



Gesetz- und Verordnungsblatt

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

60. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 9. August 2006

Nummer 21

Glied.- Nr.	Datum	Inhalt	Seite
822	1. 7. 2006	Satzung der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse	360
822	1. 7. 2006	Satzung der Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse	374
822	4. 7. 2006	Bekanntmachung des Staatsvertrages zwischen den Ländern Nordrhein-Westfalen und der Freien und Hansestadt Hamburg über die Bestimmung der Region der AOK Rheinland/Hamburg	380

Die neuen CD-ROM's „SGV. NRW.“ und „SMBL. NRW.“, Stand 1. Juli 2006, sind Anfang August erhältlich.

Bestellformulare im Internet-Angebot.

Hinweis:

Die Gesetz- und Verordnungsblätter, die Ministerialblätter, die Sammlung aller Gesetze und Verordnungen des Landes NRW (SGV. NRW.) sowie die Sammlung der in Teil I des MBl. NRW. veröffentlichten Erlasse (SMBL. NRW.) stehen **im Intranet des Landes NRW** zur Verfügung.

Dasselbe wird **auch im Internet angeboten**. Die Adresse ist: <http://sgv.im.nrw.de>. Hingewiesen wird auf den kostenlosen Service im Internet unter der genannten Adresse. Dort finden Sie Links zu vielen qualitativ hochwertigen Rechtsangeboten.

Wollen Sie die Inhaltsangabe eines jeden neuen Gesetzblattes oder Ministerialblattes per Mail zugesandt erhalten? Dann können Sie sich in das **Newsletter-Angebot** der Redaktion eintragen. Adresse: <http://sgv.im.nrw.de>, dort: kostenloser Service.

822

Satzung der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Vom 1. Juli 2006

Aufgrund jeweils einstimmiger Beschlüsse ihrer Verwaltungsräte haben die AOK Rheinland (Regierungsbezirk Düsseldorf und Köln des Landes Nordrhein-Westfalen) und die AOK Hamburg (Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg) mit Wirkung ab 1. Juli 2006 zur AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse mit Sitz in Düsseldorf freiwillig fusioniert.

Die Fusion und die Satzung der AOK Rheinland/Hamburg wurden vom Landesversicherungsamt Nordrhein-Westfalen mit Bescheid vom 9. Juni 2006 (Az.: II 2-3600.1-1) genehmigt. Mit der Vereinigung der AOKs sind auch die Pflegekassen vereinigt. Die Satzungen der AOK Rheinland/Hamburg werden hiermit bekannt gemacht.

Düsseldorf, den 1. Juli 2006

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Der Vorsitzende des Vorstandes
Wilfried J a c o b s

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt Namen und Aufgaben

- § 1 Name, Sitz und Bezirk
- § 2 Aufgaben

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

- § 3 Mitglieder
- § 4 Familienangehörige
- § 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Dritter Abschnitt Leistungen

- § 6 Art und Umfang der Leistungen
- § 6a Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge
- § 7 Prävention, Krankheitsverhütung, Selbsthilfeförderung
- § 8 Leistungen bei alternativen Behandlungsmethoden
- § 9 Modellvorhaben AOK-Bonustarif
- § 9a Modellvorhaben zur Akupunktur
- § 9b Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)
- § 9c AOK-Bonus DMP und Integrierte Versorgung
- § 9d Hausarztzentrierte Versorgung
- § 9e Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- § 10 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen
- § 11 Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter
- § 12 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe
- § 13 Hospize
- § 14 Sonderregelungen über Krankengeld
- § 15 Kostenerstattung
- § 16 Teilkostenerstattung
- § 17 Empfangsberechtigung

Vierter Abschnitt Beiträge

- § 18 Beitragssätze
- § 19 Beitragsregelungen für freiwillige und andere Mitglieder
- § 20 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge
- § 21 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge
- § 22 Vorschüsse
- § 23 Erstattungen

Fünfter Abschnitt Widerspruchsstellen

- § 24 Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

Sechster Abschnitt Mitgliedschaften und Zusammenwirken

- § 25 Mitgliedschaften
- § 26 Zusammenwirken
- § 27 Bindung an Grundsatzentscheidungen
- § 28 Bindung an Verträge und Richtlinien

Siebter Abschnitt Organisationsstruktur und Selbstverwaltung

- § 29 Organisationsstruktur
- § 30 Organe der AOK Rheinland/Hamburg
- § 31 Verwaltungsrat
- § 32 Vorstand
- § 33 Regionalbeiräte
- § 34 Vertretung der AOK Rheinland/Hamburg
- § 35 Entschädigung und Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates und der Mitglieder der Regionalbeiräte

Achter Abschnitt Verwaltung der Mittel

- § 36 Rücklage
- § 37 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung sowie der Jahresrechnung

Neunter Abschnitt Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft („Ausgleichsverfahren“)

- § 38 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Zehnter Abschnitt Bekanntmachungen, Aufsicht und In-Kraft-Treten

- § 39 Bekanntmachungen
- § 40 Aufsicht
- § 41 In-Kraft-Treten

Anhang 1 Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die Mitglieder der Regionalbeiräte

Anhang 2 Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft („Ausgleichsverfahren“)

Erster Abschnitt Namen und Aufgaben

§ 1
Name, Sitz und Bezirk

(1) Die Krankenkasse führt den Namen AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse und hat ihren Sitz in Düsseldorf.

(2) Der Bezirk der AOK Rheinland/Hamburg erstreckt sich auf den Landesteil Rheinland (Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln) des Landes Nordrhein-Westfalen und auf das Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg (Region Rheinland/Hamburg).

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

§ 2 Aufgaben

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg engagiert sich als Gesundheitskasse. Sie hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Als Gesundheitskasse ist es ihr ein besonderes Anliegen, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung zu informieren und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken. Die AOK Rheinland/Hamburg nimmt zudem Aufgaben der Pflegekasse wahr (§ 1 Abs. 3 SGB XI). Überdies nimmt die AOK Rheinland/Hamburg die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes im Landesteil Rheinland (Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln) des Landes Nordrhein-Westfalen nach § 207 Abs. 4 SGB V und auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg nach § 207 Abs. 4a SGB V wahr.

(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. Dabei begleitet sie die AOK Rheinland/Hamburg durch Information, Beratung und Leistungen. Sie wirkt auch auf gesunde Lebensverhältnisse hin.

(3) Die AOK Rheinland/Hamburg informiert und berät die Arbeitgeber ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.

(4) Die AOK Rheinland/Hamburg wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik im Land Nordrhein-Westfalen und in der Freien und Hansestadt Hamburg 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.

(5) Die AOK Rheinland/Hamburg engagiert sich intensiv bei der Qualitätssicherung in der Medizin, dies sowohl in Gemeinsamkeit mit den Vertragspartnern als auch durch individuelle Wahrnehmung der Interessen ihrer Versicherten.

