dem ersten Kalendertag des Quartals, das auf den Eingang der Teilnahmeerklärung bei der nach dem Versorgungsvertrag zur Annahme von Teilnahmeerklärungen zuständigen Stelle der AOK folgt, wenn die Teilnahmeerklärung bis spätestens zum ersten Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn dieses Quartals eingegangen ist; bei späterem Eingang der Teilnahmeerklärung beginnt die Teilnahme mit dem ersten Kalendertag des darauf folgenden Quartals. Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Versicherten mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Quartalsende, frühestens jedoch nach Ablauf der Mindestbindungsfrist von einem Jahr ab Teilnahmebeginn. Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, insbesondere im Falle einer schwerwiegenden Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen dem Versicherten und dem gewählten Hausarzt, eines Wohnortwechsels des Versicherten, einer Verlegung des Arztsitzes oder des Ausscheidens des gewählten Hausarztes aus der vertragsärztlichen oder hausarztzentrierten Versorgung, kann der Versicherte die Teilnahme vor Ablauf der Mindestbindungsfrist beenden.
- (3) Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Tritt das Ruhen des Anspruchs auf Leistungen erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals,

in dem das Ruhen eintritt; die Mindestbindungsfrist nach Absatz 2 gilt insoweit nicht.

- (4) Verstoßen Versicherte gegen eine der Verpflichtungen nach Abs. 1 Satz 4, indem sie hausärztliche Leistungen bei einem anderen als dem von ihnen gewählten Arzt oder Facharztleistungen ohne Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch nehmen, ohne dass ein wichtiger Grund vorliegt, können sie von der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Im Falle des Ausschlusses ist eine erneute Teilnahme erst nach einer Frist von einem Jahr ab Bestandskraft des Ausschlusses möglich. Bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem pflichtwidrigem Verhalten kann die AOK vom Versicherten Ersatz der Mehrkosten verlangen, die durch die unzulässige Inanspruchnahme von Haus- oder Fachärzten entstanden sind. Eine Pflichtwidrigkeit ist ausgeschlossen in Fällen der Vertretung, sofern der Vertreter des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen wird, sowie bei Abwesenheit des Versicherten vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z. B. im Urlaub) und im Notfall.
- (5) Versicherte werden vor Abgabe der Teilnahmeerklärung umfassend über
  - a. den Inhalt und die Ziele der hausarztzentrierten Versorgung,
  - b. die Freiwilligkeit der Teilnahme,
  - c. die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ergeben,
  - d. etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,
  - e. die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
  - f. die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
  - g. sowie die im Rahmen der der hausarztzentrierten Versorgung vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten informiert. Die in Satz 1 genannten Informationen werden den Versicherten vor Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich zur Verfügung gestellt.
- (6) Die AOK teilt den Versicherten eine Belehrung über das Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mit. Die Belehrung enthält Hinweise auf das Recht zum Widerruf und auf Dauer und Beginn der Widerrufsfrist. Außerdem informiert die Belehrung darüber, dass der Widerruf keiner Begründung bedarf, dass der Widerruf schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK innerhalb der Widerrufsfrist erklärt werden muss und dass zur Fristwahrung die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK genügt.
  - a. Die Belehrung ist im Regelfall textlich hervorgehoben in dem Formular zur Teilnahmeerklärung.
  - b. Die barrierefreie Zugänglichkeit der Belehrung richtet sich nach dem Behindertengleichstellungsgesetz Nordrhein-Westfalen und den auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen.
- (7) Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

## **§ 10h Zurzeit nicht besetzt**

## **§ 10i Krankengeld-Wahltarif**

(1) Den Krankengeld-Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V können wählen:

1. Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben,
2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG), eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter),
3. nach dem KSVG versicherte Künstler und Publizisten.

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

- (2) Die Wahl des Krankengeld-Wahltarifs nach § 53 Abs. 6 SGB V bedarf der Schriftform. 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 Nr. 1 innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis bzw. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 innerhalb der Frist nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.
- (3) Folgende Ausprägungen des Krankengeld-Wahltarifes können gewählt werden:
1. Die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG 22).
  2. Die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 15. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG 15).
- (4) Das Wahltarif-Krankengeld

1. beträgt in der Tarifaufprägung KG 22 bei den in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 genannten Mitgliedern 70 v. H. des Arbeitseinkommens, welches zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Prämienbemessung nach Absatz 5 aus Arbeitseinkommen maßgebend war,
2. wird in der Tarifaufprägung KG 22 bei den in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V und § 14 Abs. 3 dieser Satzung berechnet,
3. beträgt im Tarif KG 15 bei den in Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 genannten Mitgliedern 70 v. H. des durchschnittlichen täglichen Arbeitseinkommens, das der Beitragsbemessung für die letzten 12 Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde gelegt wurde; § 47 Abs. 4 Satz 2 bis 4 SGB V gilt,

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

(5) Die Prämie beträgt für die Tarifaufprägung:

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

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 5 wird zum gleichen Zeitpunkt fällig, wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.
2. Die Prämien sind nicht während des Anspruchs auf Krankengeld (Wahltarif Krankengeld und gesetzliches Krankengeld) zu entrichten.
3. Die Prämienzahlung endet in den Fällen der Absätze 11 Satz 1 und 3 und 12.

(7) 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 der AOK wegen der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten; eine Zahlung von Krankengeld innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird,
2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; wird die Mitwirkung nachgeholt, wird das Ruhen des Leistungsanspruchs rückwirkend aufgehoben,
3. nach Absatz 12 Nr. 6 ab dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird.

4. sofern Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Die §§ 11 Absatz 5, 16, 49, 50, 51, 52 und 52a SGB V gelten entsprechend, soweit in dieser Vorschrift nichts Abweichendes geregelt ist; § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gilt nicht für hauptberuflich selbstständige Erwerbstätige in der Tarifausprägung KG 22. § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V gilt nicht für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 genannten Mitglieder.

- (8) Für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 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 drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. Satz 1 gilt nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden, der nach Antragstellung eingetreten ist.
- (9) Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich 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.
- (10) Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). Abweichend von § 175 Abs. 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.
- (11) Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich. Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:
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 § 802 c ZPO,
  4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3a SGB V.

Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam.

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

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

1. wenn der Versicherte nicht mehr zum Personenkreis nach Absatz 1 zählt, es sei denn, die Versicherung oder die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 ist längstens einen Monat unterbrochen oder der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 1 und 2,
2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht

werden könnte,

3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. 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. 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. wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifs bekannt gegeben wird,
  6. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sei denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,
  7. durch Tod.
- (13) Bei Ende der Zugehörigkeit zum in Absatz 1 genannten Personenkreis ruht der Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 10 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung. Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 1 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 Tarifs. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend bei rechtswirksamer Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V.
- (14) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit allen anderen AOKs durch.

## **§ 10j**

### **Wahltarif bei Teilkostenerstattung**

- (1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 7 SGB V an. Der Wahltarif hat die Prämienzahlung als Äquivalent für den mit einer Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V in Verbindung mit § 16 verbundenen geminderten Leistungsanspruch zum Gegenstand.
- (2) Freiwillig versicherte Angestellte, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind (DO-Angestellte) und die die Teilkostenerstattung nach § 16 gewählt haben, können den Tarif wählen. Satz 1 gilt auch für freiwillig versicherte im Ruhestand befindliche DO-Angestellte, die die Teilkostenerstattung nach § 16 gewählt haben, und für freiwillig versicherte Hinterbliebene von DO-Angestellten, wenn und solange sie Versorgungsbezüge nach Maßgabe der Dienstordnung erhalten, wenn diese Hinterbliebenen die Teilkostenerstattung nach § 16 gewählt haben.
- (3) Die Erklärung zur Wahl der Teilkostenerstattung nach § 16 gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifs, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich in Schriftform.

Bei Mitgliedern, deren Anspruch auf Teilkostenerstattung vor dem 1. Januar 2009 begann, gilt der Tarif ebenfalls als gewählt, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform. Die Erklärung zur Wahl des Tarifs in den Fällen, in denen das Mitglied der Teilnahme am Tarif zunächst widersprochen hat, bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt in diesen Fällen mit Beginn des nächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK zugeht, jedoch nicht vor Beginn des Anspruchs auf Teilkostenerstattung und frühestens zu dem vom Mitglied gewählten Datum.

- (4) Mitgliedern, die den Tarif gewählt haben, wird nach Maßgabe der Absätze 5 bis 7 für die Dauer der Teilnahme monatlich eine Prämie gezahlt. Die Prämie wird zweckgebunden gewährt und am gleichen Tag fällig wie der Beitrag gemäß § 22 der Satzung. Sie wird dementsprechend unmittelbar bei Fälligkeit durch die AOK für den Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) vereinnahmt. Abweichend hiervon wird die Prämie vorrangig mit Ansprüchen auf Rückerstattung von Prämien gemäß Abs. 7 Satz 2 aufgerechnet.
- (5) Bemessungsgrundlage für die Prämie sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 240 SGB V; die §§ 223 und 238a SGB V gelten entsprechend. Bei Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Prämie bleiben folgende Einnahmen unberücksichtigt:
  1. Sozialleistungen, die nach § 224 SGB V beitragsfrei sind.
  2. Arbeitsentgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung (§ 249b SGB V).
  3. Sozialleistungen, aus denen Beiträge zu erheben sind, die von Dritten getragen werden (§ 251 SGB V).
- (6) Die Prämie wird durch Multiplikation der Bemessungsgrundlage mit dem für die jeweilige Einnahmeart maßgeblichen Prämienatz ermittelt. Der Prämienatz beträgt für:
  - a) Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 228 SGB V): 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V sowie darüber hinaus 50 v. H. des Zusatzbeitrages der AOK NordWest nach § 242 SGB V.
  - b) Versorgungsbezüge (§ 229 SGB V): 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V sowie darüber hinaus 50 v. H. des Zusatzbeitrages der AOK NordWest nach § 242 SGB V.
  - c) Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbständigen Tätigkeit, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird: 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V sowie darüber hinaus 50 v. H. des Zusatzbeitrages der AOK NordWest nach § 242 SGB V.
  - d) alle weiteren der Bemessungsgrundlage hinzuzurechnenden Einnahmen: 50 v. H. des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 SGB V sowie darüber hinaus 50 v. H. des Zusatzbeitrages der AOK NordWest nach § 242 SGB V.
- (7) Sofern Beiträge zur Krankenversicherung nachzuberechnen sind, ist die Prämie für den Zeitraum der Nachberechnung rückwirkend entsprechend zu erhöhen; Absatz 4 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

Sofern Beiträge zur Krankenversicherung erstattet werden, ist die Prämie für den Zeitraum der Beitragserstattung rückwirkend entsprechend zu reduzieren.

- (8) Die Teilnahme am Tarif kann durch das Mitglied schriftlich gekündigt werden; sie endet mit Ablauf des Monats, in dem die Kündigung der AOK zugeht. Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Teilkostenversicherung bei der AOK.
- (9) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist schriftlich kündigen, wenn das Mitglied nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Teilnahme am Tarif eine unbillige Härte darstellt. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Monats, in dem die Kündigung der AOK zugeht.

### **§ 10k**

#### **Zurzeit nicht besetzt**

### **§ 10l**

#### **Zurzeit nicht besetzt**

### **§ 10m**

#### **Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung**

- (1) Die AOK führt in Unternehmen nach Maßgabe des § 20b SGB V Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch. Die Einzelheiten regelt eine Vereinbarung zwischen der AOK und dem Arbeitgeber. Zusätzlich kann die AOK mit Arbeitgebern eine Bonusvereinbarung auf der Grundlage des § 65a Abs. 2 SGB V abschließen, wenn das Unternehmen die Anforderungen an Betriebe des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung erfüllt. Diese Bonusvereinbarung regelt die Höhe und Auszahlung des Bonus sowie weitere Rahmenbedingungen.
- (2) Voraussetzung für den Abschluss einer Bonusvereinbarung ist, dass
  - die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht bereits Gegenstand von Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind,
  - das Unternehmen eigene finanzielle und/oder personelle Ressourcen für die Maßnahmen zur Verfügung stellt.
- (3) Der Bonus für Beschäftigte beträgt 25 EUR für jede vollständig in Präsenz durchgeführte Maßnahme, die im Rahmen der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 2 zwischen AOK und Arbeitgeber festgelegt wurde. Der Bonus steht Beschäftigten des Arbeitgebers zu, die bei der AOK versichert sind. Die Auszahlung des Bonus erfolgt an die AOK-Versicherten selbst. Hierzu ist die Vorlage einer Bescheinigung erforderlich, die die Teilnahme an der Maßnahme belegt. Der Gesamtbonus für die Versicherten beträgt maximal 75 EUR im Kalenderjahr. Eine Bonifizierung erfolgt nicht für Maßnahmen, die bereits nach § 10d der Satzung bonifiziert werden.

### **§ 10n**

#### **bleibgesund-Bonus-Wahltarif**

- (1) Die AOK bietet im Rahmen eines Wahltarifs nach § 53 SGB V Bonuszahlungen für einen Selbstbehalt in Verbindung mit der Nichtinanspruchnahme von Leistungen.
- (2) Die Bonuszahlungen stehen unter folgenden Voraussetzungen zu:

a) Grundbonus von 80,00 EUR (Selbstbehalt):

Mitgliedern mit einem jährlichen Einkommen bis 18.000,00 EUR brutto steht ein Grundbonus von 80,00 EUR kalenderjährlich zu (Tarifstufe I). Die Mitglieder tragen für sich Eigenbeteiligungen bis zu einem Höchstbetrag von 160,00 EUR kalenderjährlich. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 20,00 EUR und je Krankenhausbehandlung 40,00 EUR. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich der Geburt anfallen, werden nicht mit Eigenbeteiligung belegt. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen, und für Erstattungen nach § 8a Abs. 1 der Satzung.

b) Grundbonus von 110,00 EUR (Selbstbehalt):

Mitgliedern mit einem jährlichen Einkommen über 18.000,00 EUR brutto bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V steht ein Grundbonus von 110,00 EUR kalenderjährlich zu (Tarifstufe II). Die Mitglieder tragen für sich Eigenbeteiligungen bis zu einem Höchstbetrag von 220,00 EUR kalenderjährlich. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 27,50 EUR und je Krankenhausbehandlung 55,00 EUR. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich der Geburt anfallen, werden nicht mit Eigenbeteiligung belegt. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen, und für Erstattungen nach § 8a Abs. 1 der Satzung.

c) Grundbonus von 230,00 EUR (Selbstbehalt):

Mitgliedern mit einem jährlichen Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V steht ein Grundbonus von 230,00 EUR kalenderjährlich zu (Tarifstufe III). Die Mitglieder tragen für sich Eigenbeteiligungen bis zu einem Höchstbetrag von 460,00 EUR kalenderjährlich. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 57,50 EUR und je Krankenhausbehandlung 115,00 EUR. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich der Geburt anfallen, werden nicht mit Eigenbeteiligung belegt. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen, und für Erstattungen nach § 8a Abs. 1 der Satzung.

