

Satzung der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse

Stand 18.06.2024 (36. Nachtrag)

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt: Name, Sitz und Bezirk	4
§ 1 Name, Sitz und Bezirk der AOK	4
§ 2 Aufgabenstellung	4
Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis	5
§ 3 Mitglieder	5
§ 4 Familienangehörige	6
§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft	6
Dritter Abschnitt: Leistungen	7
§ 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
§ 10 c 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	22
§ 10k Zurzeit nicht besetzt	23
§ 10l Zurzeit nicht besetzt	23
§ 10m Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung	23
§ 10n bleibgesund-Bonus-Wahltarif	24
§ 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	29
§ 17 Zurzeit nicht besetzt	29
§ 18 Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern	29

§ 19 Leistungsausschluss	30
Vierter Abschnitt: Beiträge	30
§ 20 Beitragssätze	30
§ 20 a Zusatzbeitrag	30
§ 21 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder	30
§ 22 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	31
§ 23 Zurzeit nicht besetzt	31
§ 24 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge	31
§ 25 Vorschüsse	31
§ 26 Erstattungen	31
Fünfter Abschnitt: Widerspruchsstelle	32
§ 27 Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen	32
Sechster Abschnitt: Mitgliedschaften und Zusammenwirken	33
§ 28 Mitgliedschaften	33
§ 29 Zusammenwirken	33
Siebter Abschnitt: Organisationsstruktur und Selbstverwaltung	33
§ 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
Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel	42
§ 37 Rücklage	42
§ 38 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung	42
Neunter Abschnitt: Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung und bei Mutterschaft („Ausgleichsverfahren“)	43
§ 39 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	43
Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten	43
§ 40 Bekanntmachungen/Veröffentlichungen	43
§ 41 Inkrafttreten	43
Nachträge zu dieser Satzung	44
Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates und der Regionalbeiräte	50
§ 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
Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung und bei Mutterschaft („Ausgleichsverfahren“)	55
Abschnitt A: Maßgebende Rechtsnormen	56
§ 1 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen	56
Abschnitt B: Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	56
§ 2 Beteiligte Arbeitgeber	56
Abschnitt C: Erstattungen	56
§ 3 Erstattungsanspruch	56
§ 4 Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	57
Abschnitt D: Umlagen	57
§ 5 Aufbringung der Mittel	57
Abschnitt E: Widerspruchsstelle	58
§ 6 Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen	58
Abschnitt F: Verwaltungsrat	58
§ 7 Mitwirkung, Vorsitz	58
Abschnitt G: Verwaltung der Mittel	58
§ 8 Betriebsmittel	58
§ 9 Haushaltsplan	58
§ 10 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung	59
Ausführungsbestimmungen zu §10d der Satzung der AOK NordWest	

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 Glatflächenversiegelung 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, kardi-ale 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 der 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) 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

§10 c
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 Teilnahme am AOK-Prämienprogramm oder im Familienverbund am AOK-Familienbonus. Zur organisatorischen Abwicklung der Bonusprogramme sollen die Versicherten eine Erklärung zur Teilnahme abgeben. Beim AOK-Familienbonus ist die Höchstzahl der Teilnehmer im Familienverbund auf 5 Versicherte begrenzt. Die Teilnahme ist freiwillig. Eine gleichzeitige Teilnahme an beiden Programmen ist ausgeschlossen.
- (2) Versicherte erhalten beim AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus 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-Prämienprogramms oder des AOK-Familienbonus erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der AOK. Diese richtet sich allein nach Maßgabe der Gesetze und dieser Satzung.

- (3) Die Voraussetzungen des Abs. 2 Satz 1 weisen die Versicherten durch entsprechende Bestätigungen und Leistungsabzeichen nach. Die durchgeführten Maßnahmen zum AOK-Prämienprogramm und zum AOK-Familienbonus dürfen zum Zeitpunkt der Einreichung der Bestätigung bzw. Leistungsabzeichen nicht länger als 3 Kalenderjahre, gerechnet vom Ende des Jahres der Durchführung der Maßnahmen, zurückliegen.

- (4) Der Bonus wird den Versicherten beim AOK-Prämienprogramm als Sach- oder Geldprämie und beim AOK-Familienbonus als Geldprämie gegen Nachweis gemäß Abs. 3 zur Verfügung gestellt. Er wird nach einem sich aus den Ausführungsbestimmungen ergebenden Punktzahlssystem ermittelt. Beim AOK-Familienbonus ist die jährliche Bonifizierung für nachgewiesene Maßnahmen je Teilnehmer auf maximal 30 EUR begrenzt.
- (5) Bei der Teilnahme am AOK-Familienbonus erhält jeder Teilnehmer nach drei, sechs und neun Jahren zusätzlich einen Bonus für Nachhaltigkeit in Höhe von jeweils 60 EUR, wenn er jährlich die Teilnahme an mindestens einer Maßnahme gem. Abs. 2 nachgewiesen hat. Endet die Versicherung bei der AOK, entfällt der jeweils nächste Bonus für Nachhaltigkeit. Versicherungsunterbrechungen bis zur Dauer von 3 Monaten sind für die durchgängige Teilnahme am AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus unschädlich.
- (6) Die Teilnahme am AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus kann jederzeit beendet werden.
- (7) 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 Zugänglichmachung 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 Zugänglichmachung 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 Tarifausprägung 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 Tarifausprägung 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 Tarifausprägung:

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.

§ 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. Voraus-

setzung 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.

§ 20 a Zusatzbeitrag

Der Zusatzbeitrag der AOK gemäß § 242 SGB V beträgt 1,89 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 Wi-

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. Abweichend von §§ 27 bis 35 finden bis zum Zusammentritt des jeweiligen Regionalbeirates der Serviceregionen nach § 30 die Vorschriften der §§ 27 und 35 in der bis zum 31.12.2017 gültig gewesenen Fassung weiterhin Anwendung.

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

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 79,00 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. Virtuelle oder hybride Beratungen, denen eine schriftliche Abstimmung folgt, gelten als Sitzungen.
- (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 werden dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter ein monatlicher Pauschbetrag von je 632,00 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), 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), in Kraft ab 01.01.2022

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 fortgezählten Arbeitsentgelts und der nach § 12 Abs. 1 BBiG an Auszubildende fortgezählten 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 3,4 v. H., für die Zeit der Erstattungserhöhung (§ 3 Abs. 2) 4,6 v. H., für die Zeit der Erstattungsermäßigung 2,9 v. H. (§ 3 Abs. 2 Buchstabe a)) oder 2,4 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 0,50 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

Anhang 3 zur Satzung der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse

Ausführungsbestimmungen zu § 10d der Satzung der AOK NordWest

Stand: 01.01.2022

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 bietet für ihre Versicherten Bonusprogramme an, die geknüpft sind 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 werden das AOK-Prämienprogramm und der AOK-Familienbonus beschrieben.