(6) Im Einzelnen erfüllt die AOK Rheinland/Hamburg die ihr als Krankenkasse und als Landesverband durch Gesetz und Satzung übertragenen sowie die zugelassenen Aufgaben.

Zweiter Abschnitt Versicherter Personenkreis

§ 3 Mitglieder

Mitglieder der AOK Rheinland/Hamburg können werden

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. Studenten und Berufspraktikanten,
3. Selbständige,
4. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endet,
5. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten,

wenn die weiteren gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen können der Kasse nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 4 Familienangehörige

Ehegatten, der Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern sind familienversichert, wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder beginnt mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, soweit nicht gesetzliche Vorschriften entgegenstehen. Wurde die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer anderen Krankenkasse gekündigt und die AOK Rheinland/Hamburg gewählt, beginnt die AOK-Mitgliedschaft mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.

(2) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder beginnt mit dem Tag ihres Beitritts, sofern sich aus § 188 Abs. 2 SGB V nichts anderes ergibt.

(3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt, sofern sich aus § 175 Abs. 4, § 189 Abs. 2, § 190 oder § 192 SGB V nichts anderes ergibt.

Abweichend hiervon endet die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger und freiwilliger Mitglieder zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dies setzt voraus, dass die Mitgliedschaft mindestens 18 Monate bestanden hat. Einzelheiten zur Kündigung aus besonderen Anlässen sind in § 175 Abs. 4 SGB V geregelt.

(4) Erklärt das freiwillige Mitglied wegen der bestehenden Voraussetzung einer Familienversicherung seinen Austritt, so endet die Mitgliedschaft mit dem Tag des Eingangs der Erklärung.

(5) Die Bindungsfrist von 18 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet wird.

Dritter Abschnitt Leistungen

§ 6 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Die AOK Rheinland/Hamburg gewährleistet, 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.

(2) Die Versicherten können nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieser Satzung in Anspruch nehmen:

1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerungen, insbesondere Prävention 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
 - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- b) strukturierte Behandlungsprogramme
- c) Krankengeld
3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe
 - Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln
 - stationäre Entbindung
 - häusliche Pflege und Haushaltshilfe
 - Mutterschaftsgeld
4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei krankheitsbedingter Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch.
5. Beratung und Information zu ihren Rechten als Patienten sowie zum gesundheitlichen Verbraucherschutz im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen.

(3) Die AOK Rheinland/Hamburg positioniert sich in besonderer Weise für ihre Versicherten in der Prävention, der Krankheitsverhütung und der Selbsthilfeförderung (§ 7 der Satzung) sowie im Rahmen von Modellprojekten nach Maßgabe des § 9 der Satzung.

(4) Die AOK Rheinland/Hamburg unterstützt ihre Versicherten bei der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind.

§ 6 a

Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

Die AOK Rheinland/Hamburg kann den Versicherten Zusatzversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln. Gegenstand und Durchführung werden in Kooperationsverträgen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbart.

§ 7

Prävention, Krankheitsverhütung, Selbsthilfeförderung

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg leistet im Rahmen des § 20 SGB V ihren Versicherten Primärprävention sowohl im individuellen Ansatz als auch im gruppenbezogenen Ansatz. Der Anspruch besteht im Rahmen der im Haushaltsplan hierfür vorgesehenen Mittel. Maßnahmen zur primären Prävention sollen durch Hilfestellung zur gesunden Lebensweise die Entstehung von Krankheiten verhindern und den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern.

Basis für die Leistungen sind die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Die Ausgestaltung der Leistungen orientiert sich in diesem Rahmen an den Bedürfnissen der Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg. Dies gilt besonders für die Gesundheitsversicherung von Kindern und Jugendlichen.

Leistungen zur Primärprävention können in folgenden Handlungsfeldern erbracht werden:

– Bewegung/Sport

Leistungen zur Förderung der Herz-, Kreislauffunktion und/oder des Muskel-Skelett-Systems.

Leistungen zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen.

– Ernährung

Leistungen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung und zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht.

– Stressreduktion/Entspannung

Leistungen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten.

– Genuss- und Suchtmittelkonsum

Leistungen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelmissbrauchs.

Grundsätzlich werden die Leistungen als Sachleistung erbracht, besonders bei Maßnahmen mit individuellem Ansatz ist eine Erstattung der Kosten möglich.

Bei Maßnahmen der Primärprävention im Rahmen des individuellen Ansatzes können Eigenbeteiligungen des Versicherten vorgesehen werden. Der Versicherte beteiligt sich zu 20 % an den Kosten externer Maßnahmen. Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind von der Eigenbeteiligung an Maßnahmen der Primärprävention befreit.

Soweit es sich um individuelle Angebote handelt, ist die Teilnahme an Maßnahmen der Primärprävention auf zwei Angebote pro Kalenderjahr begrenzt.

Alle Maßnahmen der Primärprävention, die von der AOK Rheinland/Hamburg angeboten oder finanziert werden, müssen den von den Spitzenverbänden definierten Qualitätsanforderungen entsprechen.

(2) Die AOK Rheinland/Hamburg führt den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch. Diese Maßnahmen richten sich nach den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.

(3) Die AOK Rheinland/Hamburg arbeitet bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichtet diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen hat.

(4)

a) Die AOK Rheinland/Hamburg übernimmt die Kosten für öffentlich empfohlene Schutzimpfungen, soweit sie nach den vertraglichen Regelungen von Vertragsärzten durchgeführt werden.

b) Bei Schutzimpfungen, die nicht nach Buchstabe a) durchgeführt werden, kann die AOK Rheinland/Hamburg die Kosten bis zu dem Betrag übernehmen, der bei Impfungen nach vertraglichen Regelungen entstanden wäre, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind.

c) Impfungen aus Anlass eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes sind nach § 23 Abs. 9 SGB V ausgeschlossen.

Die AOK Rheinland/Hamburg fördert Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, wenn diese die Prävention oder Rehabilitation von solchen Krankheitsbildern zum Ziel haben, die in dem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind und den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu den Inhalten der Förderung verabschiedeten Grundsätzen entsprechen. Der Anspruch besteht im Rahmen der im Haushaltsplan hierfür vorgesehenen Mittel.

§ 8

Leistungen bei alternativen Behandlungsmethoden

Für nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden oder Arzneimittelversorgungen übernimmt die AOK Rheinland/Hamburg im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unter Beachtung der einschlägigen höchstgerichtlichen Rechtsprechung die Kosten. Vor der Übernahme von Kosten findet eine Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung statt.