Maßgeblich ist das Jahresarbeitsentgelt des abzurechnenden Teilnahmejahres. Ein Wechsel der Tarifstufe kann rückwirkend zum 01.01. des Vorjahres, frühestens jedoch ab Teilnahmebeginn erfolgen, sofern das Mitglied die Änderung bis zum 31.01. des laufenden Kalenderjahres schriftlich bei der AOK NordWest beantragt. Voraussetzung dafür ist, dass das Jahresarbeitsentgelt des abzurechnenden Teilnahmejahres der gewählten Tarifstufe entspricht. Die Wahl einer niedrigeren Tarifstufe ist jederzeit möglich.

Wird die Einkommensgrenze für die gewählte Tarifstufe unterschritten und dies durch die AOK rückwirkend festgestellt, erfolgt rückwirkend ab 01.01. des Abrechnungsjahres, frühestens jedoch ab Teilnahmebeginn, eine Rückstufung in die Tarifklasse, welche dem festgestellten Einkommen entspricht.

### (3) Zusatzbonus

Mitgliedern steht ein kalenderjährlicher Zusatzbonus zu, wenn sie in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren, in denen sie am Tarif teilgenommen haben, keine Eigenbeteiligung nach Absatz 2 tragen mussten. Das erste Kalenderjahr der Tarifteilnahme gilt in diesem Zusammenhang als erfüllt, wenn mindestens 3 Monate des Jahres mit einer Zugehörigkeit zum Tarif belegt sind.

Der Zusatzbonus beträgt pro vollständigem Kalenderjahr 50,00 EUR in Tarifstufe I, 60,00 EUR in Tarifstufe II, 100,00 EUR in Tarifstufe III. Die Zahlung des Zusatzbonus für die ersten drei Teilnahmejahre erfolgt zusammenhängend erstmalig mit der Abrechnung des dritten Teilnahmejahres, sofern die Voraussetzung für den Zusatzbonus erfüllt wurde. In Folgejahren erfolgt die Zahlung jährlich, bei Erfüllung der in Satz 1 genannten Voraussetzung mit der jährlichen Abrechnung des Tarifes. Muss das Mitglied in einem Kalenderjahr eine Eigenbeteiligung nach Abs. 2 tragen, wird kein Zusatzbonus gewährt und es muss vor der nächsten Zahlung des Zusatzbonus der Zeitraum von drei vollständigen Kalenderjahren erneut erfüllt werden.

Der Auszahlungsbetrag darf 20 v. H. der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten.

- (4) Die AOK zahlt die Summe der Boni aus dem Wahltarif Selbstbehalt für das Kalenderjahr bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres. Von der zu zahlenden Bonussumme ist ggf. die Eigenbeteiligung abzuziehen. Ist die Summe der Eigenbeteiligungen höher als die der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 14 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig, auch wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Beginnt die Teilnahme im Laufe eines Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus, der Zusatzbonus und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Gleiches gilt bei Ende der Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres; hiervon ausgenommen ist der Zusatzbonus.

Die AOK kann dem Mitglied auf Antrag eine Vorauszahlung in Höhe des Grundbonus im Kalenderjahr zahlen. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt. Eine Vorauszahlung des Grundbonus ist nicht möglich, wenn offene Forderungen der AOK oder der bei ihr errichteten Pflegekasse gegen das Mitglied bestehen.

- (5) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes kann schriftlich oder unmittelbar in dem hierfür vorgesehenen elektronischen Formular, das von der AOK auf ihrer Website im Internet oder über ihr Online-ServiceCenter oder in einem Eingabegerät zur Verfügung gestellt wird, abgegeben werden. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft und frühestens zum vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt. Beginnt die Mitgliedschaft nicht am Ersten eines Monats, beginnt der Tarif am Ersten des Folgemonats, jedoch frühestens zum vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt; der Tarif kann stets nur am Ersten eines Monats beginnen. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Die in Abs. 2 genannten Tarifausprägungen sind nur zusammen wählbar.
- (6) Die Teilnahme am Wahltarif ruht für Zeiten, in denen eine Familienversicherung besteht oder in denen aus anderen Gründen (z. B. Unterbrechung der Versicherung ohne Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse) keine Beiträge zu zahlen sind oder die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden.

- (7) Das Mitglied ist an die Wahl des Tarifs drei Jahre vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist).

Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK die schriftliche Kündigung zugeht, frühestens jedoch mit Ablauf der Bindungsfrist; für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Beginn einer rechtmäßigen Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse.

Die AOK kann die Teilnahme am Tarif beenden, wenn für das Mitglied in zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren die Summe der Eigenbeteiligungen die Summe der Boni überstiegen hat.

Die sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebende besondere Mindestbindungsfrist (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V) gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.

- (8) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Teilnahme für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt; das Nähere ergibt sich aus Absatz 9. Eine vorzeitige Kündigung des Tarifs ist auch bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI möglich. Die Teilnahme endet in diesen Fällen zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats; Absatz 7 Satz 3 gilt entsprechend.

Mitglieder haben einen Anspruch auf den Gesundheitsbonus gemäß Absatz 4 in der bis zum Ablauf des 31.12.2020 gültig gewesenen Fassung, wenn Gesundheitsmaßnahmen in der Zeit vom 01.01. bis 30.06.2021 durchgeführt und diese nicht nach § 10d der Satzung bonifiziert wurden.

- (9) Eine unbillige Härte ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn das Mitglied Leistungen nach dem SGB III (Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegsopferfürsorge bezieht. In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass regelmäßig nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 v. H. der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

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

## **§ 11**

### **Zurzeit nicht besetzt**

## **§ 12**

### **Zurzeit nicht besetzt**

## **§ 13**

### **Zurzeit nicht besetzt**

## **§ 14**

### **Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V**

- (1) Freiwillig versicherte Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, haben Anspruch auf Krankengeld nach den für versicherungspflichtige Arbeitnehmer maßgebenden Regelungen des SGB V.
- (2) Einen Krankengeldanspruch können wählen
  1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind,
  2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter).
- (3) Kann bei einem versicherungspflichtigen oder freiwilligen Mitglied Krankengeld nicht nach § 47 Abs. 2 SGB V berechnet werden, weil eine kontinuierliche Arbeitsverrichtung oder -vergütung nicht vorliegt, wird das Krankengeld
  1. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Lohnausfall gezahlt,
  2. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung aus dem abgerechneten Entgelt des Zeitraumes berechnet, der die durchschnittlichen Verhältnisse widerspiegelt (längstens der letzten 12 Monate).

## **§ 15**

### **Kostenerstattung**

- (1) Versicherte können 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. Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer ist möglich, wenn die AOK zuvor zugestimmt hat.
- (2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK unter Verwendung des dafür bereit gestellten Vordruckes. Die gewählte Kostenerstattung beginnt frühestens mit dessen Zugang und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung. 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 Abs. 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 Abs. 2 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H.
  - b) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v. H.

zu mindern, wobei der Abschlag je Rechnung, bei Arzneimitteln je Rezept, höchstens 40 EUR beträgt. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 13 Abs. 2 SGB V erfolgt die Kostenerstattung pauschaliert in Höhe von 30 v. H. des jeweiligen Rechnungsbetrages für die erstattungsfähigen Leistungen; gesonderte Abschläge für Verwaltungskosten sind nicht in Abzug zu bringen. Die Versicherten können anstelle einer pauschalierten Erstattung nach Satz 3 jeweils eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages nach den Sätzen 1 und 2 wählen. Die Wahl kann für alle allgemein- und fachärztlichen Behandlungen separat und für jede Rechnung erneut getroffen werden; sie ist jeweils bei Einreichung der Rechnung auszuüben. Eine nach Satz 4 erfolgte Wahl der individuellen Ermittlung des Erstattungsbetrages nach den Sätzen 1 und 2 ist für die Leistungen, für die sie erklärt wurde, bindend; eine pauschalierte Erstattung nach Satz 3 ist für diese Leistungen ausgeschlossen.

- (5) Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 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 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V und die der AOK aufgrund eines Vertrages nach § 130a Abs. 8 SGB V entgangenen Rabatte in Höhe einer sich in Abhängigkeit von den getroffenen Vereinbarungen ergebenden Pauschale. Die Summe der Minderungsbeträge nach Satz 3 beträgt je Arzneimittel mindestens fünf EUR.
- (6) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

## **§ 16**

### **Teilkostenerstattung**

- (1) Freiwillig versicherte Angestellte, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind (DO-Angestellte), erhalten, soweit sie vom Wahlrecht des § 14 Abs. 2 SGB V Gebrauch gemacht haben, eine Teilkostenerstattung. Sie wird für die Aufwendungen gewährt, denen Leistungen zugrunde liegen, die im Sozialgesetzbuch dem Grunde nach vorgesehen sind.

- (2) Die Entscheidung der Angestellten ist schriftlich zu erklären; sie wirkt bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das dem der Erklärung nachfolgt. Die Wirkungsdauer der Erklärung verlängert sich um jeweils zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des jeweiligen Zeitraums keine gegenteilige Erklärung vorliegt.
- (3) Teilkostenerstattung wird – vorbehaltlich des Absatzes 4 – in Höhe des Vomhundertsatzes gewährt, der den nicht durch die Beihilfe gedeckten Aufwendungen des Erstattungsberechtigten im Verhältnis zu den vollen Kassenleistungen entspricht. Maßgebend für die Feststellung des Erstattungsbetrages sind die Kosten der Kassenleistung. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind in voller Höhe zu leisten.
- (4) Bei stationärer Krankenhausbehandlung und Zahnersatzleistungen beträgt die Erstattung bis zu 50 v. H. der Kosten für die entsprechende Kassenleistung. Kostenerstattung und die ohne Berücksichtigung des Teilkostenerstattungsanspruchs zustehende Beihilfe dürfen hierbei die beihilfefähigen Gesamtaufwendungen nicht überschreiten. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind in voller Höhe zu leisten.
- (5) Der Beihilfeanspruch bleibt jeweils unberührt. Bei unmittelbarer Inanspruchnahme von Kassenleistungen sind die auf die Beihilfe entfallenden Anteilsbeträge der Aufwendungen festzustellen und auf den Sachbuchkonten zu vereinnahmen. Für die Durchführung des Erstattungsverfahrens gelten die Regelungen der einschlägigen Beihilfebestimmungen entsprechend. Das Nähere bestimmt der Vorstand.
- (6) Die Absätze 1 bis 5 gelten auch für im Ruhestand befindliche freiwillig versicherte ehemalige DO-Angestellte sowie für freiwillig versicherte Hinterbliebene von DO-Angestellten, wenn und solange diese Hinterbliebenen Versorgungsbezüge nach Maßgabe der Dienstordnung erhalten.

## **§ 17**

### **Zurzeit nicht besetzt**

## **§ 18**

### **Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern**

- (1) Die AOK unterstützt ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen infolge von Behandlungsfehlern. Die Unterstützung setzt grundsätzlich voraus, dass der Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen einer gesetzlichen Krankenkasse entstanden ist.
- (2) Die Unterstützung beinhaltet die Hilfe bei der Aufklärung des Sachverhalts, dessen Prüfung unter juristischen und medizinischen Aspekten sowie eine allgemeine Aufklärung der Versicherten über die ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten.
- (3) Liegt ein hinreichender Verdacht auf Vorliegen eines Behandlungsfehlers vor, kann die AOK eine medizinische Begutachtung veranlassen und informiert über die Möglichkeiten der Rechtsverfolgung.

## **§ 19**

### **Leistungsausschluss**

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf

Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Von dem Leistungsausschluss nicht betroffen ist die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 kann die AOK verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens 12 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 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.
- (3) Der Versicherte ist über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen zu informieren.

## **Vierter Abschnitt: Beiträge**

### **§ 20 Beitragssätze**

- (1) Es gilt der allgemeine Beitragssatz gemäß § 241 SGB V.
- (2) Es gilt der ermäßigte Beitragssatz gemäß § 243 SGB V.

### **§ 20a Zusatzbeitrag**

Der Zusatzbeitrag der AOK gemäß § 242 SGB V beträgt 2,79 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

### **§ 21 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.

### **§ 22 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge**

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

**§ 23****Zurzeit nicht besetzt****§ 24****Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge**

- (1) Der Arbeitgeber bzw. der nach § 28m SGB IV Verpflichtete hat der AOK spätestens zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Beiträge einen Beitragsnachweis einzureichen.
- (2) Die Zahlstelle von Versorgungsbezügen hat der AOK innerhalb von einer Woche nach dem in § 256 Abs. 1 Satz 2 SGB V bestimmten Zahltag einen Beitragsnachweis einzureichen.

**§ 25****Vorschüsse**

Die AOK kann von Arbeitgebern, die

1. innerhalb des Kassenbezirks keine feste Betriebsstätte haben oder sich nur vorübergehend im Kassenbezirk 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
3. keine Beitragsnachweise einreichen oder
4. einen längeren Entgeltabrechnungszeitraum als einen Monat haben und nicht mindestens monatliche Abschläge auf die Arbeitsentgelte leisten,

Vorschüsse in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrages bis zu drei Monaten fordern. Dabei ist eine Frist von mindestens drei Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

**§ 26****Erstattungen**

Beitragserstattungen nach § 231 SGB V werden zu Beginn eines Jahres für das jeweilige Vorjahr vorgenommen.

**Fünfter Abschnitt: Widerspruchsstelle****§ 27****Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen**

- (1) Die Aufgaben der Widerspruchsstelle werden durch besondere Ausschüsse nach § 36a SGB IV (Widerspruchsausschüsse) wahrgenommen. Widerspruchsausschüsse werden in der erforderlichen Anzahl für Serviceregionen gebildet. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse und ihre Stellvertreter werden von dem jeweiligen Regionalbeirat bestellt.
- (2) Den Widerspruchsausschüssen gehören je ein Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber an, außerdem – mit beratender Stimme – der Vorsitzende des Vorstandes oder ein von ihm Beauftragter; die Vertreter jeder Gruppe im jeweiligen Regionalbeirat können einen weiteren Vertreter ihrer Gruppe wählen, der dem Widerspruchsausschuss mit beratender Stimme angehört. Zu Mitgliedern, stellvertretenden Mitgliedern und beratenden Mitgliedern der Widerspruchsausschüsse können neben Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern des Verwaltungsrates bzw. der Regionalbeiräte auch Personen, die die Wählbarkeitsvoraussetzungen zum Verwaltungsrat der AOK erfüllen, bestellt werden.

Für jedes Mitglied der Widerspruchsausschüsse sind mindestens zwei Stellvertreter zu bestimmen. Beratende Mitglieder sind zugleich stellvertretende Mitglieder.