1. Teilnahme

Zur organisatorischen Abwicklung des Bonusprogramms sollen die Versicherten eine Erklärung zur Teilnahme abgeben. Diese hat lediglich deklaratorischen Charakter. Auswirkungen auf die Leistungsansprüche ergeben sich bei ausbleibender Erklärung nicht. Die Leistungsansprüche aus dem Bonusprogramm ergeben sich nach dem Gesetz und diesen Ausführungsbestimmungen.

1.1 Teilnehmerkreis

1.1.1 Teilnehmerkreis beim AOK-Prämienprogramm

Teilnahmeberechtigt am AOK-Prämienprogramm sind alle Versicherten der AOK. Mitglieder der AOK sammeln Prämienpunkte auf einem eigenen Punktekonto (als Prämienhauptversicherte).

Nicht teilnahmeberechtigt sind Personen, bei der die AOK lediglich Auftragsleistungen erbringt.

Nach § 10 SGB V mitversicherte Angehörige wie Ehegatten/Lebenspartner und Kinder ab vollendetem 15. Lebensjahr können eigenständig ihre Teilnahme erklären. Die Maßnahmen der mitversicherten Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden dem Stammmitglied zugeordnet.

Eine gleichzeitige Teilnahme am AOK-Familienbonus ist nicht möglich. Die Teilnahme am AOK-Prämienprogramm endet mit der Teilnahme am AOK-Familienbonus.

1.1.2 Teilnehmerkreis beim AOK-Familienbonus

Teilnahmeberechtigt am AOK-Familienbonus sind alle Versicherten der AOK. In dieses Programm eingeschriebene Versicherte der AOK sammeln im Familienverbund Prämienpunkte auf einem familienbezogenen Punktekonto. Hierbei ist jeweils ein Prämienberechtigter als Kontoinhaber zu bestimmen. Jeder Versicherte der AOK kann zeitgleich nur einmal am AOK-Familienbonus teilnehmen. Die Sammelsystematik erfolgt analog dem AOK-Prämienprogramm. Die Höchstzahl der Teilnehmer im Familienverbund ist auf fünf Versicherte begrenzt.

Nicht teilnahmeberechtigt sind Personen, bei der die AOK lediglich Auftragsleistungen erbringt.

Eine gleichzeitige Teilnahme am AOK-Prämienprogramm ist nicht möglich. Die Teilnahme am AOK-Familienbonus endet mit der Teilnahme am AOK-Prämienprogramm.

1.2 Erklärung der Teilnahme am AOK-Prämienprogramm/AOK-Familienbonus

Zur Erklärung der Teilnahme unterschreibt beim AOK-Prämienprogramm der Prämienhauptversicherte/beim AOK-Familienbonus der Kontoinhaber den Teilnahmecoupon, der von der AOK zur Verfügung gestellt wird. Bestandteile des Teilnahmecoupons sind

- Angaben zum Teilnehmer/zur Teilnehmerin (Name, Vorname, Geburtsdatum, Kassen-Nummer, KV-Nummer, Adresse, ggf. Telefonnummer und E-Mail-Adresse),
- beim AOK-Prämienprogramm die o. g. Angaben zu den mitsammelnden mitversicherten Kindern vor Vollendung des 15. Lebensjahres
- beim AOK-Familienbonus die o. g. Angaben zu den mitsammelnden Teilnehmern und
- ein gesonderter Datenschutzhinweis
- Steueridentifikationsnummer.

Alternativ ist auch eine Einschreibung über das Online-ServiceCenter (nordwest.meine.aok.de) und das Internet (aok-praemienprogramm.de und aok-vorsorgebonus.de) möglich.

Bei Versicherten, die eigenständig teilnehmen und das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist auf dem Teilnahmecoupon zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

1.3 Beginn der Teilnahme am AOK-Prämienprogramm/AOK-Familienbonus

Versicherte haben einen Anspruch auf Teilnahme am AOK-Prämienprogramm oder im Familienverbund am AOK-Familienbonus. Zur organisatorischen Abwicklung der Bonusprogramme sollen die Versicherten eine Erklärung zur Teilnahme abgeben.

2 Gegenstand AOK-Prämienprogramm/AOK-Familienbonus

2.1 Bonifizierung

Die AOK belohnt gesundheitsbewusstes Verhalten mit Bonuspunkten. Dabei werden die Maßnahmen unterschieden in:

- Leistungen die entweder zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten geeignet sind oder die für Schutzimpfungen dienen (§ 65a Abs. 1 SGB V)

oder

- Leistungen, die regelmäßig zur verhaltensbezogenen Prävention der Krankenkassen in Anspruch genommen werden oder Leistungen, die vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens darstellen (§ 65a Abs. 1a SGB V)

Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 SGB V sind mit einer hochgestellten 1 ⁽¹⁾, Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V mit einer hochgestellten 2 ⁽²⁾ bei den Maßnahmenübersichten gekennzeichnet.

Die Bonuspunkte können zur Erlangung einer Sach- oder Geldprämie, eines Gutscheins, einer zum AOK-Prämienprogramm gehörenden Erstattungsleistung oder beim Familienbonus nur einer Geldprämie eingereicht werden. Beim AOK-Familienbonus ist die jährliche Bonifizierung für nachgewiesene Maßnahmen nach § 65a Absatz 1a SGB V je Teilnehmer auf maximal 30 EUR (entspricht 800 Bonuspunkte) begrenzt. Durchgeführte Gesundheitsmaßnahmen können nach § 10d nicht anerkannt werden, wenn diese bereits nach § 10n Abs. 4 (in der bis 31.12.2020 geltenden Fassung) bonifiziert wurden.

2.1.1 Treuebonus beim AOK-Familienbonus

Bei der Teilnahme am AOK-Familienbonus erhält jeder Teilnehmer nach drei, sechs und neun Jahren zusätzlich einen Bonus für Nachhaltigkeit in Höhe von jeweils 60 EUR, wenn er jährlich die Teilnahme an mindestens einer Maßnahme gem. Ziffer 2.3 nachgewiesen hat.

Endet die Versicherung bei der AOK entfällt der jeweils nächste Bonus für Nachhaltigkeit. Weitere Besonderheiten dazu ergeben sich aus Ziffer 4.

2.2 Scheckheft/Schecks

Zur Dokumentation der Maßnahmen erhält jeder Teilnehmer/jede Teilnehmerin ein Scheckheft. Im Scheckheft sind für die verschiedenen Maßnahmen Schecks vorgesehen, die bei einer entsprechenden Teilnahme jeweils von dem Veranstalter, dem Leistungserbringer, bzw. für einzelne Schecks nach Maßgabe des Scheckaufdrucks vom Versicherten abgestempelt und/oder unterschrieben werden. Der Teilnehmer/die Teilnehmerin trägt dafür Sorge, dass der Veranstalter sein/ihr gesundheitsbewusstes Verhalten dokumentiert. Eventuell für eine Bestätigung der Teilnahme verauslagte Gelder des Teilnehmers/der Teilnehmerin werden nicht erstattet. Die Schecks sind jeweils ein Kalenderjahr gültig. Die Teilnehmer werden automatisch für das neue Kalenderjahr mit Scheckheften versorgt.