§ 9

Modellvorhaben AOK-Bonustarif

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg führt ein Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung unter der Bezeichnung „AOK-Bonustarif“ durch, mit dem kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Mitglieder durch entsprechende Bonusregelungen gefördert werden soll. Die in dem Modellvorhaben enthaltenen Tarifelemente setzen sich aus einem Grundbonus, einem Gesundheitsbonus und einer Eigenbeteiligung zusammen.

(2) Mitglieder nehmen aufgrund schriftlicher Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg an dem Modellvorhaben teil. Die Teilnahme beginnt zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Quartals und endet mit Ablauf des fünften Kalenderjahres, das auf den Beginn der Teilnahme folgt oder mit schriftlicher Kündigung des Mitgliedes zum Ende des auf die Kündigung folgenden Quartals.

(3) Mitgliedern steht ein Grundbonus von 100 EUR kalenderjährlich zu. Er erhöht sich

- um 10 EUR, wenn in dem für die Bonusberechnung maßgeblichem Kalenderjahr,
- um 20 EUR, wenn in dem für die Bonusberechnung maßgeblichem Kalenderjahr und im Vorjahr,
- um 30 EUR, wenn in dem für die Bonusberechnung maßgeblichem Kalenderjahr und den beiden Vorjahren

weder sie noch ihre mitversicherten Ehegatten oder mitversicherten Lebenspartner ambulante Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht oder Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen. Für Mitglieder mit einem monatlichen Einkommen über einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V gelten Satz 1 und 2 mit der Maßgabe, dass der Grundbonus 200 EUR beträgt.

(4) Mitgliedern steht ein Gesundheitsbonus von 70 EUR kalenderjährlich zu, wenn sie und ihre mitversicherten Ehegatten oder mitversicherten Lebenspartner die nach § 25 SGB V möglichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und im Rahmen der im § 7 Abs. 4 der Satzung vorgesehenen Schutzimpfungen für Tetanus, Grippe und Pneumokokken nachweisen. Statt dessen genügt den Mitgliedern und ihren mitversicherten Ehegatten oder mitversicherten Lebenspartnern der Nachweis körperlicher Fitness durch einen sportwissenschaftlich entwickelten Walkingtest, Ergometertest oder durch Vorlage eines Leistungsabzeichens des Deutschen Sportbundes, des Deutschen Leichtathletikverbandes, des Deutschen Schwimmverbandes oder des Bundes Deutscher Radfahrer. Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen dürfen nicht älter als ein Jahr sein.

(5) Mitglieder tragen für sich und ihre mitversicherten Ehegatten oder mitversicherten Lebenspartner Eigenbeteiligungen bis zu einem Höchstbetrag von 250 EUR kalenderjährlich. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 25 EUR und je Krankenhausbehandlung 50 EUR. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Für Mitglieder mit einem monatlichen Einkommen über einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V gelten Satz 1 bis 3 mit der Maßgabe, dass der Höchstbetrag 350 EUR und die Eigenbeteiligung je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 35 EUR betragen. Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich der Geburt anfallen, werden nicht mit Eigenbeteiligung belegt.

(6) Die AOK Rheinland/Hamburg zahlt den Bonus 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 Rheinland/Hamburg fällig, auch wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe eines Kalenderjahres,

vermindern sich der Grundbonus, der Gesundheitsbonus und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.

(7) Das Modellvorhaben endet am 31.12.2011.

§ 9 a

Modellvorhaben zur Akupunktur

(1) Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg können nach Maßgabe der zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und den Leistungserbringern nach § 64 SGB V getroffenen Vereinbarungen ambulante Akupunkturbehandlungen bei Schmerzzuständen auf der Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V über die am Modellvorhaben beteiligten Ärzte zur Verfügung gestellt werden.

Das Modellvorhaben umfasst entsprechend dem Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 16.10.2000 die Indikationen

- chronische Kopfschmerzen,
- chronische Lendenwirbelsäulen-Schmerzen und
- chronische Schmerzen bei entzündlichen Gelenkerkrankungen – Osteoarthritis.

(2) Die AOK Rheinland/Hamburg verfolgt mit dem Modellvorhaben zu Leistungen der Akupunktur das Ziel, aussagekräftige Unterlagen zum Nutzen der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Körperakupunktur zu beschaffen.

(3) Die Leistungserbringung erfolgt im Wege der Kostenersatzung. Voraussetzung für die Kostenersatzung ist, dass die Akupunkturbehandlung von einem Arzt erbracht wird, der die von der AOK Rheinland/Hamburg definierten Qualifikationsanforderungen erfüllt und als Vertragsarzt zugelassen oder ermächtigt ist. Die Kostenersatzung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarungen nach Absatz 1.

(4) AOK-Versicherten werden die vollen vertraglich vereinbarten Kosten von 25,56 EUR je Akupunkturbehandlung für bis zu 10 Behandlungen je Jahr erstattet.

(5) Das Modellvorhaben endet mit dem Wirksamwerden des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V zur Einordnung der Akupunkturbehandlung in die BUB-Richtlinien. Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erfolgt durch die Ruhr-Universität Bochum, Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie.

§ 9 b

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

(1) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V (DMP) der AOK Rheinland/Hamburg teilnehmen, für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung für die Regionen Rheinland und Hamburg beantragt wurde oder beantragt wird.

(2) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb der Regionen Rheinland und Hamburg durchgeführt werden und für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Beauftragung beantragt wurde oder beantragt wird. Dies gilt auch für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V, die als Modellvorhaben durchgeführt werden.

(3) Die Teilnahme ist schriftlich gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg zu erklären (Einschreibung). Mit der Einschreibung erklärt sich der Versicherte zur aktiven Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm bereit. Voraussetzung für die Teilnahme ist die schriftliche Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch einen Arzt, der als koordinierender Vertragsarzt in das jeweilige Behandlungsprogramm eingeschrieben ist.

(4) Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm endet bei Widerruf der Einwilligungserklärung

durch den Versicherten mit dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung bei der AOK Rheinland/Hamburg, es sei denn, der Versicherte bestimmt einen späteren Zeitpunkt; in diesem Fall endet die Teilnahme zu dem vom Versicherten bestimmten Zeitpunkt. Unabhängig hiervon endet die Teilnahme bei Wegfall der Voraussetzungen für die Einschreibung oder wenn der Versicherte innerhalb von 12 Monaten zwei der im Rahmen des Behandlungsprogramms veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder wenn innerhalb von drei Jahren zwei der im Rahmen des Behandlungsprogramms quartalsbezogen vom Arzt zu erstellenden Dokumentationen nicht fristgerecht an die AOK Rheinland/Hamburg übermittelt worden sind.

§ 9 c

AOK-Bonus DMP und integrierte Versorgung

(1) Versicherten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137 f SGB V oder an einer integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V teilnehmen, werden die in diesem Zusammenhang entstehenden Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) erstattet.