- (3) Die Widerspruchsausschüsse entscheiden über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist. Näheres über die Führung der Geschäfte der Widerspruchsausschüsse wird in einer Geschäftsordnung geregelt, die vom Verwaltungsrat beschlossen wird und für alle Widerspruchsausschüsse verbindlich ist.
- (4) Die Zuständigkeit des jeweiligen Widerspruchsausschusses richtet sich nach der Serviceregion, die die angefochtene Entscheidung getroffen hat. Ist die Entscheidung nicht von einer Serviceregion getroffen worden, ist ein Widerspruchsausschuss der Serviceregion zuständig, in deren Bezirk der Widerspruchsführer seinen Wohnsitz bzw., wenn der Widerspruchsführer eine juristische Person ist, seinen Sitz hat; hat der Widerspruchsführer seinen Wohnsitz bzw. Sitz außerhalb des Bezirks der AOK, ist ein Widerspruchsausschuss der betreuenden Serviceregion zuständig. Ist der Widerspruchsführer ein Arbeitgeber, ist abweichend von Satz 2 ein Widerspruchsausschuss der Serviceregion zuständig, in deren Bezirk die Stelle, die den Verwaltungsakt erlassen hat, ihren Standort hat. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 ist ein Widerspruchsausschuss der Serviceregion Ruhrgebiet zuständig für solche Widersprüche, die nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften einem AOK-Landesverband zur Entscheidung übertragen sind. Über Widersprüche von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der AOK entscheidet abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ein Widerspruchsausschuss der Serviceregion, in der die Geschäftsstelle für AOK-Beschäftigte ihren Sitz hat.
- (5) Für die Widerspruchsausschüsse bzw. ihre ehrenamtlichen Mitglieder gelten u. a. die gesetzlichen und satzungsmäßigen Regelungen über Führung des Ehrenamtes, Amtsdauer, Amtsverlust, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung entsprechend, jedoch mit der Maßgabe, dass ein Mitglied des Ausschusses den Ausnahmefall nach § 64a Abs. 2 Satz 1 SGB IV feststellt und eine digitale Sitzung nach § 64a SGB IV nicht stattfindet, wenn ein Mitglied widerspricht. Abweichend von Satz 1 können die Widerspruchsausschüsse auch dann schriftlich abstimmen, wenn die in § 32 Abs. 12 geregelten Voraussetzungen einer schriftlichen Abstimmung nicht vorliegen; wenn mindestens ein Mitglied des jeweiligen Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Widerspruchsfälle in der jeweils nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Vor der schriftlichen Abstimmung soll eine Erörterung der Widerspruchsfälle per Telefon- oder Videokonferenz stattfinden. Der Vorsitz in den Widerspruchsausschüssen wird abwechselnd von Sitzung zu Sitzung von dem stimmberechtigten Vertreter der Versicherten oder dem stimmberechtigten Vertreter der Arbeitgeber

geführt.

- (6) Die Widerspruchsausschüsse nehmen zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (OWiG) wahr (§ 112 Abs. 2 SGB IV). Für die Zuständigkeit gelten die Bestimmungen des Absatzes 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Widerspruchsführers der Betroffene und an die Stelle des angefochtenen Verwaltungsaktes der Bußgeldbescheid treten.

## Sechster Abschnitt: Mitgliedschaften und Zusammenwirken

### § 28

#### Mitgliedschaften

- (1) Die AOK ist Mitglied des GKV-Spitzenverbandes und Gesellschafterin des AOK-Bundesverbandes.
- (2) Die AOK kann anderen Verbänden, Vereinigungen, Arbeitsgemeinschaften und Organisationen beitreten, die Aufgaben oder Interessen der AOK oder der Sozialversicherung mit sozial- bzw. gesundheitspolitischer Zielsetzung wahrnehmen, oder solche bilden.

### § 29

#### Zusammenwirken

- (1) Zur Förderung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des AOK-Systems arbeitet die AOK – insbesondere in ihrer Rechtsstellung als Landesverband – eng mit dem AOK-Bundesverband zusammen. Sie hat bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben gemeinsame Interessen zu berücksichtigen.
- (2) Ferner arbeitet die AOK im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Krankenkassen und Landesorganisationen der anderen Kassenarten sowie mit Einrichtungen des Gesundheitswesens in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein zusammen.

## Siebter Abschnitt: Organisationsstruktur und Selbstverwaltung

### § 30

#### Organisationsstruktur

- (1) Die AOK gliedert sich in Unternehmens- und Stabsbereiche. Die für die persönliche Kundenbetreuung vorgehaltenen Geschäftsstellen werden gebündelt in sechs regional abgegrenzten Serviceregionen:
  1. Münsterland
  2. Ostwestfalen-Lippe
  3. Ruhrgebiet
  4. Schleswig-Holstein-Nord
  5. Schleswig-Holstein Süd
  6. Südwestfalen

In den Serviceregionen werden Geschäftsstellen unterhalten, deren Zahl sich vor allem an den Erfordernissen einer persönlichen kundennahen Betreuung der Versicherten orientiert.

Veränderungen sind nach Beteiligung des Verwaltungsrates möglich.

- (2) Der Vorstand kann im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat Bevollmächtigte des Vorstandes bestellen

### **§ 31 Organe der AOK**

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

### **§ 32 Verwaltungsrat**

- (1) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 33 Abs. 1 und 3 SGB IV, § 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1a und 1b SGB V).
- (2) Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber (§ 43 Abs. 1 i. V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV).
- (3) Die Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich zum 1. April (§ 62 Abs. 3 SGB IV). Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende dürfen nicht derselben Gruppe angehören.
- (4) Für die Stellvertretung verhandelter Mitglieder des Verwaltungsrates gilt § 43 Abs. 2 i. V. m. § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV.
- (5) Die Sitzungen des Verwaltungsrates finden nach Bedarf statt. Sie sollten in jedem Kalendervierteljahr stattfinden. Der Verwaltungsrat wird unverzüglich zu einer Sitzung einberufen, wenn
  - a) es der Vorsitzende des Verwaltungsrates und der stellvertretende Vorsitzende gemeinsam für notwendig halten,
  - b) mindestens ein Drittel der stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates es verlangt,
  - c) der Vorstand es beantragt oder
  - d) die Aufsichtsbehörde es verlangt.

Mit Ausnahme von

- konstituierenden Sitzungen,

- Sitzungen, in denen die Feststellung von Haushaltsplänen oder die Abnahme von Jahresrechnungen behandelt wird, und
- Sitzungen, in denen über Vorstandsangelegenheiten beschlossen wird,

können die Mitglieder des Verwaltungsrates mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung unter Verwendung eines geeigneten von der AOK vorgegebenen Konferenzsystems teilnehmen (hybride Sitzung).

Ausgenommen hiervon ist die Sitzungsleitung. Diese nimmt grundsätzlich in physischer Präsenz an den Sitzungen teil. Bei kurzfristiger Verhinderung des als Sitzungsleitung vorgesehenen Verwaltungsratsmitgliedes kann die Sitzung auch von einem durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglied des Verwaltungsrates geleitet werden.

Ein Mitglied des Verwaltungsrates, das eine Sitzungsteilnahme durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung beabsichtigt, soll dies dem Selbstverwaltungsbüro der AOK nach Möglichkeit spätestens zehn Tage vor der Sitzung mitteilen.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates beruft in Abstimmung mit dem stellvertretenden Vorsitzenden zu den Sitzungen ein.

- (5a) In außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen kann der Verwaltungsrat auch ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung mittels eines geeigneten von der AOK vorgegebenen Konferenzsystems beraten und abstimmen (digitale Sitzung). Eine außergewöhnliche Notsituation liegt insbesondere im Fall einer Katastrophe, einer epidemischen Lage, einer anderen schwerwiegenden Gefahr und Bedrohungslage sowie bei gravierenden und flächendeckenden Einschränkungen der allgemeinen Mobilität vor. Ein besonders eiliger Fall liegt vor, wenn die Eilbedürftigkeit der Beschlussfassung die rechtzeitige Organisation einer Präsenzsitzung bzw. einer hybriden Sitzung ohne Schaden oder Gefahr nicht zulässt. Das Vorliegen der außergewöhnlichen Notsituation oder des besonders eiligen Falles wird vom Vorsitzenden des Verwaltungsrates festgestellt. Soweit die Sitzung öffentlich ist, ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche zeitgleiche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. 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; die Widerspruchserklärungen müssen spätestens drei Tage nach Zugang der Einladung in Textform im Selbstverwaltungsbüro der AOK eingehen. Über die Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.
- (5b) Werden die Sitzungen hybrid oder digital durchgeführt, ist durch geeignete technische Maßnahmen sicherzustellen, dass alle Teilnehmenden die Möglichkeit haben, sich in gleicher Weise an der Beratung, Willensbildung und Beschlussfassung zu beteiligen; insbesondere müssen für jeden Teilnehmenden die anderen Teilnehmenden sichtbar und ihre Redebeiträge akustisch verständlich sein. Die Abgabe der Stimme erfolgt während der Sitzung durch eindeutiges Handzeichen oder elektronisch mittels eines von der AOK vorgegebenen geeigneten Systems. Die Mitglieder des Verwaltungsrates sind dafür verantwortlich, dass sie durch die von ihnen genutzten Geräte die übrigen Teilnehmenden sehen und hören können, dass sie die Sitzungsleitung unverzüglich informieren, wenn dies nicht mehr der Fall ist, und dass über die von Ihnen genutzten Geräte keine Unbefugten die Sitzung oder Teile davon verfolgen können. 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, solange die Beschlussfähigkeit im Sinne des Abs. 9 noch gegeben ist. Über die offenen Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Bereits getroffene Beschlüsse behalten ihre Gültigkeit.

Das Nähere wird in der Geschäftsordnung des Verwaltungsrates geregelt.

- (6) An den Sitzungen des Verwaltungsrates nehmen die Mitglieder des Vorstandes teil. Zur Teilnahme sind auch beauftragte Mitarbeiter der AOK berechtigt. Sofern aus der Mitte des Verwaltungsrates beantragt wird, die Mitglieder des Vorstandes oder beauftragte Mitarbeiter für einzelne Punkte der Tagesordnung von der Teilnahme an der Sitzung auszuschließen, ist deren weitere Anwesenheit nur zulässig, wenn die Mehrheit der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates für ihre weitere Teilnahme stimmt.
- (7) Die Sitzungen des Verwaltungsrates sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nicht-öffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben.
- (8) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:
  1. Entscheidungen und Interessenvertretung in sozial- und gesundheitspolitischen Fragen, sowie Grundsatzentscheidungen zur unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK und Abstimmung der entsprechenden Strategieziele mit dem Vorstand,
  2. Überwachung des Vorstandes u. a. durch die Entgegennahme seiner Berichte nach § 33 Abs. 3
    - a) über die Umsetzung von Entscheidungen des Verwaltungsrates,
    - b) über die finanzielle Situation der AOK und ihre voraussichtliche Entwicklung sowie
    - c) über die Entwicklung sowie die Erreichung der Jahresziele.
  3. Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates (§ 62 SGB IV),
  4. Festlegung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat (§ 63 Abs. 1 SGB IV),
  5. Wahl des Vorstandes, seines Vorsitzenden und dessen Stellvertreters (§ 35 a Abs. 5 SGB IV),
  6. Wahl der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Regionalbeiräte (§ 35 Abs. 3),
  7. Wahl der Vertreter im Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste (§ 279 Abs. 2 SGB V),
  8. Änderung der Satzung (§ 33 Abs. 1 und 3 SGB IV und § 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
  9. Entscheidung über Veränderung der Zahl und der Abgrenzungen der Serviceregionen (§ 30),

10. Festsetzung der Entschädigungsregelung nach § 36 Abs. 2 (§ 194 Abs. 1 Nr. 8 SGB V),
  11. Zustimmung zur Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung einschließlich des Stellenplans (§ 355 RVO),
  12. Feststellung des Haushaltsplans (§ 70 Abs. 1 Satz 2 SGB IV und § 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
  13. Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung,
  14. Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IV und § 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
  15. Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
  16. Wahl der Vertreter im Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes,
  17. Bestellung oder Benennung von Vertretern des Verwaltungsrates in Ausschüssen und Einrichtungen,
  18. Amtsentbindung und Amtsenthebung gemäß § 59 i. V. m. § 33 Abs. 3 Satz 3 und gemäß § 35a Abs. 7 SGB IV,
  19. Feststellung, dass ein als Nachfolger eines ausgeschiedenen Mitglieds bzw. eines stellvertretenden ausgeschiedenen Mitglieds des Verwaltungsrates vorgeschlagener Mitglied des Verwaltungsrates geworden ist (§ 60 Abs. 3 i. V. m. § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).
  20. Beschluss über die Auflösung der AOK oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen (§ 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
  21. Durchführung von Informationsveranstaltungen für die Mitglieder des Verwaltungsrates, der Regionalbeiräte und der Widerspruchsausschüsse. Diese Informationsveranstaltungen sollen mindestens alle zwei Jahre stattfinden,
  22. Entgegennahme eines jährlichen Berichtes über die Arbeit der Widerspruchsausschüsse,
  23. Wahrnehmung von Aufgaben in den anderen durch Gesetz oder maßgebendes Recht bestimmten Fällen,
  24. Überwachung eines angemessenen vom Vorstand umzusetzenden Risikomanagements und -controllings.
- (9) Der Verwaltungsrat ist, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen und zwei Drittel der stimmberechtigten Mitglieder, jedoch mehr als die Hälfte aus jeder Gruppe, anwesend sind. Als anwesend gelten auch Mitglieder, die unter Verwendung eines geeigneten von der AOK vorgegebenen Konferenzsystems im Falle einer hybriden Sitzung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung zugeschaltet sind oder an einer digitalen Sitzung durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung teilnehmen.

Bei Beschlussunfähigkeit ist binnen zwei Wochen zu einer erneuten Sitzung einzuladen; der Vorsitzende des Verwaltungsrates kann anordnen, dass auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 vorgesehene Mehrheit nicht anwesend ist; hierauf ist in der Einladung hinzuweisen.

- (10) Beschlüsse werden, soweit durch Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt ist, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Zur Änderung der Satzung bedarf es der Zustimmung von zwei Dritteln der satzungsmäßigen Mitgliederzahl des Verwaltungsrates. Auf Antrag kann geheime Abstimmung beschlossen werden. Stimmenthaltungen und ungültige Stimmen gelten als nicht abgegebene Stimmen. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (11) Über die Sitzungen des Verwaltungsrates werden Niederschriften gefertigt. Näheres bestimmt die Geschäftsordnung.
- (12) Im Einvernehmen der alternierenden Vorsitzenden kann der Verwaltungsrat schriftlich abstimmen über
- a) Änderungen der Satzung und der Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
  - b) Änderungen der Satzung und der Dienstordnung sowie Änderung von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts zur Beseitigung von offenbaren Unrichtigkeiten handelt,
  - c) Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,
  - d) von ihm bestimmte Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen oder besonders eilbedürftig sind. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, stellen die Verwaltungsratsvorsitzenden gemeinsam fest.

Weiter kann der Verwaltungsrat im Einvernehmen der alternierenden Vorsitzenden schriftlich abstimmen, wenn hierfür ein wichtiger Grund vorliegt. Dieser setzt voraus, dass die Durchführung einer Präsenzsitzung des Verwaltungsrates

- tatsächlich unmöglich wäre, weil infolge erheblicher Störungen der Verkehrsinfrastruktur (z. B. aufgrund einer Naturkatastrophe) so viele Mitglieder und stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates an einem Erscheinen am Sitzungsort gehindert sind, dass keine Beschlussfähigkeit des Verwaltungsrates erreicht werden kann,
- rechtlich unzulässig wäre (z. B. wegen eines gesetzlichen Verbotes von Zusammenkünften mehrerer Personen) oder
- mit Gefahren für die Gesundheit der Mitglieder des Verwaltungsrates verbunden wäre (z. B. im Falle einer Epidemie, Pandemie, Naturkatastrophe oder ähnlicher Bedrohungslagen).