2.3 Maßnahmen^{1 & 2}

Die folgenden Maßnahmen werden wie dargestellt bonifiziert. Dabei kann aus jeder Gruppe pro Jahr nur eine bestimmte Höchstzahl von Maßnahmen angerechnet werden.

2.3.1 Vorsorgeuntersuchung Check¹

Die Vorsorgeuntersuchung Check-Up nach § 25 Abs. 1 SGB V, die bis Vollendung 35. Lebensjahr einmalig und vom vollendeten 35. Lebensjahr alle 3 Jahre wahrgenommen werden kann, wird mit 300 Punkten bonifiziert. Eine Bestätigung erfolgt durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin, der/die die Vorsorgeuntersuchung durchführt, oder in begründeten Einzelfällen durch den Teilnehmer selbst. Eine Bonifizierung und/oder Vergütung von ärztlichen Untersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen des Check-Up hinausgehen, erfolgt nicht. Die Bonifizierung dieser Untersuchung ist in Abhängigkeit zum Alter nur einmalig bzw. alle drei Jahre möglich.

Check- Up

Alle Teilnehmer/innen ab dem 18. bis zum 35. Lebensjahr	einmalig	300 Punkte
Alle Teilnehmer/innen ab vollendetem 35. Lebensjahr	Alle 3 Jahre	

2.3.2 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Frauen¹

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die gemäß § 25 Abs. 2 SGB V bei Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres an jedes Jahr durchgeführt werden können, werden mit

¹ = § 65a Absatz 1 SGB V
² = § 65a Absatz 1 a SGB V

300 Punkten bonifiziert. Ebenfalls mit 300 Punkten wird die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien bonifiziert. Eine Bestätigung erfolgt durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin, der/die die Untersuchung durchführt, oder in begründeten Einzelfällen durch den Teilnehmer selbst. Vom vollendeten 50. bis zum vollendeten 55. Lebensjahr kann jährlich ein Schnelltest (okkultes Blut im Stuhl) erfolgen. Ab dem 55. Geburtstag sind im Abstand von mindestens zehn Jahren zwei Koloskopien vorgesehen.

Versicherte, die die Vorsorgekoloskopie entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie oder einer Satzungsregelung durchführen lassen, erhalten in dem Jahr der Durchführung zusätzlich 400 Punkte.

Vom 50. Lebensjahr bis zum Ende des 70. Lebensjahres besteht alle 24 Monate ein zusätzlicher Anspruch auf ein Mammographie-Screening. Versicherte, die das Mammographie-Screening (vom 50. Lebensjahr bis zum Ende des 70. Lebensjahres) durchführen lassen, erhalten in dem Jahr der Durchführung zusätzlich 300 Punkte.

Für die Bonifizierung ist die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung durch einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin hinreichend.

Krebsvorsorge Frauen		
Alle Teilnehmerinnen mit Anspruch auf eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung	1x pro Jahr	300 Punkte
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs		
Alle Teilnehmerinnen mit Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	1x alle 2 Jahre	300 Punkte
Darmkrebsvorsorge – Koloskopie		
Alle Teilnehmerinnen mit Anspruch auf eine Koloskopie	2x im Abstand von mind. 10 Jahren	400 Punkte
Mammographie-Screening		
Alle Teilnehmerinnen mit Anspruch auf ein Mammographie-Screening	1x alle 2 Jahre vom 50. Lebensjahr bis zum Ende des 70. Lebensjahres	300 Punkte

2.3.3 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Männer¹

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die gemäß § 25 Abs. 2 SGB V bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an jedes Jahr durchgeführt werden können, werden mit 300 Punkten bonifiziert. Ebenfalls mit 300 Punkten wird die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien bonifiziert. Eine Bestätigung erfolgt durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin, der/die die Untersuchung durchführt, oder in begründeten Einzelfällen durch den Teilnehmer selbst.

Grundlage für die Untersuchungen bilden die Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Versicherte, die die Vorsorgekoloskopie entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie oder einer Satzungsregelung durchführen lassen, erhalten in dem Jahr der Durchführung zusätzlich 400 Punkte.

1 = § 65a Absatz 1 SGB V
2 = § 65a Absatz 1a SGB V

Für die Bonifizierung ist die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung durch einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin hinreichend.

Krebsvorsorge Männer		
Alle Teilnehmer mit Anspruch auf eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung	1x pro Jahr	300 Punkte
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs		
Alle Teilnehmer mit Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	1x alle 2 Jahre	300 Punkte
Darmkrebsvorsorge – Koloskopie		
Alle Teilnehmer mit Anspruch auf eine Koloskopie	2x im Abstand von mind. 10 Jahren	400 Punkte

2.3.4 Mutterschaftsvorsorge-Untersuchungskomplex²

Teilnehmerinnen, die während der Schwangerschaft sämtliche im Mutterpass vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, erhalten dafür 300 Punkte. Eine Bestätigung erfolgt durch den Leistungserbringer. Teilnehmerinnen ab Vollendung des 15. Lebensjahres werden automatisch mit dem Scheck für Mutterschaftsvorsorge ausgestattet.

Eine Bonifizierung und/oder Vergütung von ärztlichen Untersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen der Vorsorgeuntersuchung hinausgehen, erfolgt nicht.

Mutterschaftsvorsorge		
Alle Teilnehmerinnen	1x wenn alle Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden	300 Punkte

2.3.5 U1-U6-Vorsorgeuntersuchungskomplex¹

Innerhalb des ersten Lebensjahres werden die Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U6 gemäß § 26 SGB V durchgeführt. Eine Dokumentation erfolgt über das Untersuchungsheft. Die Durchführung dieses vollständigen Untersuchungskomplexes wird mit insgesamt 200 Punkten bonifiziert.

Eine Bestätigung, dass der Vorsorgeuntersuchungs-Komplex vollständig durchgeführt wurde, erfolgt durch den Leistungserbringer. Der Untersuchungskomplex kann maximal einmal für jedes mitversicherte Kind angerechnet werden, das nach § 10 SGB V bei einem Teilnehmer/einer Teilnehmerin am AOK-Prämienprogramm mitversichert ist bzw. das beim AOK-Familienbonus eingeschrieben ist.