Die Erstattung ist grundsätzlich auf 40 EUR im Kalenderjahr beschränkt. Darüber hinaus können Erstattungen dann vorgenommen werden, wenn zusätzlich Praxisgebühren für psychotherapeutische Behandlung anfallen oder in Notfällen entstehen und diese im Zusammenhang mit der DMP-Diagnose stehen.

(2) Versicherten, die an einer integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V teilnehmen, wird die Zuzahlung zu Arzneimitteln, die im Rahmen der integrierten Versorgungsform verordnet und von einer an dem entsprechenden Vertrag zur integrierten Versorgung teilnehmenden Apotheke abgegeben wurden, zur Hälfte erstattet.

§ 9 d

Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Versicherte

- a) ab anerkannter Pflegestufe II oder
- b) multimorbid Erkrankte mit mindestens drei chronischen Grunderkrankungen oder
- c) mit der Hauptbehandlungsdiagnose „bösartige Neubildung“ (ICD 10 Verschlüsselung C00-C97), soweit für die Hauptdiagnose kein DMP-Programm im Bezirk der AOK Rheinland/Hamburg (§ 1 Abs. 2) existiert,

können an einer hausarztzentrierten Versorgung entsprechend der §§ 140 a ff. i.V.m. 73 b SGB V teilnehmen.

(2) Mit der hausarztzentrierten Versorgung sollen in der Behandlung durch aufeinander abgestimmte Leistungen, Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung gewährleistet werden. Der betreuende Hausarzt übernimmt dabei die Steuerung des Behandlungsprozesses der bei ihm eingeschriebenen Patienten.

(3) Voraussetzung für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist, dass sich die Versicherten gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg schriftlich in Form einer Einverständniserklärung verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der am Vertrag nach den §§ 140 a ff. i.V.m. 73 b SGB V teilnehmenden Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Krankenhausbehandlungen sollen – von Notfällen abgesehen – ebenfalls nur auf Einweisung des betreuenden Hausarztes oder des auf Überweisung in den Behandlungsprozess einbezogenen Facharztes in Anspruch genommen werden.

(4) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag des Eingangs einer entsprechenden Einverständniserklärung bei der AOK Rheinland/Hamburg. Die Versicherten sind an ihre Pflichten nach Absatz 3 und an die Wahl des Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden. Der Versicherte kann seine Teilnahme frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg kündigen und scheidet zum Ende des Quartals nach Eingang der Kündigung bei der AOK Rheinland/Hamburg aus der hausarztzentrierten Versorgung aus. Der ge-

wählte Hausarzt soll nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden.

(5) § 9 c Abs. 1 der Satzung gilt entsprechend.

§ 9 e

Bonus für gesundheitsbewußtes Verhalten

(1) Versicherte können am AOK-Prämien-Programm teilnehmen. Die Teilnahme ist freiwillig und kommt durch Einschreibung zustande.

(2) Versicherte erhalten bei regelmäßiger Inanspruchnahme von

- a) qualitätsgesicherten Leistungen zur Primärprävention nach § 7 Abs. 1,
- b) Maßnahmen, die nachweislich der Gesundheitsförderung dienen oder gesundheitsbewußte Verhaltensweisen fördern, nach Maßgabe der Ausführungsbestimmungen,
- c) Leistungen zur Früherkennung nach § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen),
- d) Leistungen zur Früherkennung nach § 26 SGB V (Kinderuntersuchungen),
- e) öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen nach § 7 Abs. 4 Buchstabe a)

in den in den Ausführungsbestimmungen genannten Kombinationen einen Bonus.

Die Anerkennung einer Leistung im Rahmen des AOK-Prämienprogramms erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der AOK Rheinland/Hamburg. Diese richtet sich allein nach Maßgabe der Gesetze und dieser Satzung.

(3) Die Voraussetzungen des Absatzes 2 weisen die Versicherten durch entsprechende Bestätigungen und Leistungsabzeichen nach. Die durchgeführten Maßnahmen dürfen zum Zeitpunkt der Bonusbeantragung nicht länger als 36 Monate zurückliegen.

(4) Der Bonus wird den Versicherten als Sachprämie gegen Nachweis gemäß Absatz 3 zur Verfügung gestellt. Er wird nach einem sich aus den Ausführungsbestimmungen ergebenden Punktzahlssystem ermittelt.

(5) Das Nähere regeln die Ausführungsbestimmungen zum AOK-Prämien-Programm, die durch den Vorstand festgelegt werden.

§ 10

Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

(1) Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort (§ 23 Abs. 2 SGB V) zahlt die AOK Rheinland/Hamburg zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie zu den Fahrkosten einen Zuschuss von 13 EUR täglich.

(2) Für chronisch kranke Kleinkinder beträgt dieser Zuschuss 21 EUR täglich.

§ 11

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg übernimmt bei aus medizinischen Gründen erforderlichen Vorsorgeleistungen (§ 24 SGB V) oder Leistungen der Rehabilitation (§ 41 SGB V) für Mütter in einer Einrichtung des Muttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung die Kosten in Höhe des vereinbarten Pflegesatzes. Die Leistung kann auch als Mutter-Kind-Maßnahme oder in geeigneten Einrichtungen als Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt werden.

(2) Wird die Leistung als Mutter-Kind-Maßnahme oder als Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt, gilt Absatz 1 für das Kind entsprechend.

§ 12

Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

Außer in den in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen stellt die AOK Rheinland/Hamburg Haushaltshilfe auch dann zur Verfügung, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, wenn

- a) nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen, oder
- b) nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, längstens jedoch für die Dauer von 52 Wochen.

§ 13

Hospize

(1) Versicherte erhalten im Rahmen des § 39 a SGB V kalendertäglich einen Zuschuss zur stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen in Höhe von 6 v. H. der monatlichen Bezugsgröße. Der Zuschuss darf unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nicht überschreiten.

(2) Die AOK Rheinland/Hamburg fördert ambulante Hospizdienste, die qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung erbringen. Die Förderung richtet sich nach der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospize e.V. und den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege abgeschlossenen Rahmenvereinbarung (§ 39 a Abs. 2 SGB V).

§ 14

Sonderregelungen über Krankengeld

(1) Freiwillige Mitglieder,

- a) die in einem Beschäftigungs- oder Berufsausbildungsverhältnis stehen oder
- b) die nur vorübergehend aus einem Beschäftigungsverhältnis oder Berufsausbildungsverhältnis ausgeschieden sind, den Charakter eines berufsmäßigen Arbeitnehmers aber nicht verloren haben oder
- c) deren Beschäftigungsverhältnis während der Schwangerschaft durch Fristablauf oder durch eigene Kündigung vor Beginn der Schutzfrist endet,

haben Anspruch auf Krankengeld vom Beginn der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an. Sie können beantragen, dass Krankengeld nicht gezahlt wird. Der Antrag wirkt vom Beginn der Mitgliedschaft an, wenn er innerhalb eines Monats gestellt wird. Im übrigen wirkt der Antrag vom Beginn des folgenden Kalendermonats an für nach diesem Zeitpunkt eintretende Arbeitsunfähigkeitsfälle; bei Widerruf gilt dies entsprechend.