Weitere Voraussetzung einer schriftlichen Abstimmung aus wichtigem Grund ist das Bestehen eines Entscheidungsbedarfs, der eine Beschlussfassung vor dem Zeitpunkt, zu dem der wichtige Grund voraussichtlich wegfallen wird, erforderlich erscheinen lässt.

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; die Widerspruchserklärungen müssen spätestens drei Tage nach Zugang der Mitteilung über die schriftliche Abstimmung in Textform im Selbstverwaltungsbüro der AOK eingehen.

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.

(13) Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden (§ 197 Abs. 3 SGB V); sie sind je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammengesetzt. Soweit es sich nicht um Gegenstände der autonomen Rechtsetzung handelt, können die Fachausschüsse auch zur Erledigung einzelner Aufgaben ermächtigt werden (§ 66 SGB IV). Zu den Sitzungen dieser Ausschüsse können sonstige Personen als Sachverständige hinzugezogen werden. Im Übrigen gilt Absatz 6 entsprechend. Die Beschlüsse und Beratungsergebnisse sind dem Verwaltungsrat zuzuleiten. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

(14) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere:

1. Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht verstoßen (§ 38 SGB IV),
2. Ausübung des Wahlrechts der AOK als Arbeitgeberin bei den Sozialversicherungswahlen,
3. Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei der Ergänzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB IV),
4. Benachrichtigung über Änderungen in der Zusammensetzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 3 Satz 1 i. V. m. § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).

### **§ 33**

#### **Vorstand**

- (1) Der Verwaltungsrat wählt einen aus zwei Personen bestehenden Vorstand sowie aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter (§ 35a Abs. 5 Satz 1 SGB IV). Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; Wiederwahl ist möglich (§ 35a Abs. 3 SGB IV).
- (2) Der Vorstand führt hauptamtlich die Geschäfte der AOK (§ 35a Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig (§ 35a Abs. 4 Satz 2 SGB IV). Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien führt jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich (§ 35a Abs. 1 Satz 3 SGB IV). Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand, bei Stimmgleichheit der Vorsitzende (§ 35a Abs. 1 Satz 4 SGB IV).
- (3) Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat zu berichten (§ 32 Abs. 8 Nr. 2)
  1. über die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen des Verwaltungsrates,
  2. über die finanzielle Situation der AOK und ihre voraussichtliche Entwicklung sowie

3. darüber, ob und inwieweit die abgestimmten Strategieziele erreicht wurden.

Außerdem ist den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

- (4) Der Vorsitzende des Vorstandes – im Verhinderungsfall sein Stellvertreter – vertritt die AOK in der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes. Soweit Beschlüsse der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes nicht der Zustimmung des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes bedürfen, hat der Vorstand unverzüglich nach Einberufung der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes die Zustimmung des Organisations-, Finanz- und Grundsatzausschusses des Verwaltungsrates zur Ausübung der Gesellschafterrechte einzuholen. Auf Antrag der einfachen Mehrheit der stimmberechtigten Arbeitgeber- oder Versichertenvertreter im Organisations-, Finanz- und Grundsatzausschuss entscheidet der Verwaltungsrat.

### **§ 34**

#### **Vertretung der AOK**

- (1) Der Vorstand vertritt die AOK unbeschadet der Absätze 2 und 3 gerichtlich und außergerichtlich (§ 35a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).
- (2) Soweit nicht gesetzliche oder satzungsrechtliche Bestimmungen entgegenstehen, kann jedes Mitglied des Vorstandes die AOK vertreten (§ 35a Abs. 1 Satz 2 SGB IV).
- (3) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern (§ 33 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB IV, § 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Das Vertretungsrecht wird durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

### **§ 35**

#### **Regionalbeiräte**

- (1) In jeder Serviceregion wird zur Stärkung des Regionalbezuges der AOK ein Regionalbeirat gebildet. Dieser besteht aus je 9 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.
- (2) Dem Regionalbeirat gehört mit beratender Stimme der/die Leiter/-in der Serviceregion an, im Verhinderungsfall die jeweilige Stellvertretung.

Die Mitglieder des Verwaltungsrates der AOK NordWest, deren Wohn- oder Beschäftigungsort im Bezirk der jeweiligen Serviceregion liegt, sind ebenfalls berechtigt, an den Sitzungen teilzunehmen. Sie sind zu den Sitzungen einzuladen.

- (3) Die Vertreter der Versicherten werden von den im Verwaltungsrat amtierenden Vertretern der Versicherten, die Vertreter der Arbeitgeber von den im Verwaltungsrat amtierenden Vertretern der Arbeitgeber gewählt. Dasselbe gilt für die Stellvertreter.
- (4) Für die Wahl des Vorsitzenden des Regionalbeirates und seines Stellvertreters gilt § 62 SGB IV entsprechend. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz von Jahr zu Jahr jeweils zum 1. April. Die Wahl der Vorsitzenden erfolgt aus den Gruppen.

- (5) Für die Regionalbeiräte bzw. ihre stimmberechtigten Mitglieder gelten die gesetzlichen Vorschriften über die Wählbarkeit als Verwaltungsratsmitglied, über Führung des Ehrenamtes, Amtsdauer, Amtsverlust, Ergänzung, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung entsprechend; für die Stellvertretung verhinderter Mitglieder gilt § 43 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB IV i. V. m. § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV entsprechend.
- (6) Den Regionalbeiräten obliegen insbesondere folgende Aufgaben:
1. Gesundheitspolitische Beratung der Serviceregion, insbesondere Vermittlung von Erfahrungen und Erwartungen aus dem kommunalpolitischen Leben sowie aus Arbeitswelt und Wirtschaft einschließlich Handwerk,
  2. Beratende Mitwirkung bei der Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung in der Region,
  3. Beratung der Ergebnisse der unternehmenspolitischen Jahresbilanz der Serviceregion entsprechend der Gesamtzielabsprache der AOK,
  4. Auswertung der regionalen Krankheitsdaten und Mitwirkung bei der regionalen Gesundheitsberichtserstattung,
  5. Beratende Mitwirkung bei grundsätzlichen Fragen der medizinischen Versorgung in der Region,
  6. Begleitung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsverhütung in der Region,
  7. Beratende Mitwirkung bei der Herstellung von Transparenz der Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Vorschläge zur Beseitigung,
  8. Beratende Mitwirkung bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung gemäß § 20 SGB V,
  9. Zusammenarbeit mit den Beteiligten vor Ort bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen,
  10. Beratende Mitwirkung bei der gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit in der Region, auch zur Unterstützung der Unternehmenspolitik der AOK,
  11. Bestellung der Mitglieder und der stellvertretenden Mitglieder der Widerspruchsausschüsse (§ 36a SGB IV i. V. m. § 27).
- (7) Die Sitzungen der Regionalbeiräte finden nach Bedarf statt; sie sollten dreimal jährlich stattfinden. Der Regionalbeirat wird unverzüglich zu einer Sitzung einberufen, wenn mindestens ein Drittel seiner stimmberechtigten Mitglieder es verlangt. Der Vorsitzende des Regionalbeirates beruft im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden zu den Sitzungen ein.
- (8) Ein Regionalbeirat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen wurden und mehr als die Hälfte jeder Gruppe anwesend ist.
- (9) Näheres über die Führung der Geschäfte der Regionalbeiräte wird in einer Geschäftsordnung geregelt, die vom Verwaltungsrat beschlossen wird und für alle Regionalbeiräte verbindlich ist.

**§ 36****Entschädigung und Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates und der Mitglieder der Regionalbeiräte**

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder der Regionalbeiräte üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.
- (2) Die Entschädigung nach § 41 SGB IV richtet sich nach der als Anhang 1 beigefügten Regelung, die Bestandteil der Satzung ist.
- (3) Die Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates sowie der Mitglieder der Regionalbeiräte richtet sich nach § 42 SGB IV.

**Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel****§ 37****Rücklage**

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

**§ 38****Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung**

- (1) Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließt der Verwaltungsrat (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IV). Zu diesem Zweck bestellt der Verwaltungsrat einen sachverständigen Prüfer (§ 31 SVHV), um die Betriebs- und Rechnungsführung sowie die Jahresrechnung prüfen zu lassen. Die Prüfung erstreckt sich auf den damit zusammenhängenden Geschäftsbetrieb. Sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit.
- (2) Der Vorstand lässt zweimal jährlich die Bestände an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln durch die interne Revision unvermutet prüfen; eine Prüfung im Jahr erstreckt sich auch darauf, ob das Vermögen vorschriftsmäßig angelegt ist und wie die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden (§ 4 SVRV i. V. mit § 7 SRVwV).
- (3) Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung nach Prüfung (§ 38 Abs. 1) und Beratung durch seinen Organisations-, Finanz- und Grundsatzausschuss ab und beschließt die Entlastung des Vorstandes.

**Neunter Abschnitt: Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung und bei Mutterschaft („Ausgleichsverfahren“)****§ 39****Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz**

Das Ausgleichsverfahren nach den §§ 1 bis 11 AAG richtet sich nach den näheren Bestimmungen des Anhangs 2 dieser Satzung.

## Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten

### § 40

#### Bekanntmachungen/Veröffentlichungen

- (1) Die Satzung und sonstiges autonomes Recht mit Ausnahme dienstrechtlicher Regelungen werden im elektronischen Bundesanzeiger und durch Aushang in den Geschäftsräumen der Serviceregionen öffentlich bekannt gemacht. Letzteres gilt auch für dienstrechtliche Regelungen. Ausgehängt wird für mindestens eine Woche.
- (2) Die Jahresrechnungsergebnisse für das Vorjahr werden entsprechend § 305b SGB V zum 30. November des Jahres im elektronischen Bundesanzeiger und auf der eigenen Internetpräsenz (aok.de/nw) veröffentlicht. Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 in den Mitgliederzeitschriften der AOK NordWest veröffentlicht.

### § 41

#### Inkrafttreten

Diese Satzung tritt mit dem Zeitpunkt der Errichtung der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse am 01.10.2010 in Kraft.

---

Die vorstehende Satzung wird gemäß § 195 Abs. 1 i. V. m. § 144 Abs. 3 SGB V genehmigt.

Essen, 26. August 2010  
V B 2 - 3600.1-2 - I

Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen

Im Auftrag

gez. Dr. Schikorski

## Nachträge zu dieser Satzung

Vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen wurden folgende Nachträge zu dieser Satzung genehmigt:

1. Nachtrag vom 01.10.2010 am 12.10.2010
  - betr. Ergänzung des § 10a um eine Übergangsregelung für Tarifwählerinnen und Tarifwähler des AOK-Selbstbehalt-Wahltarifs aus Schleswig-Holstein, in Kraft ab 01.10.2010
  - betr. Ergänzung des § 41 um eine Überleitungsregelung für Regionalbeiräte und Widerspruchsausschüsse in den Regionaldirektionen, in Kraft ab 01.10.2010
2. Nachtrag vom 09.12.2010 am 20.12.2010
  - betr. Änderung des § 15 im Zusammenhang mit der Änderung des § 13 Abs. 2 SGB V im Rahmen des GKV-FinG, in Kraft ab 01.01.2011
3. Nachtrag vom 21.03.2011 am 31.03.2011
  - betr. Änderung der §§ 10f, 10h und 10k im Zusammenhang mit den geänderten Bindungsfristen für Wahltarife durch das GKV-FinG
  - betr. Änderung des § 15 durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sowie die im Rahmen des AMNOG geschaffene Möglichkeit der Kostenerstattung für sog. „Wahl-Arzneimittel“, in Kraft ab 01.01.2011
4. Nachtrag vom 06.10.2011 am 18.10.2011
  - betr. Änderung des § 3 (Aufnahme eines neuen Personenkreises in die Aufzählung der Beitrittsberechtigten)
  - betr. Änderung des § 10 k - Erweiterung um die sog. Pistenrettung
  - betr. Änderung des § 15 - Anpassung an das GKV-FinG
  - betr. Änderung des § 27 zu den Widerspruchsausschüssen
  - betr. Änderung des § 30 - redaktionelle Anpassungen
  - betr. Änderung des § 35 - Änderung im Zusammenhang mit der Geschäftsordnung für Regionalbeiräte, in Kraft ab 06.10.2011
5. Nachtrag vom 14.12.2011 am 29.12.2011
  - betr. Änderungen des § 27 zur Zusammensetzung der Widerspruchsausschüsse, in Kraft ab 14.12.2012
6. Nachtrag vom 29.06.2012 am 24.07.2012
  - betr. Neufassung des § 10 g zum Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, in Kraft ab 29.06.2012
7. Nachtrag vom 12.12.2012 am 19.12.2012
  - betr. Änderung des § 8 (Hinweis auf neue Satzungsleistungen)
  - betr. Einführung der §§ 8a bis 8c (neue Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V)
  - betr. Änderung der §§ 10a, 10b, 10h, 10k, 10l (Wahltarife)
  - betr. Einführung des § 10n (bleibgesund-Bonus-Wahltarif)
  - betr. Änderung des § 17 (redaktionelle Anpassung)
  - betr. Änderung des § 27 zu den Widerspruchsausschüssen, in Kraft ab 01.01.2013
8. Nachtrag vom 04.07.2013 am 12.07.2013
  - betr. Änderungen des § 10d in Abs. 1
  - betr. Änderungen des § 10n in Abs. 5 und Abs. 9

- betr. Änderung des § 15 (redaktionelle Anpassung an einen geänderten Gesetzestext), in Kraft ab 04.07.2013
- betr. Streichung des § 10a, in Kraft ab 01.01.2014
- betr. Streichung des § 10l, in Kraft ab 01.01.2014
- betr. Änderung des § 10n Absatz 7, in Kraft ab 01.01.2014

9. Nachtrag vom 11.12.2013 am 19.12.2013

- betr. Änderung des § 5 Abs. 2 (Anpassung an § 188 SGB V)
- betr. Einfügung der §§ 8d und 8e (neue Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V)
- betr. Änderung der §§ 10f und 10k (im Zusammenhang mit dem SEPA-Verfahren)
- betr. Änderung des § 10n (Bezug auf § 8a Abs. 1 der Satzung) betr. Änderung des § 13 (Streichung des bisherigen Abs. 2)
- betr. Streichung des § 23 (im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung), in Kraft ab 01.01.2014

10. Nachtrag vom 25.03.2014 am 04.04.2014

- betr. Änderung des § 10i, in Kraft ab 01.07.2014

11. Nachtrag vom 02.07.2014 am 10.07.2014

- betr. Streichung des § 10f, in Kraft ab 01.08.2014
- betr. Änderung des § 40 (neuer Absatz 2), in Kraft ab 02.07.2014