Die Gutschrift der Punkte erfolgt - wenn alle erforderlichen Vorsorge-Untersuchungen (U1-U6) absolviert wurden - in dem Kalenderjahr, in dem die letzte Untersuchung dieses Komplexes (U6) abgeschlossen wurde. Eine Bonifizierung von ärztlichen Untersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen der Vorsorgeuntersuchung hinausgehen, ist nicht möglich. Die U1-U6-Vorsorgeuntersuchungen sind in folgenden Lebensabschnitten durchzuführen:

1 = § 65a Absatz 1 SGB V
2 = § 65a Absatz 1 a SGB V

U1	Unmittelbar nach der Geburt
U2	3. bis 10. Lebensstag
U3	4. bis 5. Lebenswoche
U4	3. bis 4. Lebensmonat
U5	6. bis 7. Lebensmonat
U6	10. bis 12. Lebensmonat

Untersuchungskomplex (U1 bis U6)

Alle Teilnehmer/innen mit Anspruch auf diesen Untersuchungskomplex	1x pro vollständigen Untersuchungskomplex	200 Punkte
--	---	------------

2.3.6 U7-U11 und J2-Vorsorgeuntersuchung^{1 & 2}

Die Kinder-Vorsorgeuntersuchungen U7-J2 nach § 26 SGB V sind in folgenden Lebensabschnitten durchzuführen:

U71	21. bis 24. Lebensmonat
U7 a ¹	34. bis 36. Lebensmonat
U81	46. bis 48. Lebensmonat
U9 ¹	60. bis 64. Lebensmonat
U10 ²	7. bis 8. Lebensjahr
U11 ²	9. bis 10. Lebensjahr
J1 ¹	12. bis 14. Lebensjahr
J2 ²	16. bis 17. Lebensjahr

Die Durchführung dieser Untersuchungen wird mit je 200 Punkten bonifiziert. Jede Vorsorgeuntersuchung kann einmal für jedes mitversicherte Kind angerechnet werden, das nach § 10 SGB V bei einem Teilnehmer/einer Teilnehmerin am AOK-Prämienprogramm mitversichert ist bzw. das beim AOK-Familienbonus eingeschrieben ist.

Eine Bestätigung erfolgt durch den Leistungserbringer.

U-Untersuchungen (U7 bis J2)

Alle Teilnehmer/innen mit Anspruch auf diese Vorsorgeuntersuchungen	1x pro Untersuchung	200 Punkte
---	---------------------	------------

2.3.7 Impfungen für Erwachsene¹

Nehmen Versicherte ab dem vollendeten 15. Lebensjahr Impfungen gem. § 20i SGB V, § 9 Absatz 4 der Satzung sowie die von der ständigen Impfkommision empfohlenen wahr, wird dies einmal im Jahr, in dem eine Impfung erfolgt ist, mit 100 Punkten bonifiziert.

Es kann sich hierbei u. a. um folgende Impfungen handeln:

Gripeschutzimpfung	Ab 60. Lebensjahr bzw. bestimmte Risikogruppen aufgrund von Vorerkrankungen jährlich
Auffrischung Diphtherie	Alle 10 Jahre
Auffrischung Tetanus	Alle 10 Jahre

1 = § 65a Absatz 1 SGB V
2 = § 65a Absatz 1 a SGB V

Auffrischung Poliomyelitis (Kinderlähmung)	Auffrischung zwischen dem 9. und 17. Lebensjahr
Auffrischung Pertussis (Keuchhusten)	Auffrischung zwischen dem 9. und 17. Lebensjahr
Hepatitis B	Grundimmunisierung für noch nicht geimpfte Personen bzw. Vervollständigung des Impfschutzes zwischen dem 9. und 17. Lebensjahr
Varizellen	Standardimpfung für ungeimpfte 9- bis 17-jährige

Eine Impfung kann dabei auch mehrere Arztbesuche umfassen, falls diese zum Aufbau einer vollständigen Immunisierung notwendig sind. Auch Mehrfachimpfungen, die in einer Behandlung verabreicht werden (z. B. Tetanus-Diphtherie-Impfung), zählen als eine Impfung im Sinne des AOK-Prämienprogramms/AOK-Familienbonus. Die Bestätigung findet durch den Leistungserbringer auf dem dafür vorgesehenen Scheck statt. Pro Jahr können insgesamt 100 Bonuspunkte gesammelt werden, auch wenn mehrere Impfungen vorgenommen werden. Die Punkte werden für das Jahr angerechnet, in dem die Impfung für eine vollständige Immunisierung abgeschlossen wurde, also beim letzten Arztbesuch.

Impfungen Erwachsene

Alle Teilnehmer/innen ab Vollendung des 15. Lebensjahres	1x pro Jahr, in dem eine Impfung erfolgt ist	100 Punkte
--	--	------------

2.3.8 Impfungen für Kinder¹

Für Impfungen gemäß § 20i SGB V, § 9 Absatz 4 der Satzung sowie die von der ständigen Impfkommission empfohlenen bei Kindern, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden dem Teilnehmer einmal im Jahr, in dem eine Impfung erfolgt ist, insgesamt 100 Punkte gutgeschrieben.

Es kann sich hierbei u. a. um folgende Impfungen handeln:

Vom Alter von 2 Monaten an bis zum 14. Monat	<ul style="list-style-type: none"> • Diphtherie (4-mal) • Pertussis (Keuchhusten) (4-mal) • Tetanus (Wundstarrkrampf) (4-mal) • Poliomyelitis (Kinderlähmung) (3-mal) • Haemophilus influenzae Typ b (3-mal) • Hepatitis B (Gelbsucht) (3-mal) • Pneumokokken (4-mal)
11. bis 14. Lebensmonat	<ul style="list-style-type: none"> • Masern • Mumps • Röteln • Windpocken
15. bis 23. Lebensmonat	Grundimmunisierung/Komplettierung <ul style="list-style-type: none"> • Masern • Mumps • Röteln • Windpocken (in Impfkalender enthalten, aber nicht unter S/A/I/P eingeordnet)
Im Alter von 5 bis 6 Jahren	Auffrischung <ul style="list-style-type: none"> • Tetanus

¹ = § 65a Absatz 1 SGB V

² = § 65a Absatz 1 a SGB V

	<ul style="list-style-type: none"> • Diphtherie • Pertussis (in Impfkalender enthalten, aber nicht unter S/A/I/P eingeordnet)
Im Alter von 9 bis 17 Jahren	Auffrischung <ul style="list-style-type: none"> • Diphtherie (alle 10 Jahre) • Pertussis (einmalig) • Tetanus (alle 10 Jahre) • Poliomyelitis (einmalig) Grundimmunisierung bzw. Komplettierung unvollständiger Impfschutz
im Alter von 12 bis 17 Jahren	HPV

Eine Impfung kann dabei auch mehrere Arztbesuche umfassen, falls diese zum Aufbau einer vollständigen Immunisierung notwendig sind. Auch Mehrfachimpfungen, die in einer Behandlung verabreicht werden (z. B. Masern-Mumps-Röteln-Impfung), zählen als eine Impfung im Sinne des AOK-Prämienprogramms/AOK-Familienbonus. Die Bestätigung findet durch den Leistungserbringer auf dem dafür vorgesehenen Scheck statt.