(2) Freiwillige Mitglieder, die weder in einem Beschäftigungs- oder Berufsausbildungsverhältnis stehen, noch selbständig erwerbstätig sind, erhalten kein Krankengeld. Selbständig Erwerbstätige, die im Falle der Arbeitsunfähigkeit ihr Einkommen ganz oder überwiegend verlieren, können bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beantragen, dass Krankengeld

- a) vom Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit an,
- b) vom Beginn der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an

gezahlt wird. Die Altersgrenze gilt nicht für freiwillige Mitglieder, die unmittelbar vor der Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren. Der Antrag wirkt von der Mit-

gliedschaft an, wenn er bei Beginn der Mitgliedschaft gestellt wird. Bei einer Antragstellung zu einem späteren Zeitpunkt tritt die Wirkung des Antrages mit Beginn des vierten auf die Antragstellung folgenden Kalendermonats für nach diesem Zeitpunkt eintretende Arbeitsunfähigkeitsfälle ein; der Widerruf wirkt vom Beginn des nächsten Kalendermonats an.

(3) Die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder haben Anspruch auf Krankengeld vom Beginn der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an. Ihr Anspruch besteht aber bereits vom Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit an, wenn sie gegenüber der Künstlersozialkasse eine entsprechende Erklärung abgegeben haben.

(4) Kann bei einem versicherungspflichtigen oder freiwillig Mitglied Krankengeld nicht nach § 47 Abs. 2 SGB V berechnet werden, weil eine kontinuierliche Arbeitsverrichtung oder -vergütung nicht vorliegt, wird das Krankengeld

- a) bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Entgeltausfall gezahlt,
- b) bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung aus dem abgerechneten Entgelt des Zeitraumes berechnet, der die durchschnittlichen Verhältnisse widerspiegelt, längstens aus den letzten zwölf Monaten.

(5) Für freiwillig versicherte Selbstständige sowie für freiwillig versicherte rentenversicherungsfreie oder nicht rentenversicherungspflichtige oder von der Rentenversicherungspflicht befreite Arbeitnehmer,

- a) die das 65. Lebensjahr vollendet haben oder
- b) die nach Feststellung des Medizinischen Dienstes als voll erwerbsgemindert anzusehen sind,

werden die Kassenleistungen durch Wegfall des Krankengeldes beschränkt. Dies gilt auch für bereits bestehende Versicherungsverhältnisse. Bezieht der Versicherte zum Zeitpunkt der Feststellung der vollen Erwerbsminderung nach Buchstabe b) Krankengeld, so endet der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der zehnten Woche nach dieser Feststellung.

§ 15

Kostenerstattung

(1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ambulanten Leistungen beschränkt werden.

(2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung unter Verwendung des dafür bereitgestellten Vordruckes. Die gewählte Kostenerstattung beginnt frühestens mit dem Zugang der Erklärung bei der AOK Rheinland/Hamburg und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Jahr durch schriftliche Erklärung des Versicherten. 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 anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum 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 um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 4 v. H. und, soweit Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht durchgeführt werden, um weitere 3,5 v. H., mindestens 5 EUR höchstens 40 EUR je Antrag, zu mindern.

(5) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Originalrechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrundegelegt.

§ 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, 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 Wirkungskdauer der Erklärung verlängert sich um jeweils zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des jeweiligen Zeitraums keine gegenteilige Erklärung vorliegt.

(3) Teilkostenerstattung wird 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, ist die Kassenleistung. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind in voller Höhe zu leisten.

(4) Die Kostenerstattung und die ohne Berücksichtigung des Teilkostenerstattungsanspruchs zustehende Beihilfe dürfen die beihilfefähigen Gesamtaufwendungen nicht überschreiten. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind vom tatsächlichen Erstattungsbetrag abzuziehen.

(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 ehemalige DO-Angestellte sowie für Hinterbliebene von DO-Angestellten.

§ 17

Empfangsberechtigung

Geldleistungen werden mit befreiender Wirkung an den Inhaber folgender Unterlagen gezahlt:

- bei Krankengeld des Auszahlungsscheins,
- bei Mutterschaftsgeld der Geburtsurkunde. Wird die Mutterschaftsgeldzahlung vor der Entbindung beantragt, ist eine Bescheinigung über den voraussichtlichen Tag der Entbindung vorzulegen.

Der Inhaber der Unterlagen hat sich auf Verlangen auszuweisen.

Vierter Abschnitt Beiträge

§ 18

Beitragsätze

(1) Die Beiträge werden nach einem Beitragssatz erhoben, der in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder festgesetzt wird.

(2) Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, gilt der allgemeine Beitragssatz; er beträgt 13,4 v.H.

(3) Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, gilt ein erhöhter Beitragssatz; er beträgt 17,8 v.H.

(4) Für Mitglieder, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, gilt ein ermäßigter Beitragssatz; er beträgt 12,2 v.H.

(5) Für freiwillige Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld gelten folgende Beitragssätze:

a) Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld nach § 14 Abs. 1 und § 14 Abs. 2 Buchstabe b): 13,4 v.H.

b) Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld nach § 14 Abs. 2 Buchstabe a): 17,8 v.H.

(6) Für Mitglieder, die nach § 14 Abs. 2 SGB V die Teilkostenerstattung gewählt haben, gilt ein Beitragssatz von 6,1 v. H. § 16 Abs. 6 findet mit der Maßgabe Anwendung, dass ein Beitragssatz von 6,7 v.H. gilt.

(7) Für nachstehende Personenkreise der freiwilligen Mitglieder gelten folgende Regelungen:

a) Nach dem Ende der Versicherungspflicht als Student oder Auszubildender des Zweiten Bildungsweges oder nach der Ausbildung als Fachschüler gilt bis zu der das Studium abschließenden Prüfung, längstens jedoch für sechs Monate der Beitragssatz für versicherungspflichtige Studenten. Dieser Beitragssatz gilt auch für freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule sind oder regelmäßig als Arbeitnehmer ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen).

b) Für freiwillige Mitglieder, deren Anspruch auf Leistungen während eines Auslandsaufenthaltes, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten, seines Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder eines seiner Elternteile bedingt ist oder nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ruht und für deren Angehörige kein Anspruch aus einer Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht, gilt der allgemeine Beitragssatz nach Absatz 2.

(8) Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder, die beantragt haben, dass sie Krankengeld ab Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit erhalten, gilt ein Beitragssatz von 17,8 v.H.