12. Nachtrag vom 15.12.2014 am 29.12.2014

- betr. Änderungen des § 10j der Satzung (ergänzt um Regelungen zum Zusatzbeitrag)
- betr. Änderungen des § 10k der Satzung (Leistungserweiterung)
- betr. Einfügung des § 20a (Zusatzbeitrag), in Kraft ab 01.01.2015

13. Nachtrag vom 17.03.2015 am 29.05.2015

- betr. Änderungen des § 10h der Satzung,
- betr. Änderungen des § 32 der Satzung, in Kraft ab 17.03.2015

14. Nachtrag vom 24.06.2015 am 15.07.2015

- betr. Änderungen des § 8d der Satzung, in Kraft ab 24.06.2015
- betr. Änderung des § 10i der Satzung, in Kraft ab 01.01.2016

15. Nachtrag vom 15.12.2015 am 30.12.2015

- betr. Änderungen des § 8 der Satzung (redaktionelle Anpassungen)
- betr. Einfügung des § 8f der Satzung (Ärztliche Zweitmeinung)
- betr. Änderungen des § 9 der Satzung (redaktionelle Anpassungen)
- betr. Änderungen des § 10d der Satzung (Änderungen im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz)
- betr. Änderung des § 10k der Satzung (Aufnahme einer Regelung zum Ausschluss der Kostenerstattung)
- betr. Änderungen des § 10m der Satzung (Änderungen im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz)
- betr. Änderung des § 10n der Satzung (Regelung zur Erweiterung der Wahlmöglichkeiten zur Anpassung von Tarifstufen)
- betr. Änderungen des § 11 der Satzung (Anpassung von Beträgen)
- betr. Änderung des § 20a der Satzung (Zusatzbeitrag)
- betr. Änderung des § 33 der Satzung (Zahl der Vorstandsmitglieder), in Kraft ab 01.01.2016

## 16. Nachtrag vom 13.12.2016 am 22.12.2016

- betr. Änderungen des § 8b der Satzung (Änderungen beim Zuschuss für die professionelle Zahnreinigung)
- betr. Änderungen des § 8c (Osteopathie) der Satzung (Änderungen Anzahl und Höhe der Erstattung und bei den berechtigten Leistungserbringern)
- betr. Redaktionelle Änderungen von 8d (Künstliche Befruchtung), § 8e (Zusätzliche Leistungen für Schwangere), § 9 (Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe) und § 13 (Haushaltshilfe) der Satzung (redaktionelle Anpassungen)
- betr. Änderung des §10 h (Wahltarif Kostenerstattung bei Zahnersatz) der Satzung (Erhöhung des Kostenzuschusses bei Zahnfüllungen und professioneller Zahnreinigung/Verzicht auf Vorlage Bonusheft, Verlängerung der Leistungen bis 31.12.2021), in Kraft ab 01.01.2017

## 17. Nachtrag vom 20.06.2017 am 01.07.2017

- betr. Änderungen des § 8e der Satzung (Zusätzliche Leistungen für Schwangere) in Kraft ab 20.06.2017
- betr. Änderungen des § 10e der Satzung (Wahltarif für die Teilnahme an Integrierten Versorgungsformen) in Kraft ab 01.07.2017
- betr. Änderungen des § 27 der Satzung (Widerspruchsausschüsse/Anpassungen an geänderte Organisation) in Kraft ab 01.01.2018
- betr. Änderungen des § 30 der Satzung (Organisationsstruktur/Anpassungen an geänderte Organisation) in Kraft ab 01.01.2018
- betr. Änderungen des § 35 der Satzung (Regionalbeiräte/Anpassungen an geänderte Organisation) in Kraft ab 01.01.2018
- betr. Änderung des § 40 der Satzung (Bekanntmachungen/Veröffentlichungen) in Kraft ab 01.01.2018
- betr. Änderung des § 41 der Satzung (Inkrafttreten) in Kraft ab 01.01.2018

## 18. Nachtrag vom 15.12.2017 am 28.12.2017

- betr. Änderungen des § 8g der Satzung (Flash Glukose Messsystem) in Kraft ab 01.09.2017
- betr. Änderungen des § 13 der Satzung (Mehrleistungen zur Haushaltshilfe) in Kraft ab 01.01.2018
- betr. Änderungen des § 20a der Satzung (Zusatzbeitrag) in Kraft ab 01.01.2018

## 19. Nachtrag vom 26.06.2018 am 16.08.2018

- betr. Änderungen des § 8g der Satzung (Flash Glukose Messsystem)
- betr. Änderungen bei den Wahlтарifen der §§ 10h (Kostenerstattung bei Zahnersatz), 10k (Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt) und 10n (bleibgesund-Bonus-Wahlтарif) der Satzung,
- betr. Änderung des § 30 der Satzung (Organisationsstruktur), in Kraft ab 26.06.2018

## 20. Nachtrag vom 11.12.2018 am 20.12.2018

- betr. Änderungen des § 3 der Satzung (Mitglieder)
- betr. Änderungen des § 8 (Art und Umfang der Leistungen)
- betr. Änderungen des § 8a (Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)
- betr. Änderungen des § 8b (Professionelle Zahnreinigung)
- betr. Änderungen des § 8c (Osteopathie)
- betr. Änderungen des § 8e (Zusätzliche Leistungen für Schwangere)

- betr. Änderungen des § 9 (Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe)
  - betr. Streichung des § 17 (Empfangsberechtigung)
  - betr. Änderungen des § 20a (Zusatzbeitrag), in Kraft ab 01.01.2019
21. Nachtrag vom 13.08.2019 am 21.08.2019
- betr. Änderungen des § 8c der Satzung (Osteopathie), in Kraft ab 13.08.2019
22. Nachtrag vom 10.12.2019 am 16.12.2019
- betr. Änderungen des § 5 (Beginn und Ende der Mitgliedschaft)
  - betr. Änderungen des § 8c (Osteopathie)
  - betr. Streichung des § 8g (Flash Glukose Messsystem)
  - betr. Änderungen des § 9 (Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe)
  - betr. Streichung des § 10k (Wahltarif Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt)
  - betr. Änderungen des § 11 (Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten)
  - betr. Änderungen des § 15 (Kostenerstattung), in Kraft ab 01.01.2020
  - betr. Streichung des § 10h (Wahltarif Kostenerstattung bei Zahnersatz), in Kraft ab 01.07.2020
23. Nachtrag vom 24.06.2020 am 23.07.2020
- betr. Änderungen des § 32 (Verwaltungsrat), in Kraft ab 01.10.2020
24. Nachtrag vom 16.12.2020 am 16.12.2020
- betr. Änderung des § 20a (Zusatzbeitrag)
  - betr. Änderung des § 37 (Rücklage), in Kraft ab 01.01.2021
25. Nachtrag vom 16.12.2020 am 23.12.2020
- betr. Änderung des § 5 (Beginn und Ende der Mitgliedschaft), in Kraft ab 01.01.2021
  - betr. Änderung des § 8e (Zusätzliche Leistungen für Schwangere)
  - betr. Änderungen des § 10d (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten)
  - betr. Änderungen des § 10i (Krankengeld-Wahltarif)
  - betr. Änderung des § 10n (bleibgesund-Bonus-Wahltarif), in Kraft ab 01.01.2021
  - neu angefügt: Anhang 3 zur Satzung: Ausführungsbestimmungen zu § 10d der Satzung der AOK NordWest, Stand: 01.01.2021
26. Nachtrag vom 18.03.2021 am 06.05.2021
- betr. Änderung des § 8 (Art und Umfang der Leistungen), in Kraft ab 01.01.2021
  - betr. Änderung des § 10d (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten), in Kraft ab 01.01.2021
  - betr. Änderung des § 10e (Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen), in Kraft ab 01.01.2021
  - betr. Änderung des § 10g (Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung), in Kraft ab 01.01.2021
  - betr. Änderung des § 10m (Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung), in Kraft ab 01.01.2021
  - betr. Änderung des § 32 (Verwaltungsrat), in Kraft ab 01.04.2021

## 27. Nachtrag vom 24.06.2021 am 07.07.2021

- betr. Änderungen des § 10d (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten) und Ausführungsbestimmungen, in Kraft ab 01.07.2021
- betr. Änderungen des § 10n (bleibgesund-Bonus-Wahltarif), in Kraft rückwirkend ab 01.01.2021

## 28. Nachtrag vom 16.12.2021 am 16.12.2021

- betr. Änderungen des § 20a (Zusatzbeitrag), in Kraft ab 01.01.2022

## 29. Nachtrag vom 16.12.2021 am 17.12.2021

- betr. Streichung des § 8d (Künstliche Befruchtung), in Kraft ab 01.01.2022
- betr. Änderungen des § 8e (Zusätzliche Leistungen für Schwangere), in Kraft ab 01.01.2022
- betr. Einfügung des § 9a (Leistungen zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz), in Kraft ab 01.07.2021
- betr. Änderungen des § 10i (Krankengeld-Wahltarif), in Kraft ab 01.01.2022
- betr. Änderungen des § 10n (bleibgesund-Bonus-Wahltarif), in Kraft ab 01.01.2022
- betr. Streichung des § 11 (Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten), in Kraft ab 01.01.2022
- betr. Streichung des § 12 (Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter), in Kraft ab 01.01.2022
- betr. Streichung des § 13 (Mehrleistungen zur Haushaltshilfe), in Kraft ab 01.01.2022

Mit dem 29. Nachtrag wurden auch Anhang 1 und Anhang 3 der Satzung geändert, siehe Vermerke am Ende der Anhänge).

## 30. Nachtrag vom 30.06.2022 am 07.07.2022

- betr. Änderung des § 2 (Aufgabenstellung), in Kraft ab 01.07.2022
- betr. Änderungen des § 27 (Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen), in Kraft ab 01.07.2022

## 31. Nachtrag vom 12.12.2022 am 13.12.2022

- betr. Änderung des § 20a (Zusatzbeitrag), in Kraft ab 01.01.2023

## 32. Nachtrag vom 12.12.2022 am 19.12.2022

- betr. Änderung des § 15 (Kostenerstattung), in Kraft ab 01.01.2023

## 33. Nachtrag vom 28.03.2023 am 06.04.2023

- betr. Änderung des § 10j (Wahltarif bei Teilkostenerstattung), in Kraft ab 01.04.2023
- betr. Änderung des § 16 (Teilkostenerstattung), in Kraft ab 01.04.2023
- betr. Änderung des § 19 (Leistungsausschluss), in Kraft ab 01.04.2023
- betr. Änderung des § 32 (Verwaltungsrat) in Kraft ab 01.04.2023

## 34. Nachtrag vom 12.12.2023 am 14.12.2023

- betr. Änderung des § 15 (Kostenerstattung), in Kraft ab 01.01.2024

- betr. Änderung des § 27 (Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen), in Kraft ab 01.01.2024

35. Nachtrag vom 19.03.2024 am 08.04.2024

- betr. Änderung des § 8 (Art und Umfang der Leistungen), in Kraft ab 01.04.2024
- betr. Änderung des § 8a (Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)), in Kraft ab 01.04.2024
- betr. Änderung des § 8b (Erweiterte zahnärztliche Leistungen), in Kraft ab 01.04.2024
- betr. Änderungen des § 8c (Osteopathie), in Kraft ab 01.04.2024
- betr. Änderungen des § 8d (Sportmedizinische Untersuchung und Beratung), in Kraft ab 01.04.2024
- betr. Änderungen des § 8e (Zusätzliche Leistungen für Schwangere), in Kraft ab 01.04.2024
- betr. Streichung des § 8g (Zurzeit nicht besetzt), in Kraft ab 01.04.2024

36. Nachtrag vom 18.06.2024 am 03.07.2024

- betr. Änderung des § 27 Abs. 5 (Sitzungsformate Widerspruchsausschüsse), in Kraft ab 01.06.2024
- betr. Änderung des § 32, hier: Abs. 5, 5a, 5b, 9 und 12 (Sitzungsformate Verwaltungsratssitzungen), in Kraft ab 01.06.2024

37. Nachtrag vom 10.12.2024 am 11.12.2024

- betr. Änderung des § 20a (Zusatzbeitrag), in Kraft ab 01.01.2025

38. Nachtrag vom 10.12.2024 am 11.12.2024

- betr. Änderungen des § 10d (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten), in Kraft ab 01.01.2025
- betr. Änderungen des § 10m (Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung), in Kraft ab 01.01.2025
- betr. Änderung des § 41 (Inkrafttreten), in Kraft ab 01.01.2025

# Anhang 1

## zur Satzung der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse (§ 36 Abs. 2)

Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates und der  
Regionalbeiräte

## § 1

### Ersatz von Reisekosten

Die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die ehrenamtlichen Mitglieder der Regionalbeiräte (Organmitglieder) erhalten, sofern sie in ihrer Eigenschaft als Mitglieder der Organe tätig werden, Reisekostenvergütungen nach den Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes in seiner jeweils gültigen Fassung. Abweichend von Satz 1 können bei Sitzungen der Organe und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten der AOK generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden; die Kosten hierfür dürfen 80 v. H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Abs. 4a des EStG nicht übersteigen.

## § 2

### Verdienstaufschlag

- (1) Den Organmitgliedern wird der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und der den Arbeitnehmeranteil übersteigende Betrag der nach § 163 Abs. 3 i. V. m. § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI von ihnen zu tragenden Rentenversicherungsbeiträge erstattet. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV).
- (2) Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaufschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, so wird der Verdienstaufschlag pauschal in Höhe von 1/3 des in Absatz 1 Satz 2 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ersetzt. Der Verdienstaufschlag wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt. Die letzte angefangene Stunde wird voll angerechnet.

## § 3

### Pauschbetrag für Zeitaufwand

- (1) Die Organmitglieder erhalten 90,00 EUR als Pauschbetrag für Zeitaufwand für jeden Kalendertag einer Sitzung der Organe und ihrer Ausschüsse (Sitzungstag). Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag wird der Pauschbetrag nur einmal gezahlt. Digitale oder hybride Sitzungen gemäß § 64a SGB IV sind Sitzungen im Sinne des § 41 SGB IV. Für die Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung wird ebenso wie für die Teilnahme in physischer Präsenz der Pauschbetrag nach Satz 1 gezahlt.
- (2) Als Sitzungstage gemäß Absatz 1 gelten auch solche Tage, an denen zur Vorbereitung der Tagesordnung für Sitzungen der Organe oder ihrer Ausschüsse im Interesse einer zügigen Abwicklung der Vollsitzungen eine Gruppenvorbesprechung stattfindet.
- (3) Den Pauschbetrag nach Absatz 1 erhalten die Organmitglieder auch für die Teilnahme an Verhandlungen, Besprechungen, Tagungen und Veranstaltungen sowie für sonstige Anlässe, wenn die Teilnahme auf einem besonderen Auftrag des Organs beruht. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.
- (4) Die Vorsitzenden und deren Stellvertreter des
  - Organisations-, Finanz- und Grundsatzausschusses,
  - des Ausschusses Gesundheit und Pflege und
  - des Markt- und Produktausschusses

erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand nach Absatz 1.