Impfungen Kinder

Alle Teilnehmer/innen	1x pro Jahr, in dem eine Impfung erfolgt ist	100 Punkte
-----------------------	--	------------

2.3.9 Teilnahme an Präventionsmaßnahmen

a) Präventionsmaßnahmen für Kinder und Erwachsene²

Die AOK bietet ihren Versicherten von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifizierte Gesundheitskurse an, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist.

Eine Übersicht über die aktuellen Kursangebote kann unter aok.de eingesehen werden.

Bonifiziert werden AOK-eigene Kurse oder Kooperationskurse, deren Kosten zu 100% oder anteilig von der AOK übernommen werden. Hierunter fallen ebenfalls Kurse, die im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch den Betrieb veranlasst wurden. Die vollständige Teilnahme wird mit je 300 Punkten bonifiziert. 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. Pro Jahr kann maximal die Bonifizierung von zwei Kursen je Teilnehmer aus den oben genannten Bereichen erfolgen.

Präventionskurse

Alle Teilnehmer/innen	2 Kurse pro Jahr	Je 300 Punkte
-----------------------	------------------	---------------

Präventionskurse (BGf)

Alle Teilnehmer/innen ab Vollendung des 15. Lebensjahres	3 Kurse pro Jahr	Je 300 Punkte
--	------------------	---------------

1 = § 65a Absatz 1 SGB V
2 = § 65a Absatz 1 a SGB V

b) Online-Angebote²

Neben dem Kursprogramm haben Versicherte der AOK die Möglichkeit, über Internet-Dialog-Programme Kurse mit Schwerpunkt Bewegung, Ernährung und Entspannung zu belegen.

- Bewegung: Laufend in Form
- Bewegung: 90-Tage-Rückenfit
- Ernährung: Abnehmen mit Genuss
- Entspannung: Stress im Griff

Eine Übersicht über die aktuellen von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifizierte Online-Angebote kann unter aok.de eingesehen werden. Die vollständige Teilnahme an den Online-Angeboten wird Teilnehmern/Teilnehmerinnen ab Vollendung des 15. Lebensjahres mit je 200 Punkten bonifiziert. Pro Jahr kann maximal je eine Teilnahme pro Bereich (Bewegung/Ernährung/Entspannung) und Versicherten bonifiziert werden.

Die Teilnehmer/die Teilnehmerin erhalten nach vollständig durchgeführter Maßnahme eine Teilnahmebestätigung, die Teilnehmer/Teilnehmerinnen einzureichen haben.

Online-Angebote		
Alle Teilnehmer/innen ab Vollendung des 15. Lebensjahres	jährlich 1 Angebot pro Bereich	Je 200 Punkte

2.3.10 Sportabzeichen und Fitnessnachweis²

Alle Teilnehmer/Teilnehmerinnen, die erfolgreich ein deutsches Sportabzeichen (z. B. Deutsches Sportabzeichen - hier ist der Nachweis einer Ausdauerdisziplin ausreichend, Laufabzeichen, Schwimmbabzeichen – s. Anlage) errungen haben, erhalten eine Prämie von 400 Punkten. Das Sportabzeichen muss in dem Kalenderjahr der Teilnahme abgelegt worden sein. Die Bestätigung auf dem dafür vorgesehenen Scheck erfolgt durch den Leistungserbringer/Trainer/ Veranstalter. Eine Bonifizierung des Sportabzeichens ist - unabhängig von der Anzahl der bestandenen Prüfungen - maximal einmal pro Jahr möglich; andere Abzeichen und Nachweise für sportliche Aktivitäten werden nicht bonifiziert.

Gleichfalls können Teilnehmer/Teilnehmerinnen ab 15 Jahren alternativ einen zertifizierten Fitnesstest absolvieren. Die erfolgreiche Teilnahme ist durch den zuständigen Trainer/Verein/das Fitnessstudio zu bestätigen. Voraussetzung ist der Nachweis eines Gütesiegels der Einrichtungen (vgl. Anlage).

Sportabzeichen		
Alle Teilnehmer/innen ab Vollendung des 15. Lebensjahres	1x jährlich	400 Punkte

Fitnessnachweis		
Alle Teilnehmer/innen ab Vollendung des 15. Lebensjahres	1x jährlich	400 Punkte

1 = § 65a Absatz 1 SGB V
2 = § 65a Absatz 1 a SGB V

2.3.11 Aktive Betätigung im Sportverein²

Bewegungsmangel ist eine wesentliche Ursache für viele der sogenannten Volkskrankheiten, die Förderung von Bewegung eines der wichtigsten Ziele von Prävention. Eine zentrale Rolle spielt der organisierte Sport mit über 80.000 Sportvereinen (Mitgliedsorganisationen des Deutschen Sportbundes). Nach § 20 SGB V kann die Teilnahme an Angeboten in Sportvereinen, die die Qualitätskriterien des sog. Leitfadens Prävention des Spitzenverband Bund der Krankenkassen erfüllen und das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ tragen, von der Krankenkasse finanziert oder bezuschusst werden. Die Finanzierung ist dabei auf ein einmaliges Angebot begrenzt. Um aber auch Anreize für eine dauerhafte sportliche Betätigung und die Beteiligung an einem breiteren, aber dennoch gesundheitsorientierten Spektrum von Angeboten der Vereine zu setzen, wird die nachgewiesene aktive Betätigung im Sportverein – im Gegensatz zur „inaktiven Mitgliedschaft“ – bonifiziert.

Teilnehmer/Teilnehmerinnen, die sich nachweislich aktiv (mindestens 2x monatlich) sportlich im Sportverein betätigen, erhalten nach Bestätigung des Vereins auf dem dafür vorgesehenen Scheck pro Jahr 200 Punkte gutgeschrieben.

Aktive Betätigung im Sportverein

Alle Teilnehmer/innen	1x jährlich	200 Punkte
-----------------------	-------------	------------

2.3.11.1 Betriebssport²

Teilnehmer/Teilnehmerinnen, die sich nachweislich aktiv (mindestens 2x monatlich) sportlich in einer Betriebssportgruppe betätigen, erhalten nach Bestätigung des Betriebssportvereins/der Betriebssportgemeinschaft (die Mitglied im Deutschen Betriebssportverband e.V. sein müssen) auf dem dafür vorgesehenen Scheck pro Jahr 200 Punkte gutgeschrieben. Die Betätigung darf nicht im Rahmen eines BGM stattfinden.

Aktive Betätigung im Betriebssport

Alle Teilnehmer/innen	1x jährlich	200 Punkte
-----------------------	-------------	------------

2.3.12 Regelmäßige Nutzung von Fitnessstudios²

Teilnehmer/Teilnehmerinnen ab Vollendung des 15. Lebensjahres, die sich nachweislich regelmäßig (mindestens 2x monatlich) sportlich im Fitnessstudio betätigen, erhalten – nach Bestätigung des Trainers/Verantwortlichen des Fitnessstudios auf dem dafür vorgesehenen Scheck – pro Jahr 200 Punkte gutgeschrieben.