(9) Für Mitglieder gilt gemäß § 241 a SGB V ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9 v.H.

§ 19

Beitragsregelungen für freiwillige
und andere Mitglieder

(1) Die Beiträge der freiwilligen Mitglieder, Rentenantragsteller und Mitglieder nach § 192 Abs. 2 SGB V sowie in den Fällen des § 239 Satz 2 SGB V werden nach ihren beitragspflichtigen Einnahmen bemessen. Hierzu gehören das Arbeitsentgelt sowie alle anderen Einnahmen, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden könnten, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Der Existenzgründungszuschuss nach § 421 1 SGB III bleibt unberücksichtigt. Für die Anrechnung von Renten und Versorgungsbezügen gelten die gesetzlichen Regelungen (§ 239 sowie § 240 Abs. 3 und 4 SGB V). Wiederkehrende Leistungen aus einer privaten Lebens-, Unfall- oder Berufsunfähigkeitsversicherung werden mit dem monatlichen Zahlungsbetrag berücksichtigt.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen können der Beitragsbemessung bis zur monatlichen Beitragsbemessungsgrenze nur in dem Monat zugrunde gelegt werden, in dem der Anspruch auf sie entsteht oder in dem sie ausgezahlt werden. Einmalige beitragspflichtige Einnahmen, die keinem konkreten Erhebungszeitraum zugeordnet werden können, insbesondere einmalige Leistungen aus einer privaten Lebens-, Unfall- oder Berufsunfähigkeitsversicherung, sind ab dem 1. des Monats nach dem sie dem Versicherten zufließen, für ein Jahr monatlich mit einem Zwölftel zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die Zahlungen aus vorzeitiger Beendigung von Versicherungsverträgen, sofern nicht die Kapitalauszahlung innerhalb von fünf Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt ist. Einmalige Leistungen aus einer befreienden Lebensversicherung und einmalige Kapitalleistungen aus der betrieblichen Altersversorgung sind bei der Beitragsbemessung mit einem monatlichen Betrag von einem Einhundertzwanzigstel der Leistung bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen, längstens für 120 Monate. § 23 a SGB IV und § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V bleiben unberührt.

(3) Für die Bemessung der Monatsbeiträge der in Absatz 1 genannten Mitglieder sind folgende Beitragsbe-

messungsgrundlagen maßgebend, mindestens jedoch, sofern im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist, ein Drittel der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV):

Personenkreis	Beitragsbemessungsgrundlage
Arbeitnehmer, die wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind	1/12 des beitragspflichtigen Jahresarbeitsentgelts
Beamte und DO-Angestellte und ähnliche Personen	Für den Kalendermonat 1/12 der jährlichen Einnahmen nach Absatz 1; die Regelungen der Personenkreise Ehegatten oder Lebenspartner gelten entsprechend.
Hauptberuflich selbständig Tätige	100 v.H. der Beitragsbemessungsgrenze, bei Nachweis niedrigerer Einnahmen vom Folgemonat an 1/12 der jährlichen Einnahmen, jedoch mindestens 3/4 der monatlichen Bezugsgröße; die Regelungen der Personenkreise Ehegatten oder Lebenspartner gelten entsprechend.
Ehegatten oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes ohne eigene Einnahmen	50 v.H. der Bruttoeinnahmen des anderen Ehegatten oder Lebenspartners, höchstens die Hälfte der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze, soweit dieser Ehegatte oder Lebenspartner bei keiner gesetzlichen Krankenkasse versichert ist. Vor der Halbierung der Einnahmen ist für jedes unterhaltsberechtigte Kind ein Betrag in Höhe eines Drittels der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Dies gilt nicht, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes getrennt leben.
Ehegatten oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, deren Einnahmen niedriger sind als die (evtl. um Absetzungsbeiträge für Kinder geminderten) Bruttoeinnahmen des anderen Ehegatten oder Lebenspartners	50 v.H. der Bruttoeinnahmen bei der Ehegatten oder Lebenspartner, höchstens die Hälfte der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze, soweit der Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds bei keiner gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, mindestens jedoch die eigenen Einnahmen des Mitglieds. Vor der Halbierung der Einnahmen ist für jedes unterhaltsberechtigte Kind ein Betrag in Höhe eines Drittels der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Dies gilt nicht, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes getrennt leben.
Sozialhilfeempfänger	Für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger können mit den Sozialhilfeträgern pauschalierende Beitragsbemessungen vereinbart werden.
Sozialhilfeempfänger, die in Heimen untergebracht sind	Sofern mit den Sozialhilfeträgern keine pauschalierende Beitragsbemessungen vereinbart sind, gilt als Beitragsbemessungsgrundlage das 3,7fache des Eckregelsatzes.
Freiwillige Mitglieder, deren Anspruch auf Leistungen während eines Auslandsaufenthaltes, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten oder Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder eines seiner Elternteile bedingt ist oder nach	10 v.H. der monatlichen Bezugsgröße

§ 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ruht und für deren Angehörige kein Anspruch aus einer Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht.	
Mitglieder nach § 192 Abs. 2 SGB V	1/12 der jährlichen Einnahmen, jedoch mindestens 50 v.H. der monatlichen Bezugsgröße, sofern der Versicherte nicht niedrigere Einnahmen nachweist
Rentantragsteller und Fälle des § 239 Satz 2 SGB V	Mit den Sozialhilfeträgern können pauschalierende Beitragsbemessungen vereinbart werden.
Freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule sind.	der als monatlicher Bedarf nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 BAföG für Studenten festgesetzte Betrag

(4) Freiwillige Mitglieder haben auf Verlangen der AOK Rheinland/Hamburg die für die Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensnachweise, welche nicht durch Dritte gemeldet werden, vorzulegen. Sofern und solange Einkommensnachweise nicht erbracht werden, sind monatliche beitragspflichtige Einnahmen in der Höhe der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 Satz 1 SGB V zugrunde zu legen. § 240 Abs. 4 Satz 3 SGB V gilt entsprechend. Reduzierungen der Beitragsbemessung aufgrund eines vom Versicherten verspätet geführten Nachweises wirken zum ersten Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats. Dies gilt auch für Rentenantragsteller und Mitglieder nach § 192 Abs. 2 SGB V sowie in den Fällen des § 239 Satz 2 SGB V.

(5) Sofern in dem Arbeitsentgelt für Heimarbeiter und Hausgewerbetreibende Zuschläge für Kosten und Hilfstoffe enthalten sind, gelten als beitragspflichtige Einnahmen die um die Kostenzuschläge in Höhe von bis zu 33 v.H. gekürzten Bruttolöhne.

§ 20

Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

(1) Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

(2) Versicherungspflichtige Studenten haben vor der Einschreibung oder Rückmeldung an der Hochschule die Beiträge für das Semester im Voraus zu zahlen. Abweichend davon können die Beiträge auf Antrag des Mitgliedes auch monatlich gezahlt werden, wenn der Beitragseingang sichergestellt ist. Werden die Beiträge monatlich gezahlt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend.