#### **§ 4**

##### **Ersatzbarer Auslagen des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates außerhalb der Sitzungen**

- (1) Die baren Auslagen, die dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter für die Tätigkeit außerhalb der Sitzungen des Verwaltungsrates oder seiner Fachausschüsse (§ 3 Absatz 1) sowie außerhalb der Vertretung in besonderem Auftrage im Sinne des § 3 Abs. 3 entstehen, werden mit einem monatlichen Pauschbetrag von je 74,00 EUR abgegolten, zahlbar zu Beginn des Monats. Reisekosten sind keine baren Auslagen im Sinne des Satzes 1.
- (2) Neben dem Auslagenersatz nach Absatz 1 werden dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter auch für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen (Absatz 1) Reisekosten nach Maßgabe der Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes in seiner jeweils gültigen Fassung erstattet.

#### **§ 5**

##### **Pauschbetrag für Zeitaufwand des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates außerhalb der Sitzungen**

Für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen des Verwaltungsrates und seiner Fachausschüsse (§ 3 Abs. 1) sowie außerhalb der Vertretung in besonderem Auftrage im Sinne des § 3 Abs. 3 wird dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter ein monatlicher Pauschbetrag von je 720,00 EUR zu Beginn des Monats gezahlt. Insoweit entfällt die Zahlung des Pauschbetrages nach § 3 Abs. 3.

#### **§ 6**

##### **Kinderbetreuungs- und Pflegekosten**

Organmitgliedern mit Familien- oder Pflegeaufgaben werden auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gemäß § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 BGlG erstattet. § 3 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

Unabwendbare Betreuungskosten liegen vor, wenn

- die Betreuungskosten ohne eine Sitzungsteilnahme nicht entstanden wären,
- die regelmäßig genutzten und vorrangig zu nutzenden Betreuungsmöglichkeiten nicht ausreichen bzw. nicht in Anspruch genommen werden können und
- die Betreuung erforderlich ist und nicht mit geringeren Kosten oder ohne zusätzliche Kosten sichergestellt werden kann. Die Betreuung ist nur dann als erforderlich anzusehen, wenn auch bei einer privat bedingten Abwesenheit für eine Betreuung gesorgt wird oder gesorgt würde. Eine Betreuung ist nicht mit geringeren Kosten oder ohne zusätzliche Kosten sicherzustellen, wenn zumutbare und übliche Alternativen nicht preiswerter sind und auf eine kostenlose Betreuung, beispielsweise durch Angehörige, nicht zurückgegriffen werden kann.

Die Betreuung von Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres ist grundsätzlich als erforderlich anzusehen. Bei älteren Kindern zwischen 14 und 18 Jahre kann eine Betreuung erforderlich sein, wenn sich deren Notwendigkeit aus der Person des Kindes oder den Umständen ergibt. Kinder sind eigene, leibliche, angenommene und in Vollzeitpflege aufgenommene Pflegekinder sowie die im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder des Partners oder der Partnerin.

Betreuungskosten werden als Zuschuss grundsätzlich bis zur Erreichung der folgenden Höchstsätze erstattet:

- pro Stunde in Höhe des gesetzlichen Mindestlohns,
- pro 24 Stunden in Höhe der Summe von 10x Mindestlohn pro Stunde,
- pro Jahr in Höhe des in § 3 Nr. 34a Buchstabe b EStG genannten Betrages.

Die Höhe des Mindestlohnes ergibt sich aus der jeweils gültigen Fassung des Mindestlohngesetzes und der Mindestlohnanpassungsverordnung.

Abweichungen, insbesondere zur Anpassung an das Lohnniveau im Ausland, sind möglich. 24 Stunden sind ab Beginn der Kostenentstehung zu zählen, nicht pro Kalendertag. Werden mehrere Kinder getrennt voneinander betreut, gelten die vorstehenden Sätze für jedes Kind. Werden zwei oder mehr Kinder gemeinsam betreut, erhöht sich der Satz je Stunde auf das Eineinhalbfache des einfachen Stundensatzes und der Satz je 24 Stunden auf das Zehnfache des erhöhten Stundensatzes. Der Jahressatz bleibt unverändert.

Die Erstattung der Betreuungskosten ist davon unabhängig, ob die Betreuung am Wohnort der zu betreuenden Person, bei der Betreuungsperson oder am Ort der Sitzung erfolgt.

Kosten für die Hin- und Rückfahrt der Betreuungspersonen zu oder von der zu betreuenden Person können erstattet werden, wenn die Betreuungsperson die Betreuung kostenlos leistet. Erstattungsfähig sind die Kosten für das preiswerteste zumutbare Verkehrsmittel im Rahmen der vorgenannten Höchstgrenzen.

Erfolgt die Betreuung bei der Betreuungsperson, können Umwegkosten des Organmitglieds und Fahrkosten der zu betreuenden Person unter den gleichen Voraussetzungen erstattet werden.

Sofern die Betreuung am Ort der Sitzung erfolgt, können Übernachtungskosten für die zu betreuende Person (beispielsweise die Kosten für ein Beistellbett für das mitgenommene Kind) sowie Fahrkosten der zu betreuenden Person oder der Betreuungsperson im Rahmen der Höchstgrenzen erstattet werden.

## Nachträge zu Anhang 1 zur Satzung der AOK NordWest

Vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen wurden folgende Nachträge zu Anhang 1 zur Satzung der AOK NordWest genehmigt:

1. Nachtrag vom 12.12.2012 am 19.12.2012
  - betr. Änderung der §§ 3 Abs. 1, 4 Abs. 1 und 5, in Kraft ab 01.01.2013
2. Nachtrag vom 15.12.2015 am 30.12.2015
  - betr. Änderung des § 1, in Kraft ab 01.01.2015 (Bezug zum BRKG)
  - betr. Änderung des § 3, in Kraft ab 01.01.2016 (Anpassung an die aktuelle Sozialpartnerempfehlung)
  - betr. Änderung des § 4, in Kraft ab 01.01.2015 (Bezug zum BRKG)
  - betr. Änderung des § 5, in Kraft ab 01.01.2016 (Anpassung an die aktuelle Sozialpartnerempfehlung)
3. Nachtrag vom 11.12.2018 am 20.12.2018
  - betr. Änderung des § 1 (Anpassung an die aktuelle Sozialpartnerempfehlung)
  - betr. Änderung des § 3 (Anpassung an die aktuelle Sozialpartnerempfehlung)
  - betr. Änderung des § 5 (Anpassung an die aktuelle Sozialpartnerempfehlung)  
alles in Kraft ab 01.01.2019
4. Nachtrag vom 16.12.2021 am 17.12.2021
  - betr. Änderung des § 3 (Anpassung an die aktuelle Sozialpartnerempfehlung)
  - betr. Änderung des § 5 (Anpassung an die aktuelle Sozialpartnerempfehlung)
  - betr. Einfügung des § 6 (Anpassung an die aktuelle Sozialpartnerempfehlung)  
alles in Kraft ab 01.01.2022
5. Nachtrag vom 10.12.2024 am 11.12.2024
  - betr. Änderung des § 3 (Anpassung an die aktuelle Sozialpartnerempfehlung)
  - betr. Änderung des § 5 (Anpassung an die aktuelle Sozialpartnerempfehlung)  
alles in Kraft ab 01.01.2025

## Anhang 2

### zur Satzung der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse (§ 39)

Ausgleich von Arbeitgebereaufwendungen für Entgeltfortzahlung und bei Mutterschaft („Ausgleichsverfahren“)

## Abschnitt A: Maßgebende Rechtsnormen

### § 1

#### Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen

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

## Abschnitt B: Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

### § 2

#### Beteiligte Arbeitgeber

- (1) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen im Sinne des § 3 Abs. 1 AAG beschäftigen. Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die wöchentlich regelmäßig nicht mehr als 10 Stunden zu leisten haben, werden mit 0,25, diejenigen, die nicht mehr als 20 Stunden zu leisten haben, mit 0,5 und diejenigen, die nicht mehr als 30 Stunden zu leisten haben, mit 0,75 angesetzt.
- (2) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen alle Arbeitgeber teil.
- (3) Am Ausgleichsverfahren sind die in § 11 Abs. 2 und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen nicht beteiligt. Dasselbe gilt für die in § 11 Abs. 1 AAG genannten Personen und Einrichtungen, soweit es sich um das Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG handelt.

## Abschnitt C: Erstattungen

### § 3

#### Erstattungsanspruch

- (1) Die AOK erstattet den an dem Ausgleichsverfahren beteiligten Arbeitgebern
  1. 70 v. H. des für den in § 3 und den in § 9 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezahlt Arbeitsentgelts und der nach § 12 Abs. 1 BBiG an Auszubildende fortgezahlt Vergütung (Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit). Dabei werden die Aufwendungen höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.
  2. 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 20 Abs. 1 MuSchG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld und des vom Arbeitgeber nach § 18 MuSchG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelts (Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft), der auf das Arbeitsentgelt entfallenden und vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V, § 172 a SGB VI und nach § 61 SGB XI; anstelle der tatsächlichen Beiträge bzw. Beitragszuschüsse wird eine Pauschale von 20 v. H. des Arbeitsentgelts erstattet.

- (2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der in Absatz 1 Nr. 1 aufgeführte Erstattungssatz auf 80 v. H. erhöht oder auf
- a) 60 v. H. oder
  - b) 50 v. H.

ermäßigt. Die Wahlentscheidung kann zum Ende des Kalenderjahres widerrufen oder geändert werden. § 3 Abs. 1 Nr. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

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

#### **§ 4**

##### **Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber**

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

### **Abschnitt D: Umlagen**

#### **§ 5**

##### **Aufbringung der Mittel**

- (1) Die Mittel zur Durchführung des Ausgleichsverfahrens werden durch Umlagen von den beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.
- (2) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (§ 3 Abs. 1 Nr. 1) beträgt 3,2 v. H., für die Zeit der Erstattungserhöhung (§ 3 Abs. 2) 4,6 v. H., für die Zeit der Erstattungsermäßigung 2,7 v. H. (§ 3 Abs. 2 Buchstabe a)) oder 2,0 v. H. (§ 3 Abs. 2 Buchstabe b)) der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG.
- (3) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Abs. 1 Nr. 2) beträgt 0,44 v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG.
- (4) Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum selben Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig. Sind ausschließlich Umlagen nach Abs. 3 zu zahlen, kann die AOK mit diesen Arbeitgebern abweichende Vereinbarungen über den Nachweis und die Zahlung dieser Umlagen treffen.

## Abschnitt E: Widerspruchsstelle

### § 6

#### Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

- (1) § 27 der Satzung gilt auch für Widersprüche im Rahmen des Ausgleichsverfahrens.
- (2) Bei der Bestimmung des Verwaltungsrates nach § 32 der Satzung und der Regionalbeiräte nach § 35 der Satzung ist bezüglich des Ausgleichsverfahrens § 7 dieses Anhangs entsprechend zu berücksichtigen.
- (3) Die Widerspruchsausschüsse nehmen zugleich Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (OWiG) wahr.

## Abschnitt F: Verwaltungsrat

### § 7

#### Mitwirkung, Vorsitz

- (1) In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.
- (2) Den Vorsitz führt der im Verwaltungsrat als Vorsitzender bzw. stellvertretender Vorsitzender amtierende Vertreter der Arbeitgeber. Für den Fall der Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgeber im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.

## Abschnitt G: Verwaltung der Mittel

### § 8

#### Betriebsmittel

- (1) Die AOK verwaltet die Mittel für das Ausgleichsverfahren als Sondervermögen.
- (2) Es werden getrennte Betriebsmittel gebildet
  1. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung,
  2. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft.

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

### § 9

#### Haushaltsplan

- (1) Der Haushaltsplan wird vom Vorstand aufgestellt.
- (2) Die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt dem Verwaltungsrat.

**§ 10****Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung**

- (1) Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließt der Verwaltungsrat (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IV). Zu diesem Zweck bestellt der Verwaltungsrat einen sachverständigen Prüfer (§ 31 SVHV), um die Betriebs- und Rechnungsführung sowie die Jahresrechnung prüfen zu lassen. Die Prüfung erstreckt sich auf den damit zusammenhängenden Geschäftsbetrieb. Sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit.
- (2) Der Vorstand lässt zweimal jährlich die Bestände an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln durch die interne Revision unvermutet prüfen; eine Prüfung im Jahr erstreckt sich auch darauf, ob das Vermögen vorschriftsmäßig angelegt ist und wie die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden (§ 4 SVRV i. V. mit § 7 SRVwV).
- (3) Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung nach Prüfung (§ 10 Abs. 1) und Beratung durch seinen Organisations-, Finanz- und Grundsatzausschuss ab und beschließt die Entlastung des Vorstandes.

---

**Nachträge zu Anhang 2 zur Satzung der AOK NordWest**

Vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen wurden folgende Nachträge zu Anhang 2 zur Satzung der AOK NordWest genehmigt:

1. Nachtrag vom 14.12.2011 am 29.12.2011
  - betr. Änderung des § 5 Abs. 2 und 3, in Kraft ab 01.01.2012
2. Nachtrag vom 12.12.2012 am 19.12.2012
  - betr. Änderung des § 3 Abs. 2 b, in Kraft ab 01.01.2013
3. Nachtrag vom 11.12.2013 am 19.12.2013
  - betr. Änderung des § 5 Abs. 3, in Kraft ab 01.01.2014
4. Nachtrag vom 15.12.2015 am 30.12.2015
  - betr. Änderung des § 5 Abs. 3, in Kraft ab 01.01.2016
5. Nachtrag vom 13.12.2016 am 22.12.2016
  - betr. Änderung des § 5 Abs. 2, in Kraft ab 01.01.2017
6. Nachtrag vom 11.12.2018 am 20.12.2018
  - betr. Änderungen des § 2 Abs. 1,
  - betr. Änderungen des § 3 Abs. 1,
  - betr. Änderungen des § 3 Abs. 3, in Kraft ab 01.01.2019
7. Nachtrag vom 10.12.2019 am 17.12.2019
  - betr. Änderungen des § 5 Abs. 2, in Kraft ab 01.01.2020
8. Nachtrag vom 16.12.2020 am 16.12.2020

- betr. Änderung des § 5 Abs. 3, in Kraft ab 01.01.2021
9. Nachtrag vom 30.06.2022 am 01.07.2022
- betr. Änderung des § 5 Abs. 2, in Kraft ab 01.08.2022
10. Nachtrag vom 12.12.2022 am 13.12.2022
- betr. Änderung des § 5 Abs. 2, in Kraft ab 01.01.2023
11. Nachtrag vom 20.06.2023 am 21.06.2023
- betr. Änderung des § 5 Abs. 2, in Kraft ab 01.07.2023
12. Nachtrag vom 12.12.2023 am 13.12.2023
- betr. Änderung des § 5 Abs. 3, in Kraft ab 01.01.2024
13. Nachtrag vom 10.12.2024 am 11.12.2024
- betr. Änderung des § 5 Abs. 2, in Kraft ab 01.01.2025
  - betr. Änderung des § 5 Abs. 3, in Kraft ab 01.01.2025

# Anhang 3 zur Satzung der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse

## Ausführungsbestimmungen zu § 10d der Satzung der AOK NordWest Stand: 01.01.2025

### Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V

Prävention und Gesundheitsförderung sind wirksame Strategien, um der Entstehung von Krankheiten vorzubeugen. Ziel ist es, die Gesundheit zu erhalten und damit Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Die AOK NordWest (AOK) bietet für ihre Versicherten ein Bonusprogramm an, das geknüpft ist an die regelmäßige Inanspruchnahme der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten, der Leistungsangebote der Krankenkasse zur primären Prävention sowie an nachweislich wirkungsvolle Maßnahmen zur Prävention (Schwerpunkt Bewegung, Ernährung, Nichtrauchen). Voraussetzung dafür ist, dass es sich um qualitätsgesicherte Maßnahmen handelt. In den vorliegenden Ausführungsbestimmungen wird das AOK-Bonusprogramm beschrieben.