Dieses Angebot beschränkt sich auf Fitnessstudios, deren Qualität durch ein Gütesiegel (z. B. TÜV-Siegel, Prae-Fit-Siegel) nachgewiesen ist oder die aufgrund einer Qualitätsüberprüfung durch die AOK in die Liste der Kooperationspartner aufgenommen wurden. Eine entsprechende Liste stellt die AOK gern zur Verfügung.

Regelmäßige Nutzung Fitnessstudio

Alle Teilnehmer/innen ab Vollendung des 15. Lebensjahres	1x jährlich	200 Punkte
--	-------------	------------

2.3.13 Hochschulsport²

Teilnehmer/Teilnehmerinnen, die regelmäßig (mindestens 2x monatlich) an Sportkursen der Hochschulen teilnehmen, erhalten jährlich eine Prämie von 200 Punkten. Die Bestätigung im Scheckheft erfolgt durch den Trainer/die Trainerin.

1 = § 65a Absatz 1 SGB V
2 = § 65a Absatz 1 a SGB V

Regelmäßige Teilnahme Hochschulsport (mind. 2 x monatlich)

Alle Teilnehmer/innen zwischen Vollendung des 15. und 26. Lebensjahres	1x jährlich	200 Punkte
--	-------------	------------

2.3.14 Sonderaktionen²

Die AOK veranstaltet bzw. fördert regelmäßig Aktionen zur Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensweise. Die regelmäßige (mindestens 2x im Kalenderjahr) Teilnahme an solchen Maßnahmen kann durch die AOK prämiert werden. Diese Veranstaltungen werden entsprechend gekennzeichnet. Eine Bestätigung erfolgt durch die AOK während oder nach der Sonderaktion.

Bei den Sonderaktionen muss es sich um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung handeln. Dies können z.B. Gesundheitstage, Gesundheitsvorträge etc. sein. Pro Kalenderjahr kann der Teilnehmer/die Teilnehmerin maximal 400 Punkte erhalten.

Sonderaktionen

Alle Teilnehmer/innen		max. 400 Punkte jährlich
-----------------------	--	--------------------------

2.3.15 Teilnahme sportmedizinische Untersuchung²

Sport hält den Körper und das Herz-Kreislauf-System fit. Um den Sport auch gesundheitsfördernd einzusetzen, wird – insbesondere auch für Sport-Einsteiger – eine sportmedizinische Untersuchung empfohlen. Die Teilnahme an einer entsprechenden Untersuchung wird mit 300 Punkten bonifiziert.

Sportmedizinische Untersuchung

Alle Teilnehmer/innen ab Vollendung des 15. Lebensjahres	1x jährlich	300 Punkte
--	-------------	------------

2.3.16 Individuelle Beratung durch AOK-Gesundheitsexperten²

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 und telefonisch Antworten auf diese Fragen. Neben jeder Menge weiterer Tipps für mehr individuelle Gesundheit, erstellen sie mit Ihnen ein Gesundheitsziel und halten dieses zusammen mit Ihnen in Folgeberatungen nach. Nach dem Erreichen des definierten Gesundheitszieles/-zustandes wird dies mit 300 Punkten bonifiziert.

Individuelle Beratung durch AOK-Gesundheitsexperten

Alle Teilnehmer/Teilnehmerinnen	1x pro Kalenderjahr	300 Punkte
---------------------------------	---------------------	------------

2.3.17 Zahnvorsorge²

Teilnehmer/Teilnehmerinnen erhalten 200 Punkte, wenn sie sich im Kalenderjahr mindestens einmal zahnärztlich untersuchen lassen. Eine Bestätigung erfolgt durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin, der/die die Untersuchung durchführt auf dem dafür vorgesehenen Scheck.

Anspruch auf die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung haben

1 = § 65a Absatz 1 SGB V
2 = § 65a Absatz 1 a SGB V

- Kinder zwischen dem 25. und 72. Lebensmonat (drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen im Abstand von mindestens 12 Monaten)
- Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben (einmal in jedem Kalenderhalbjahr; § 22 Abs. 1 SGB V)
- Erwachsene, ab Vollendung des 18. Lebensjahres (einmal pro Kalenderjahr; § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)

Die Bonifizierung dieser Untersuchung ist maximal einmal pro Jahr möglich. Eine Bonifizierung und/oder Vergütung von ärztlichen Untersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen der Untersuchung hinausgehen, erfolgt nicht.

Zahnvorsorge

Alle Teilnehmer/ Teilnehmerinnen	1x pro Kalenderjahr	200 Punkte
-------------------------------------	---------------------	------------

2.3.17.1 Professionelle Zahnreinigung²

Teilnehmer/Teilnehmerinnen erhalten 300 Punkte, wenn sie mindestens einmal im Kalenderjahr eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen. Eine Bestätigung erfolgt durch den Zahnarzt/die Zahnärztin, der/die die professionelle Zahnreinigung durchführt auf dem dafür vorgesehenen Scheck.

Professionelle Zahnreinigung

Alle Teilnehmer/ Teilnehmerinnen	1x pro Kalenderjahr	300 Punkte
-------------------------------------	---------------------	------------

2.3.17.2 Zahnversiegelung²

Durch die Versiegelung der Zahnoberflächen, der Fissuren und der Grübchen erhalten die Zähne für viele Jahre einen wirksamen Schutz gegen Karies. Die Fissurenversiegelung ist aus zahnmedizinischer Sicht auch für die übrigen Zähne mit zerklüfteten Oberflächen empfehlenswert. Der Zahnarzt entscheidet bei einer Untersuchung, ob eine Versiegelung von Fissuren angezeigt ist und wann eine Behandlung erfolgen sollte, da in bestimmten Fällen auch für Erwachsene eine Fissurenversiegelung sinnvoll sein kann. Bei Kindern und Jugendlichen wird die Zahnversiegelung komplett von der Krankenkasse übernommen. Dies gilt für Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr.

Zahnversiegelung

Alle Teilnehmer/ Teilnehmerinnen bis 18 Jahren	1x alle 2 Jahre	300 Punkte
---	-----------------	------------

2.3.18 Geburtsvorbereitungs- oder Rückbildungsgymnastikkurs²

Teilnehmerinnen, die während der Schwangerschaft an einem Geburtsvorbereitungskurs teilnehmen oder nach der Entbindung einen Rückbildungsgymnastikkurs nutzen, erhalten dafür einmalig 200 Punkte. Eine Bestätigung erfolgt durch qualifizierte Leistungserbringer gemäß des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes auf dem dafür vorgesehenen Scheck.