(3) Weist der Arbeitgeber die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung freiwillig versicherter Arbeitnehmer zusammen mit den Gesamtsozialversicherungsbeiträgen im Beitragsnachweis gegenüber der Krankenkasse nach (Firmenzahler), gelten die Regelungen des § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV und des § 119 Abs. 2 SGB IV entsprechend.

Sonstige Beiträge werden spätestens am Fünfzehnten des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.

(4) Beiträge für Dezember 2005, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind nach § 23 Abs. 1 SGB IV in der bis zum 31.12.2005 geltenden Fassung fällig.

(5) Werden Beiträge für Januar 2006, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, nicht bis zur Fälligkeit nach § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV gezahlt, sind sie jeweils in Höhe von einem Sechstel der Beitragsschuld mit den Beiträgen für die Monate Februar bis Juli 2006 fällig.

§ 21

Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

Der Arbeitgeber hat der AOK Rheinland/Hamburg einen Beitragsnachweis rechtzeitig vor der Fälligkeit (§ 20) einzureichen.

§ 22

Vorschüsse

Die AOK Rheinland/Hamburg kann von Arbeitgebern, die

1. innerhalb des Kassenbezirks keine feste Betriebsstätte haben oder sich nur vorübergehend im Kassenbezirk aufhalten
oder
2.
 - a) sich in einem Vergleichsverfahren befinden
oder
 - b) sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben
oder
 - c) Zahlungsausfälle befürchten lassen
oder
3. die Beitragsnachweise nicht rechtzeitig 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.

§ 23

Erstattungen

Beitragserrstattungen nach § 231 SGB V werden zu Beginn eines Jahres für das jeweilige Vorjahr vorgenommen. Die Erstattung erfolgt auf Antrag des Mitglieds.

Fünfter Abschnitt Widerspruchsstellen

§ 24

Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

(1) Die Aufgaben der Widerspruchsstelle werden durch besondere Ausschüsse nach § 36 a SGB IV (Widerspruchsausschüsse) wahrgenommen. Widerspruchsausschüsse werden bei der Unternehmenssteuerung und bei den örtlichen Regionaldirektionen gebildet. Bei der Unternehmenssteuerung werden die Mitglieder des Widerspruchsausschusses und deren Stellvertreter vom Verwaltungsrat bestellt. Die Mitglieder der bei den örtlichen Regionaldirektionen zu bildenden Widerspruchsausschüsse und deren Stellvertreter werden von dem jeweiligen Regionalbeirat bestellt.

(2) Dem Widerspruchsausschuss bei der Unternehmenssteuerung gehören je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie der Vorsitzende des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg oder ein von ihm Beauftragter mit beratender Stimme an. Zu Mitgliedern des Widerspruchsausschusses können auch Stellvertreter von Mitgliedern des Verwaltungsrates bestellt werden. Für jedes Mitglied sind je zwei Stellvertreter zu bestimmen.

(3) Den Widerspruchsausschüssen der örtlichen Regionaldirektionen gehören je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber des Regionalbeirates sowie der Regionaldirektor oder ein von ihm Beauftragter mit beratender Stimme an. Zu Mitgliedern der Widerspruchsausschüsse können auch stellvertretende Mitglie-

der des Regionalbeirates bestellt werden. Für jedes Mitglied sind je zwei Stellvertreter zu bestimmen.

(4) Die Widerspruchsausschüsse entscheiden über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK Rheinland/Hamburg, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist. Näheres über die Führung der Verwaltungsgeschäfte bestimmt der Vorstand in Richtlinien (§ 36 a i.V.m. § 35 Abs. 2 SGB IV).

(5) Der bei der Unternehmenssteuerung gebildete Widerspruchsausschuss ist zuständig für solche Widersprüche, die nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften einem AOK-Landesverband zur Entscheidung übertragen sind.

(6) Die Widerspruchsausschüsse bei den örtlichen Regionaldirektionen entscheiden über Widersprüche vorbehaltlich der Regelung in Absatz 5. Örtlich zuständig ist die betreuende Regionaldirektion. Die Widerspruchsangelegenheiten für die bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherten Rentner, die im Ausland ihren Wohnsitz haben und für die über- oder zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht anzuwenden ist, fallen in die Zuständigkeit des Widerspruchsausschusses der Regionaldirektion Bonn.

(7) Für ehrenamtliche Mitglieder der Widerspruchsausschüsse gelten u.a. die gesetzlichen Vorschriften über Führung des Ehrenamtes, Verlust der Mitgliedschaft, Amtsdauer, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung sowie über die Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden (§ 62 SGB IV) entsprechend.

(8) Die Widerspruchsausschüsse nehmen zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (§ 112 Abs. 2 SGB IV) wahr.

Sechster Abschnitt

Mitgliedschaften und Zusammenwirken

§ 25

Mitgliedschaften

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg ist Mitglied des AOK-Bundesverbandes.

(2) Die AOK Rheinland/Hamburg kann anderen Verbänden, Vereinigungen, Arbeitsgemeinschaften und Organisationen beitreten, die Aufgaben oder Interessen der AOK Rheinland/Hamburg oder der Sozialversicherung mit sozial- bzw. gesundheitspolitischer Zielsetzung wahrnehmen oder solche bilden.

§ 26

Zusammenwirken

(1) Zur Förderung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des AOK-Systems arbeitet die AOK Rheinland/Hamburg – 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 Rheinland/Hamburg im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Krankenkassen und Landesorganisationen der anderen Kassenarten sowie mit Einrichtungen des Gesundheitswesens im Land Nordrhein-Westfalen und in der Freien und Hansestadt Hamburg zusammen.

§ 27

Bindung an Grundsatzentscheidungen

Die vom AOK-Bundesverband nach § 217 Abs. 3 SGB V getroffenen Grundsatzentscheidungen zur Regelung der

1. Vergütungen, soweit das SGB V nichts Abweichendes bestimmt,
2. Gesundheitsvorsorge,
3. Rehabilitation und

4. Erprobung
sind für die AOK Rheinland/Hamburg verbindlich.

§ 28

Bindung an Verträge und Richtlinien

Die vom AOK-Bundesverband kraft Gesetzes abgeschlossenen Verträge sowie

- die Richtlinien nach den §§ 92, 136 a Satz 1 Nr. 1, 136 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 282 SGB V),
 - die Vereinbarungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Qualitätssicherung, § 137 d SGB V,
- sind für die AOK Rheinland/Hamburg verbindlich.