#### 1. Teilnahme

Alle Versicherten der AOK sind berechtigt, die Leistungen des § 10d der Satzung in Anspruch zu nehmen. Zur organisatorischen Abwicklung des Bonusprogramms sollen Versicherte eine Erklärung zur Teilnahme abgeben. Diese hat lediglich deklaratorischen Charakter. Auswirkungen auf die Leistungsansprüche ergeben sich bei ausbleibender Erklärung nicht. Ansprüche ergeben sich allein aus § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V sowie der Satzung.

Die Teilnahme-Erklärung erfolgt unter Verwendung der dafür bereitgestellten technischen Applikationen bzw. direkt in der Online-Geschäftsstelle "Meine AOK" oder schriftlich durch Verwendung der entsprechenden Teilnahme-Formulare. Für Versicherte, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, geben die gesetzlichen Vertreter die Teilnahme-Erklärung ab. Bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres ist eine Teilnahme am AOK-Bonusprogramm nicht in der digitalen Variante möglich.

Die AOK informiert die teilnehmenden Versicherten über die Teilnahme-Bedingungen und die Bonuserlangung, die Beendigung der Teilnahme und die maßgeblichen Datenschutzbestimmungen.

Die Teilnahme beginnt mit Eingang der Teilnahme-Erklärung bei der AOK. Als Bonusjahr gilt jeweils das Kalenderjahr.

#### 2. Bonus

##### 2.1 Bonuszahlung

Der Bonus wird als Geldprämie gezahlt. Die Auszahlung des Bonus ist ab der ersten Maßnahme möglich. Versicherte Personen sammeln jeweils für sich selbst; eine Übertragung von Guthaben, auch auf Familienmitglieder, ist nicht möglich.

Die Auszahlung des Bonus erfolgt auf Antrag, sobald die Voraussetzungen erfüllt sind.

Ein Bonus auf der Grundlage des § 65a Abs. 1a SGB V wird nicht ausgezahlt, solange der Versicherte Beitragsschuldner ist und ein Leistungsruhen nach § 16 Abs. 3a SGB V besteht.

Gegen Ansprüche aus dem AOK-Bonusprogramm kann die AOK gemäß § 51 SGB I mit ihren Forderungen gegenüber den Versicherten aufrechnen.

Ansprüche aus diesem Bonusprogramm verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind (§ 45 SGB I). Boni können daher nicht mehr eingelöst werden, wenn nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die jeweiligen Boni erworben wurden, vier Jahre vergangen sind.

## 2.2 Nachweise

Zur Erfassung und zum Nachweis der bonifizierbaren Maßnahmen stellt die AOK ihren Versicherten ein entsprechendes Nachweisformular zur Verfügung.

Zur Übermittlung von Nachweisen können teilnehmende Versicherte die von ihnen präferierten Kontaktkanäle wählen und nutzen. Sofern Belege für Maßnahmen elektronisch eingesendet oder hochgeladen werden, sind die teilnehmenden Versicherten verpflichtet, die Originale mindestens zwölf Monate zu Prüfzwecken aufzubewahren.

Die Nachweise zur Bonifizierung von Maßnahmen sollen zeitnah, möglichst bis zum 31. März des Folgejahres, bei der AOK eingereicht werden.

Für die Ausstellung von Nachweisen durch Leistungserbringende, Kursleitende, Arbeitgeber etc. übernimmt die AOK keine Kosten.

## 3. Maßnahmen

Durch verschiedene Grundsätze (z. B. ZPP-Zertifizierung, Qualifikation der Gesundheitsexperten, Leitfaden Prävention) wird sichergestellt, dass über das AOK-Bonusprogramm nur Angebote prämiert werden, deren Qualität ausreichend geprüft wurde.

Die folgenden Maßnahmen werden wie dargestellt bonifiziert.

### A Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 SGB V

Maßnahmen	Bonusbetrag
Check-Up ab 18 Jahre (einmalig)	10 EUR
Check-Up ab 35 Jahre (alle 3 Jahre)	10 EUR
Früherkennungsuntersuchungen bei Frauen (u. a. Gebärmutterhalskrebs) ab 20 Jahre (Frauen, jährlich)	10 EUR
Früherkennung Hautkrebs ab 35 Jahre (alle 2 Jahre)	10 EUR
Früherkennung Prostata und äußeres Genital ab 45 Jahre (Männer, jährlich)	10 EUR
Mammographie-Screening 50–75 Jahre (Frauen, alle 2 Jahre)	10 EUR
Darmkrebs-Screening 50–54 Jahre (Frauen, jährlicher Stuhltest)	10 EUR

Maßnahmen	Bonusbetrag
Darmkrebs-Screening 50–54 Jahre (Männer, jährlicher Stuhltest oder 2 Darmspiegelungen im Abstand von mindestens 10 Jahren)	10 EUR
Darmkrebs-Screening ab 55 Jahre (alle 2 Jahre Stuhltest oder 2 Darmspiegelungen im Abstand von mindestens 10 Jahren)	10 EUR
Früherkennung Bauchaortenaneurysmen ab 65 Jahre (Männer, einmalig)	10 EUR
Schutzimpfung	10 EUR
U1 bis U6	50 EUR
U7	10 EUR
U7a	10 EUR
U8	10 EUR
U9	10 EUR
J1	10 EUR
Erweitertes Neugeborenen-Screening	10 EUR
Neugeborenen-Hörscreening	10 EUR
Pulsoxymetrie-Screening	10 EUR
Screening auf Mukoviszidose	10 EUR
Screening auf Hüftgelenkdysplasie und -luxation	10 EUR
Kinderzahnärztliche Untersuchung 6.–9. Lebensmonat (einmalig)	10 EUR
Kinderzahnärztliche Untersuchung 10.–20. Lebensmonat (einmalig)	10 EUR
Kinderzahnärztliche Untersuchung 21.–33. Lebensmonat (einmalig)	10 EUR
3 kinderzahnärztliche Untersuchungen 34. Lebensmonat bis Vollendung 6. Lebensjahr (Abstand mindestens 12 Monate)	10 EUR

### B Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V

Maßnahmen	Bonusbetrag
Hautkrebsvorsorge, CheckUp, Darmkrebsvorsorge (aufgrund eines Vertrages nach § 73b, § 140a SGB V oder IGeL)	10 EUR
Zahnvorsorge ab 18 Jahre	10 EUR
Professionelle Zahnreinigung	10 EUR
Zahnversiegelung	10 EUR
Schwangerschaftsvorsorge	30 EUR
Geburtsvorbereitungskurs	10 EUR

Maßnahmen	Bonusbetrag
Rückbildungsgymnastikkurs	10 EUR
Chlamydien-Screening	10 EUR
Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung	10 EUR
Sport-AG	10 EUR
Prävention – qualitätsgesicherter Gesundheitskurs	10 EUR
aktive Mitgliedschaft im Sportverein	10 EUR
aktive Mitgliedschaft im Fitness-Studio mit qualitätsgesichertem Training	50 EUR
Hochschul- oder Betriebssport	10 EUR
digitale Sportangebote	10 EUR
Leistungsabzeichen (z. B. Sportabzeichen, Wandern, Schwimmen)	10 EUR
Organisierte Sportveranstaltung (z. B. Laufen, Schwimmen, Triathlon)	10 EUR
Individuelle Beratung durch AOK-Gesundheitsexperten	10 EUR
Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP – Curaplan)	10 EUR
Teilnahme an BGM-Maßnahme	10 EUR
BMI im Normbereich	10 EUR
Blutzucker im Normbereich	10 EUR
Cholesterin im Normbereich	10 EUR
Blutdruck im Normbereich	10 EUR
Kinderzahnärztliche Untersuchung nach § 22 SGB V 6 – 18 Jahre (jährlich)	10 EUR
U10	10 EUR
U11	10 EUR
J2	10 EUR

Die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Leistungen orientieren sich an den §§ 25, 25a, 26 SGB V sowie 20i SGB V und sind außerdem nachfolgend beschrieben.

Die unter „B – Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V“ aufgeführten Maßnahmen können im Regelfall höchstens einmal pro Kalenderjahr berücksichtigt werden. Maßgeblich ist das Kalenderjahr, in welchem die Maßnahme durchgeführt wird. Abweichungen von der Anzahl der Bonifizierung sowie die Voraussetzungen für die Bonifizierung ergeben sich aus den nachstehenden Erläuterungen.

### 3.1 Gesundheitsuntersuchung Check-up

Versicherte haben nach § 25 Abs. 1 SGB V im Alter zwischen 18 und 34 Jahren Anspruch auf Durchführung einer einmaligen Gesundheitsuntersuchung. Ab einem Alter von 35 Jahren besteht Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung im Rhythmus von drei Jahren (Check-up 35).

Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der Vertragsärztin/des Vertragsarztes.

### **3.2 Krebsfrüherkennung**

Alters- oder geschlechtsspezifische Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung gemäß §§ 25, 25a SGB V werden als Maßnahme bonifiziert. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der Vertragsärztin/des Vertragsarztes.

### **3.3 Schutzimpfungen**

Bonifiziert werden Schutzimpfungen gemäß § 20i SGB V sowie Impfungen nach § 9 der Satzung. Sind für eine vollständige Immunisierung mehrere Impfungen erforderlich, so kann der Bonus nur einmalig gewährt werden.

Mehrfachimpfungen, die in einer Behandlung verabreicht werden (z. B. Tetanus-Diphtherie-Impfung), zählen als eine Impfung.

Eine Impfung kann mehrere Arztbesuche umfassen, falls diese zum Aufbau einer vollständigen Immunisierung notwendig ist. Der Bonus wird für das Kalenderjahr angerechnet, in dem die vollständige Immunisierung abgeschlossen wurde, also für das Kalenderjahr des letzten Arztbesuchs.

Pro Kalenderjahr können für Impfungen höchstens 10 EUR erreicht werden. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der Vertragsärztin/des Vertragsarztes oder durch eine Kopie des Impfausweises.

### **3.4 Kinder- und Jugendvorsorge**

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sollen Auffälligkeiten und Symptome von Kindern frühzeitig erkennen und deutbar machen und für mehr Sicherheit sorgen. Die Vorsorgeuntersuchungen beginnen unmittelbar nach der Geburt und reichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (U1 bis J2). Die Inanspruchnahme dieser Vorsorgeuntersuchungen wird bonifiziert.

Der Bonus für die Vorsorgeuntersuchungen U1–U6 wird nur gezahlt, wenn alle Vorsorgeuntersuchungen vollständig durchgeführt wurden. Beim Wechsel der Krankenkasse werden bereits durch die Vorkasse gewährte Bonuszahlungen in voller Höhe angerechnet.

Der Nachweis erfolgt durch eine Kopie des Kinder- und Jugenduntersuchungsheftes oder durch eine Bestätigung der Vertragsärztin/des Vertragsarztes.

### **3.5 Spezielle Früherkennungsuntersuchungen für Kinder**

Jede Inanspruchnahme einer speziellen Früherkennungsuntersuchung wird bonifiziert (Pulsoxymetrie-Screening, Erweitertes Neugeborenen-Screening, Screening auf Mukoviszidose, Neugeborenen-Hörscreening, Screening auf Hüftgelenkdysplasie und -luxation). Der Nachweis erfolgt durch eine Kopie des Kinderuntersuchungsheftes oder durch eine Bestätigung der Vertragsärztin/des Vertragsarztes.

### **3.6 Zusätzliche Maßnahmen (Zusatzleistung) aufgrund eines Vertrages nach § 73b, § 140a SGB V oder IGeL**

Hat die AOK Versorgungsverträge zu zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen geschlossen, die z. B. die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Altersgrenzen oder Untersuchungsintervalle vorziehen, so kann die Teilnahme an einer entsprechenden Vorsorgeuntersuchung bonifiziert werden (z. B. Hautkrebsvorsorge ab dem 20. Lebensjahr). Dies gilt entsprechend für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die Versicherte selbst finanzieren (z. B. Verkürzung Intervall bei Gesundheitsuntersuchungen). Die Bonifizierung erfolgt einmal jährlich. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der Vertragsärztin/des Vertragsarztes oder durch Vorlage einer entsprechenden Rechnung.

### **3.7 Zahnvorsorge**

Die nachgewiesene Zahnvorsorge nach den §§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V in einer vertragszahnärztlichen Praxis wird je Teilnehmenden einmal jährlich bonifiziert. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der Vertragszahnärztin/des Vertragszahnarztes.

### **3.8 Zahnreinigung (PZR)**

Eine professionelle Zahnreinigung in einer vertragszahnärztlichen Praxis wird je Teilnehmenden einmal jährlich bonifiziert. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der Vertragszahnärztin/des Vertragszahnarztes oder durch Vorlage einer entsprechenden Rechnung.

### **3.9 Zahnversiegelung**

Versicherte Personen können ab Vollendung des 6. Lebensjahres für die Fissurenversiegelung einen Bonus erhalten. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der Vertragszahnärztin/des Vertragszahnarztes oder durch Vorlage einer entsprechenden Rechnung.

### **3.10 Schwangerschaftsvorsorge**

Die Schwangerschaft ist für Mutter und Kind eine Zeit der ständigen Entwicklung und Veränderung. Sinn der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen ist es, diese Entwicklung zu beobachten und im Mutterpass zu dokumentieren. So besteht eine gute Chance, Risiken frühzeitig zu erkennen und zu handeln, falls es nötig wird.

Zu den regulären Vorsorgeuntersuchungen gehören ausschließlich jene Untersuchungen, die im Mutterpass aufgeführt und laut Mutterschafts-Richtlinien vorgeschrieben sind. Werden alle regulären Vorsorgeuntersuchungen vollständig wahrgenommen, wird dafür je Schwangerschaft der Bonus gutgeschrieben. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der Vertragsärztin/des Vertragsarztes oder durch Vorlage des Mutterpasses.

### **3.11 Geburtsvorbereitungs- und/oder Rückbildungsgymnastikkurs**

Versicherte, die an einem Geburtsvorbereitungs- und/oder Rückbildungsgymnastikkurs teilgenommen haben, der durch eine Hebamme durchgeführt wurde, erhalten je Kurs einen Bonus. Je Schwangerschaft kann die Teilnahme an je einem Kurs bonifiziert werden. Wird der Kurs über den Jahreswechsel durchgeführt, gilt eine Anrechnung für das

Jahr, in welchem der Kurs abgeschlossen wird. Der Nachweis erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung der Kursleiterin/des Kursleiters.