Geburtsvorbereitungs- oder Rückbildungsgymnastikkurs

Alle Teilnehmerinnen	1 Kurs pro Jahr	200 Punkte
----------------------	-----------------	------------

2.3.19 Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP – AOK-Curaplan)²

Intensive Betreuung bei chronischen Krankheiten: Das leisten die Behandlungsprogramme der AOK. Koordinierte ärztliche Betreuung und gesundheitsbewusstes Ver-

1 = § 65a Absatz 1 SGB V
2 = § 65a Absatz 1 a SGB V

halten 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 400 Punkte, wenn sie die erforderlichen Untersuchungen und behandlungsbegleitenden Maßnahmen wahrgenommen haben. Die Bestätigung findet durch den Leistungserbringer auf dem dafür vorgesehenen Scheck statt.

Teilnahme DMP/AOK-Curaplan

Alle Teilnehmer/innen	1x jährlich	400 Punkte
-----------------------	-------------	------------

2.4. Sicherung einer hohen Qualität der präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen

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

2.4.1 Zeithorizont

Es werden alle Maßnahmen bonifiziert, die in einem Kalenderjahr durchgeführt wurden.

2.4.2 Höchstgrenze

Jedes Angebot kann pro Jahr nur in der unter 2.3 dargestellten Häufigkeit prämiert werden. Die Ausgabe von mehr als einem Scheckheft pro Jahr (Ausnahme: Verlust des Scheckheftes) ist nicht zulässig. Beim AOK-Familienbonus ist die jährliche Bonifizierung für nachgewiesene Maßnahmen nach § 65a Absatz 1a SGB V je Teilnehmer/in auf maximal 30 EUR (entspricht 800 Bonuspunkte) begrenzt.

2.4.3 Erstattung von entstehenden Kosten

Sofern dem Versicherten für die Teilnahme an Maßnahmen zur Erreichung von Bonuspunkten Kosten entstehen, werden diese von der AOK nicht erstattet – es sei denn, der Leistungsumfang der GKV sieht eine Kostenübernahme vor.

2.4.4 Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Sollten sich rechtliche Voraussetzungen und/oder Richtlinien zur Umsetzung der nach 2.3 prämierten Maßnahmen ändern, werden entsprechende Nachfolge-Untersuchungen im Rahmen des AOK-Prämienprogramms/AOK-Familienbonus bonifiziert. Dies betrifft insbesondere Änderungen der §§ 20, 22, 25 und 26 SGB V.

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

Sollte es zu einer Änderung kommen, wird diese den Teilnehmern und Teilnehmerinnen am AOK-Prämienprogramm/AOK-Familienbonus auf der Internetseite aok-praemiennprogramm.de/nordwest bzw. aok-vorsorgebonus.de/nordwest bekannt gegeben.

2.5 Scheckheftversand bei Prämienmitversicherten

2.5.1 AOK-Prämienprogramm

Nehmen bei der AOK versicherte Kinder bis 15 Jahre eine der unter 2.3 dargestellten Maßnahmen wahr und nimmt der Stammversicherte – d. h. das Mitglied, bei dem die

Kinder mitversichert sind – am AOK-Prämienprogramm teil, erhält das Kind ein separates Scheckheft, in dem die Inanspruchnahme durch den Leistungserbringer – wie oben beschrieben – bestätigt wird. Die so gesammelten Punkte werden dem Prämienhauptversicherten gutgeschrieben.

Kinder, die einen eigenen Versicherungsschutz haben, nehmen eigenständig am AOK-Prämienprogramm teil und sammeln in ihrem eigenen Scheckheft Punkte.

2.5.2 AOK-Familienbonus

Jeder Teilnehmer/jede Teilnehmerin erhält ein eigenes Scheckheft, in dem die Inanspruchnahme durch den Leistungserbringer – wie oben beschrieben – bestätigt wird. Die so gesammelten Punkte werden dem AOK-Familienbonus-Konto gutgeschrieben.

2.6 Rückgabe der Schecks

Nach Ablauf des Kalenderjahres soll der Teilnehmer/die Teilnehmerin die bestätigten Schecks bei der AOK bis spätestens zum 31. März des Folgejahres einreichen. Eine Rückgabe einzelner bestätigter Schecks kann auch unterjährig erfolgen. Die Schecks sind jeweils für ein Kalenderjahr gültig. Die Zeiträume der Gültigkeit der Schecks/Scheckhefte schließen nahtlos aneinander an.

3 Bonifizierung

3.1 Prämie

3.1.1 Prämie beim AOK-Prämienprogramm

Die Gewährung der Prämie richtet sich nach der tatsächlichen Punkthöhe und kann nur vom Prämienhauptversicherten eingelöst werden. Die Punkthöhe wird durch das jährliche Einreichen der bestätigten Schecks der AOK gegenüber dokumentiert.

Die AOK stellt ihren Versicherten die Prämie entweder als Sachprämie, als Geldprämie, als Gutschein (z. B. Einkaufsgutscheine oder Hotelgutscheine) oder als Erstattungsleistung (ggf. anteilige) Erstattung einer privat bezahlten und bereits durchgeführten Gesundheitsleistung (professionelle Zahnreinigung) zur Verfügung.

Der Punktwert beträgt im Regelfall 0,025 EUR je Prämienpunkt. Hiervon abweichend beträgt er für die zuschussfähige Gesundheitsleistung (Erstattungsleistung) 0,03125 EUR je Prämienpunkt. Der Zuschuss zu der Gesundheitsleistung ist zweckgebunden und wird gegenüber Geldprämien höher bonifiziert, da die AOK NordWest die Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielen möchte.

3.1.2 Prämie beim AOK-Familienbonus

Die Prämie richtet sich nach der tatsächlichen Punkthöhe und kann jederzeit eingelöst werden. Die Punkthöhe wird durch das jährliche Einreichen der bestätigten Schecks der AOK gegenüber dokumentiert. Die AOK stellt die Prämie als Geldprämie zur Verfügung. Der Punktwert beträgt 0,0375 EUR je Prämienpunkt.

3.2 Gewährung der Prämie

Eine Gewährung der Prämie erfolgt auf Antrag durch den Prämienhauptversicherten/Kontoinhaber. Bei Prämienhauptversicherten/Kontoinhabern, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist auf dem Antrag zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich. Der Antrag sollte gemeinsam mit dem Einreichen der Schecks erfolgen.

Eine Prämie auf der Grundlage des § 65a Abs. 1a SGB V kann nicht gewährt werden, wenn der Versicherte Beitragsschuldner ist und ein Leistungsruhen nach § 16 Abs. 3a SGB V eingetreten ist.

3.3 Wertung und Verfall von Punkten

Beim AOK-Familienbonus dürfen die Leistungsnachweise zum Zeitpunkt der Einreichung nicht länger als 36 Monate zurückliegen.

3.4 Aufrechnung von Prämien

Die AOK kann mit ihren Forderungen gem. § 51 SGB I gegen Ansprüche aus dem AOK-Prämienprogramm oder dem AOK-Familienbonus gegenüber dem Kunden aufrechnen. Dies gilt insbesondere für Geldprämien und Erstattungsleistungen.

4 Beendigung der Teilnahme

4.1 Beendigung der Teilnahme

Die Teilnahme am AOK-Prämienprogramm/AOK-Familienbonus kann vom Prämienhauptversicherten jederzeit beendet werden. Bei Prämienhauptversicherten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist auf der Mitteilung zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich. Die AOK bestätigt den Teilnehmern schriftlich die Beendigung der Teilnahme am AOK-Prämienprogramm /AOK-Familienbonus. Sind die Bedingungen für eine Gewährung der Prämie erfüllt, kann diese zeitgleich mit der Beendigung beantragt und geleistet/ausgezahlt werden.

Ab Vollendung des 15. Lebensjahres können mitversicherte Kinder eigenständig am AOK-Prämienprogramm teilnehmen und ihre bisherige Teilnahme zu diesem Zweck beenden und separat für sich Punkte sammeln. Ein Anspruch auf Übertragung von Punkten, die vor Abschluss des 15. Lebensjahres für das Konto der Eltern gesammelt wurden, auf das Punktekonto des Kindes besteht nicht.

Die Teilnahme am AOK-Familienbonus kann jederzeit ohne Angaben von Gründen z. B. für eine eventuell eigenständige Teilnahme an einem Bonusprogramm (AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus) beendet werden. Punkte, die im Rahmen der Teilnahme als Punktemitsammler/in erworben wurden, können nicht auf andere Punktekonto übertragen werden.

Hat ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin innerhalb von zwei Jahren keine Schecks zur Gutschrift oder Gewährung der Prämie beim AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus eingereicht, kann die AOK die Teilnahme dieses Teilnehmers beenden. Dies gilt grds. nicht für die Prämienhauptversicherten beim AOK-Familienbonus.

4.2 Ende der Versicherung bei der AOK

Endet bei der AOK die Versicherung, endet auch automatisch die Teilnahme am AOK-Prämienprogramm/AOK-Familienbonus 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-Prämienprogramm/AOK-Familienbonus ebenfalls rückwirkend wieder auf. Versicherungsunterbrechungen bis zur Dauer von 3 Monaten sind für die durchgängige Teilnahme am AOK-Prämienprogramm/AOK-Familienbonus unschädlich. Zur Gewährung einer Prämie bei Beendigung der Versicherung gelten die Voraussetzungen der Ziffern 3 und 4.1 entsprechend. Endet die Versicherung, entfällt der Anspruch auf den nächsten Treuebonus.

5 Datenschutz

5.1 Ablage der eingereichten Teilnahmecoupons und Schecks

Mit der Durchführung des AOK-Prämienprogramms/AOK-Familienbonus beauftragt die AOK ein darauf spezialisiertes externes Dienstleistungsunternehmen. Im Rahmen dieser Abwicklung werden die Teilnahmecoupons und die eingereichten Schecks durch dieses externe Dienstleistungsunternehmen elektronisch erfasst und physisch aufbewahrt. Die Schecks bleiben Eigentum der AOK und werden nach Ermittlung der anzurechnenden Punkte so aufbewahrt, dass nur Berechtigte Zugriff darauf haben.

5.2 Elektronische Ablage von Daten

Folgende Daten des Teilnehmers/der Teilnehmerin am AOK-Prämienprogramm/AOK-Familienbonus und seiner mitsammelnden Teilnehmer/innen, für die er/sie die Teilnahme erklärt hat, werden elektronisch gespeichert: Vorname, Name, Geschlecht, Titel, Adresse, ggf. Telefonnummer und E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Kassen-Nummer, KV-Nummer, Steuer-Identifikationsnummer, Teilnehmer-ID, Zuordnungskriterien zwischen Prämienhauptversicherten und Prämienmitversicherten, Erfassungsdatum und Entscheidungsdatum der Teilnahme, Beginn der Teilnahme, eingereichte Leistungen/Schecks mit Scheck-Datum, Höhe der Punkte, Termine zur Prämiengewährung, Prämie. Die Erfassung sowie die Speicherung nach AOK-seitig erfolgter Versicherungsprüfung erfolgen bei dem mit der Durchführung des AOK-Prämienprogramms/AOK-Familienbonus beauftragten externen Dienstleister.

5.3 Aufbewahrungsfristen

Sowohl elektronisch gespeicherte Daten als auch Schecks werden beim AOK-Prämienprogramm 72 Monate nach dem Tag der Speicherung/des Eingangs gelöscht bzw. vernichtet. Daten von bereits ausgeschiedenen Teilnehmern/Teilnehmerinnen werden beim AOK-Prämienprogramm zum Nachweis der Wirksamkeit (§ 65a Abs. 3 SGB V) ebenfalls 72 Monate aufbewahrt.

Beim AOK-Familienbonus gelten die oben genannten Fristen aufgrund der langfristigen Teilnahme erst ab dem Zeitpunkt der Prämienausschüttung.

5.4 Inkrafttreten

Die Ausführungsbestimmungen zum AOK-Prämienprogramm und AOK-Familienbonus in der aktuellen Fassung treten zum 01.01.2022 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

Anlage zur Ausführungsbestimmung zu § 10d der Satzung

Die am AOK-Prämienprogramm/AOK-Familienbonus teilnehmenden Versicherten sollten Maßnahmen aus folgender Aufstellung erfüllen:

- Zertifizierter Fitnessstest
 - 2-km-Walkingtest
 - PWC-Fitnessstest (Fahrradergometer-Test)
 - IPN-Fitnessstest (Fahrradergometer-Test)
- Nachgewiesene aktive Betätigung in einem Fitnessstudio
- Nachgewiesene aktive Betätigung in einem Sportverein

Die im Rahmen des AOK-Prämienprogramms/AOK-Familienbonus durch die AOK anerkannten Sportabzeichen sind u. a.:

- Deutsches Sportabzeichen (DSB)
- Laufabzeichen (DLV)
- Walkingabzeichen (DLV)
- Schwimmbadabzeichen (DSV)
- Radsportabzeichen (BDR)
- Deutsches Wanderabzeichen (DWV)

Die qualitätsgesicherten Maßnahmen sollten eines der folgenden Gütesiegel oder vergleichbare Qualitätskriterien aufweisen:

- Gesundheitssportangebote im Verein mit dem Qualitätssiegel "Sport pro Gesundheit" des DSB
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Institut für Therapieforschung
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung
- Qualitätskriterien der Gesundheitsakademie Berlin (GAB)
- TÜV-Siegel für Fitnessstudios
- Verein Deutscher Fitness- und Freizeitunternehmen (VDF)
- Prae-Fit als gemeinsames Gütesiegel vom DSSV e. V. (Deutscher Sportstudio Verband e. V.), DFAV e. V. (Deutscher Fitness & Aerobic Verband) und DFLV e. V. (Deutsche Fitnesslehrer Vereinigung)
- DVFSF Siegel (Deutscher Verband der Sportärzte in Sport-, Fitness- und Freizeitanlagen)

oder von der AOK als Präventionsangebot nach § 20 SGB V zertifiziert sein.