### **3.12 Chlamydien-Screening**

Versicherte Frauen bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr haben einmal jährlich Anspruch auf ein Chlamydien-Screening. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der Vertragsärztin/des Vertragsarztes.

### **3.13 Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung**

Versicherte Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres können für die Durchführung einer sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung einen Bonus erhalten. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der Vertragsärztin/des Vertragsarztes oder durch Vorlage einer entsprechenden Rechnung.

### **3.14 Sport-AG**

Die AOK fördert das regelmäßige sportliche Engagement von Schülerinnen und Schülern. Diese erhalten einmal jährlich einen Bonus, wenn sie außerhalb des Regelunterrichts an Sport-AGs teilnehmen. Als Nachweis können das Zeugnis oder die Teilnahme-Urkunde genutzt werden.

### **3.15 Prävention – qualitätsgesicherter Gesundheitskurs**

Die AOK bietet ihren Versicherten von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifizierte Gesundheitskurse an, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist. Hierzu zählen auch zertifizierte Präventionskurse, die online durchgeführt werden. Eine Übersicht über die aktuellen Kursangebote kann unter [aok.de](http://aok.de) eingesehen werden.

Bonifiziert werden AOK-eigene Kurse oder Kooperationskurse, deren Kosten zu 100% oder anteilig von der AOK übernommen werden. Eine Teilnahme gilt als vollständig, wenn der Versicherte an mehr als  $\frac{3}{4}$  der angesetzten Termine mitgewirkt hat. Eine Bestätigung erfolgt durch den Kursleiter/die Kursleiterin. Wird die Maßnahme über den Jahreswechsel durchgeführt, gilt eine Anrechnung für das Jahr, in welchem der Kurs abgeschlossen wird.

Anstelle der AOK-Kurse können inhaltlich entsprechend qualitätsgesicherte Gesundheitskurse bonifiziert werden. Hierunter fallen solche Gesundheitskurse, die in denselben Handlungsfeldern durch Übungsleitende oder inhaltlich entsprechend qualifizierte Trainerinnen und Trainer durchgeführt werden (z. B. Sportangebote der Volkshochschulen). Pro Kalenderjahr können 2 Kurse bonifiziert werden. Wird die Maßnahme über den Jahreswechsel durchgeführt, gilt eine Anrechnung für das Jahr, in welchem der Kurs abgeschlossen wird.

Insgesamt dürfen im Rahmen dieser Maßnahme maximal zwei Kurse je Teilnehmenden bonifiziert werden.

### **3.16 Sportverein**

Für eine regelmäßige und aktive Mitgliedschaft in einem Verein einer Mitgliedsorganisation des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) kann je Teilnehmenden am Bonusprogramm jährlich ein Bonus gutgeschrieben werden. Dafür ist eine Bestätigung des Vereins über eine aktive Mitgliedschaft erforderlich.

Eine regelmäßige, aktive Mitgliedschaft im Sinne dieses Bonusprogramms liegt dann vor, wenn Versicherte mindestens zweimal pro Monat einer sportlichen Aktivität nachgehen.

### **3.17 Fitness-Studio**

Teilnehmende Versicherte ab Vollendung des 15. Lebensjahres, die sich regelmäßig sportlich in einem qualifizierten Fitness-Studio betätigen und einen Nachweis darüber erbringen, erhalten dafür einmal jährlich einen Bonus.

Eine aktive Mitgliedschaft im Fitness-Studio mit qualitätsgesichertem Training liegt vor, wenn mindestens 2 Trainingseinheiten im Monat durchgeführt wurden und das Fitness-Studio nach DIN 33961 oder DIN EN 17229 zertifiziert ist oder eine qualifizierte Trainingsbetreuung (Betreuung durch lizenzierte/diplomierte Trainer mit mindestens C-Lizenz) an TÜV-geprüften Trainingsgeräten durchgeführt wird. Der Nachweis wird durch eine schriftliche Bestätigung des Fitness-Studios erbracht.

### **3.18 Hochschul- oder Betriebssport**

Die regelmäßige Teilnahme (grundsätzlich 2 Trainingseinheiten pro Monat) am Hochschul- oder Betriebssport wird durch die Trainerin/den Trainer bescheinigt.

### **3.19 Digitale Prävention und Gesundheitsförderung**

Hierunter fallen Angebote der digitalen Prävention und Gesundheitsförderung, die den Anforderungen des Abschnitts „Digitale Prävention und Gesundheitsförderung“ des Leitfadens Prävention entsprechen. Entsprechende Angebote werden für Versicherte ab Vollendung des 15. Lebensjahres bonifiziert, wenn über einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Monaten wenigstens 80 % der vordefinierten Ziele in einem bestimmten Zeitraum absolviert werden. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn der für 12 Wochen vorgegebene Trainingsplan in mindestens 10 Wochen eingehalten wurde. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der entsprechenden Teilnahme-Bestätigung des Anbieters. Pro Kalenderjahr können 2 Kurse bonifiziert werden. Wird die Maßnahme über den Jahreswechsel durchgeführt, gilt eine Anrechnung für das Jahr, in welchem der Kurs abgeschlossen wird.

### **3.20 Leistungsabzeichen**

Der Nachweis eines Sportabzeichens in Form eines Leistungsabzeichens einer Mitgliedsorganisation des Deutschen Olympischen Sportbundes (z. B. des DLV, DSV, BDR oder der DLRG) wird je Teilnehmenden am Bonusprogramm einmal jährlich bonifiziert. Die Bonifizierung ist nur für 1 Sportabzeichen pro Kalenderjahr möglich. Der Erwerb eines solchen Abzeichens lässt auf regelmäßiges Training bzw. längere Vorbereitung schließen. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der Urkunde.

Gleichfalls können Teilnehmer/Teilnehmerinnen ab 15 Jahren alternativ einen zertifizierten Fitnesstest absolvieren. Die erfolgreiche Teilnahme ist durch den/die zuständigen Trainer/Trainerin/Verein/das Fitness-Studio zu bestätigen. Als zertifizierter Fitnesstest wird akzeptiert:

- 2-km-Walkingtest
- PWC-Fitnesstest (Fahrradergometer-Test)
- IPN-Fitnesstest (Fahrradergometer-Test)

### **3.21 Organisierte Sportveranstaltung**

Versicherte, die erfolgreich an mindestens zwei organisierten Sportveranstaltungen im Bonusjahr teilgenommen haben und dies durch die Teilnahme-Urkunden nachweisen, erhalten einen Bonus. Anerkannt werden öffentliche Sportveranstaltungen, die durch Sportvereine, Landessportbünde oder Krankenkassen organisiert werden (z. B. AOK-Firmenlauf, Brustkrebslauf etc.). Dabei muss es sich ausschließlich um Breitensportangebote handeln. Dies sind insbesondere sportliche Aktivitäten, die der körperlichen Fitness, dem Ausgleich von Bewegungsmangel und dem Spaß am Sport dienen und nicht wettkampf- oder leistungs-sportorientiert sind. Die Teilnahme wird einmal im Kalenderjahr bonifiziert.

### **3.22 Individuelle Beratung durch AOK-Gesundheitsexperten**

Durch die zunehmende Präsenz von Gesundheitsthemen in der Öffentlichkeit entsteht auch oftmals eine damit einhergehende Unsicherheit bei den Versicherten. Dadurch entstehen vermehrt Fragen zu Ernährung, Bewegung, Nichtrauchen usw.

Unsere Gesundheitsexperten aus den Bereichen Ökotrophologie, Sportwissenschaften, Psychologie, Medizin etc. haben persönlich, telefonisch und online Antworten auf diese Fragen. Neben jeder Menge weiterer Tipps für mehr individuelle Gesundheit, erstellen sie mit den Versicherten ein Gesundheitsziel und halten dieses zusammen mit den Versicherten in Folgeberatungen nach. Nach dem Erreichen des definierten Gesundheitszieles/-zustandes wird dies bonifiziert. Eine Bestätigung erfolgt durch die AOK-Gesundheitsexpertin/den AOK-Gesundheitsexperten oder ein Abschluss-Zertifikat. Eine Bonifizierung erfolgt insgesamt einmal je Kalenderjahr.

### **3.23 Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP – Curaplan)**

Intensive Betreuung bei chronischen Krankheiten: Das leisten die Behandlungsprogramme der AOK. Koordinierte ärztliche Betreuung und gesundheitsbewusstes Verhalten können den Krankheitsablauf positiv beeinflussen. Deshalb erhalten alle Teilnehmer, die in strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V (Disease-Management-Programme – DMP – AOK-Curaplan) eingeschrieben sind, einmal jährlich einen Bonus, wenn sie die erforderlichen Untersuchungen und behandlungsbegleitenden Maßnahmen wahrgenommen haben. Die Bestätigung findet durch den Leistungserbringenden statt.

### **3.24 Teilnahme an BGM-Maßnahmen**

Versicherte, die an einer Maßnahme des betrieblichen Gesundheitsmanagements teilnehmen, erhalten einen Bonus. Die Teilnahme wird durch eine schriftliche Bestätigung des Leistungserbringenden oder des Arbeitgebers nachgewiesen. Eine Bonifizierung erfolgt nicht für Maßnahmen, die bereits nach § 10m der Satzung bonifiziert werden. Voraussetzung ist, dass die Maßnahme im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch den Betrieb veranlasst wurde. Eine Bonifizierung ist für 2 Maßnahmen pro Kalenderjahr möglich.

### **3.25 Normbereich BMI, Blutzucker, Cholesterin, Blutdruck**

Versicherte Personen, deren Body-Mass-Index sich durch gesundheitsbewusstes Verhalten von außerhalb des Normbereichs in den Normbereich entwickelt hat und über einen Zeitraum von mindestens 12 Wochen im Normbereich verblieben ist oder sich durch gesundheitsbewusstes Verhalten um mindestens 10 % des Ausgangsgewichts

dem Normwert angenähert hat und dieses Gewicht für mindestens 12 Wochen gehalten haben, können einen Bonus erhalten. Nach WHO liegt der Normbereich beim BMI zwischen 18,5 und 24,9.

Versicherte Personen, können einen Bonus für die Einhaltung der Normwerte Blutzucker (Nüchternblutglukosewert nach WHO bis 5,6 mmol/l), Cholesterin (Gesamtcholesterin unter 200 mg/dl), Blutdruck (unter 120/80 mmHg nach WHO) erhalten, wenn sich diese durch gesundheitsbewusstes Verhalten von außerhalb des Normbereichs in den Normbereich entwickelt haben und durch mindestens 2 aufeinanderfolgende Messungen im Abstand von jeweils mindestens 4 Wochen dort gehalten wurden.

Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten oder Apotheken.

#### **4. Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen**

Sollten gesetzliche, aufsichtsbehördliche oder gerichtliche Maßnahmen der Durchführung des AOK-Bonusprogramms die Grundlage entziehen, kann die AOK das Programm mit sofortiger Wirkung beenden. Der Anspruch auf die weitere Teilnahme an dem Programm erlischt in diesem Fall ebenfalls mit sofortiger Wirkung.

Sollte es zu einer Änderung kommen, wird diese auf der Internetseite [aok.de](http://aok.de) bekannt gegeben.

#### **5. Beendigung der Teilnahme**

Die Teilnahme am AOK-Bonusprogramm kann vom Versicherten jederzeit beendet werden. Bei Versicherten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist auf der Mitteilung die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich. Die AOK bestätigt den Teilnehmern schriftlich die Beendigung der Teilnahme am AOK-Bonusprogramm.

Sind die Bedingungen für eine Gewährung des Bonus erfüllt, kann dieser zeitgleich mit der Beendigung beantragt und ausgezahlt werden.

Ab Vollendung des 15. Lebensjahres können mitversicherte Kinder eigenständig am AOK-Bonusprogramm teilnehmen.

Hat ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin innerhalb von zwei Jahren keine Maßnahmen zur Gutschrift oder Gewährung des Bonus eingereicht, kann die AOK die Teilnahme dieses Teilnehmers beenden. Bereits erworbene Ansprüche bleiben bis zum Eintritt der Verjährung bestehen und eine erneute Teilnahme ist jederzeit möglich.

#### **Ende der Versicherung bei der AOK**

Endet bei der AOK die Versicherung, endet auch automatisch die Teilnahme am AOK-Bonusprogramm mit dem letzten Tag der Versicherung. Wird eine lückenlose Folgeversicherung bei der AOK abgeschlossen, die der AOK erst später bekannt wird (z. B. Neuanmeldung bei Arbeitgeberwechsel oder Aufnahme einer eigenen Mitgliedschaft), lebt die Teilnahme am AOK-Bonusprogramm ebenfalls rückwirkend wieder auf.

Sind die Bedingungen für eine Gewährung des Bonus erfüllt, kann dieser zeitgleich mit der Beendigung der Versicherung bei der AOK beantragt und ausgezahlt werden.

## 6. Missbräuchliche Nutzung

Im Fall eines begründeten Verdachts auf missbräuchliche Nutzung, z. B. der „Meine AOK“-App, insbesondere durch Manipulation technischer Schnittstellen, aufgrund falscher Angaben oder sonstiger Verstöße, sind die Teilnehmenden anzuhören und ist die Leistung bzw. Auszahlung gegebenenfalls zurückzufordern.

## 7. "Meine AOK" Online-Geschäftsstelle (OGS) und Smartphone-Apps (Android & iOS)

Teilnehmende Versicherte haben die Möglichkeit, das Bonusprogramm bzw. ihr Bonuskonto mit Hilfe der dafür bereitgestellten technischen Applikationen, bzw. direkt auf der Onlineplattform der "Meine AOK" selbst zu verwalten – von der Teilnahme-Erklärung über das Einreichen von Nachweisen bis hin zur Auszahlung der Geldprämie. Die Applikationen stehen sowohl im Google Play Store als auch im Apple App Store zum Download zur Verfügung. Voraussetzung für die Nutzung der Applikationen ist die vorherige, vollständig abgeschlossene Anmeldung in der Online-Geschäftsstelle der "Meine AOK". Das ist allen Versicherten ab Vollendung des 15. Lebensjahres möglich.

## 8. Inkrafttreten

Die Ausführungsbestimmungen treten am 01.01.2025 in Kraft.

---

Die Ursprungsfassung dieser Ausführungsbestimmungen ist am 01.01.2021 in Kraft getreten. Seitdem gab es folgende Nachträge:

1. Nachtrag vom 24.06.2021 am 07.07.2021, in Kraft ab 01.07.2021
2. Nachtrag vom 16.12.2021 am 17.12.2021, in Kraft ab 01.01.2022
3. Nachtrag vom 10.12.2024 am 11.12.2024, in Kraft ab 01.01.2025

Die Neufassung der Ausführungsbestimmungen wurde mit dem 38. Nachtrag zur Satzung vom 10.12.2024 am 11.12.2024 genehmigt.