Siebter Abschnitt

Organisationsstruktur und Selbstverwaltung

§ 29

Organisationsstruktur

(1) Die Organisation der AOK Rheinland/Hamburg gliedert sich in

- a) eine zentrale Ebene (Unternehmenssteuerung) und
- b) eine regionale Ebene (örtliche Regionaldirektionen sowie eine Regionaldirektion Gemeinschaftsaufgaben und eine Regionaldirektion Krankenhäuser).

(2) Zahl und Abgrenzungen der Regionaldirektionen kann der Vorstand mit Ausnahme der Regionaldirektion Hamburg unter unternehmenspolitischen und/oder betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten sowie nach den Erfordernissen des Marktes nach vorheriger Zustimmung durch den Verwaltungsrat festlegen.

(3) In Hamburg besteht eine hauptamtliche Landesvertretung der AOK Rheinland/Hamburg. Diese ist Bestandteil der Unternehmenssteuerung und untersteht unmittelbar dem Vorstand. Der Leiter der Landesvertretung wird vom Vorstand bestellt. Das Nähere über Aufgaben und Organisation der Landesvertretung regelt der Vorstand in der Richtlinie nach § 35 a Abs. 1 SGB IV.

(4) In den örtlichen Regionaldirektionen werden Geschäftsstellen unterhalten, bei deren Zahl sich der Vorstand an den Erfordernissen einer kundennahen Betreuung der Versicherten und deren Arbeitgeber orientiert.

§ 30

Organe der AOK Rheinland/Hamburg

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

§ 31

Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK Rheinland/Hamburg 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).

(2) Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK Rheinland/Hamburg von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 33 Abs. 1 und 3 SGB IV, § 197 Abs. 1 Nr. 1 a und 1 b SGB V). Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(3) Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB IV, § 194 Abs. 1 Nr. 5 SGB V). 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. Januar (§ 62 Abs. 3 SGB IV). Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende dürfen nicht derselben Gruppe angehören (§ 62 Abs. 1 SGB IV).

(4) Für die Stellvertretung verheimerter Mitglieder des Verwaltungsrates gilt § 43 Abs. 2 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV.

(5) Zur Feststellung des Haushaltsplans und zur Abnahme der Jahresrechnung finden jährlich zwei Sitzungen des Verwaltungsrates statt, im Übrigen nach Bedarf.

Darüber hinaus ist der Verwaltungsrat unverzüglich einzuberufen, wenn

- a) mindestens ein Drittel der stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates es verlangt,
- b) der Vorstand es beantragt oder
- c) die Aufsichtsbehörde es verlangt.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates beruft zu den Sitzungen ein. Er soll hierbei im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden handeln.

(6) An den Sitzungen des Verwaltungsrates nehmen die Mitglieder des Vorstandes mit beratender Stimme teil. Der Verwaltungsrat kann Mitarbeiter der AOK Rheinland/Hamburg zu seinen Sitzungen hinzuziehen. Sofern aus der Mitte des Verwaltungsrates beantragt wird, die Mitglieder des Vorstandes 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, Grundstücksangelegenheiten oder geheimhaltungsbefürhtigen Tatsachen befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nicht-öffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben.

(8) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen und zwei Drittel der stimmberechtigten Mitglieder, jedoch mehr als die Hälfte aus jeder Gruppe, anwesend sind. 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.

(9) Die Beschlüsse werden, soweit durch Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt ist, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Auf Antrag kann geheime Abstimmung beschlossen werden. Stimmenthaltungen und ungültige Stimmen gelten als nicht abgegeben. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(10) Anträge auf Änderung oder Ergänzung der vorläufigen Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung schriftlich bei der Geschäftsstelle der Unternehmenssteuerung eingereicht werden; die Mitglieder des Verwaltungsrates sind hiervon unverzüglich zu unterrichten. Sonstige Angelegenheiten werden zur Beratung nur zugelassen, wenn ein entsprechender Tagesordnungsantrag vor Feststellung der Tagesordnung von mindestens einem Drittel der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates gestellt wird. Die Beschlussfassung wird jedoch bis zur nächsten Sitzung ausgesetzt, wenn ein Drittel der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht. Anträge auf Änderung der Satzung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung schriftlich gestellt werden. Für die Feststellung der Tagesordnung gilt Absatz 9.

(11) Über die Sitzungen des Verwaltungsrates werden Niederschriften gefertigt. Näheres bestimmt die Geschäftsordnung.

(12) Der Verwaltungsrat kann 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 An-

derung 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.

Wenn mindestens ein Zehntel der Mitglieder des Verwaltungsrates aus einer Gruppe der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen. Ergibt sich bei der schriftlichen Abstimmung Stimmengleichheit, 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 bildet zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse; sie sind je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammengesetzt. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

(14) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere:

- a) Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK Rheinland/Hamburg maßgebendes Recht verstoßen (§ 38 SGB IV).
- b) Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei der Ergänzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

§ 32 Vorstand

(1) Der Verwaltungsrat wählt einen aus drei Personen bestehenden Vorstand und aus dessen Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; Wiederwahl ist möglich.

(2) Der Vorstand verwaltet hauptamtlich die AOK Rheinland/Hamburg und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK Rheinland/Hamburg maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorsitzende ist zur Alleinvertretung der AOK Rheinland/Hamburg befugt.

Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig.

(3) Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstands seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende.

§ 33 Regionalbeiräte

(1) Bei jeder örtlichen Regionaldirektion wird zur Stärkung des Regionalbezuges der AOK Rheinland/Hamburg ein Regionalbeirat gebildet. Dieser besteht aus je sieben Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Abweichend von Satz 2 besteht der Regionalbeirat Hamburg aus je neun Vertretern jeder Gruppe. Die Hamburger Mitglieder im Verwaltungsrat sind zugleich Mitglieder im Regionalbeirat Hamburg.

(2) Der Regionaldirektor, im Verhinderungsfall sein Stellvertreter, gehört dem Regionalbeirat mit beratender Stimme an.

(3) Die in den Regionalbeirat zu wählenden Vertreter der Versicherten werden von den im Verwaltungsrat amtierenden Vertretern der Versicherten, die Vertreter der Arbeitgeber von den im Verwaltungsrat amtierenden Vertretern der Arbeitgeber auf Vorschlag der Sozialpartnerorganisationen gewählt. Dasselbe gilt für die Stellvertreter.

(4) Die Wahl des Vorsitzenden des Regionalbeirates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz von Jahr zu Jahr jeweils zum 1. Januar. Die Wahl des Vorsitzenden erfolgt aus den Gruppen.

(5) Für die Regionalbeiräte bzw. ihre Mitglieder gelten die gesetzlichen Vorschriften über Führung des Ehrenamtes, Verlust der Mitgliedschaft, Amtsdauer, Ergänzung, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung entsprechend; für die Stellvertretung verhinderter Mitglieder gilt § 43 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB IV in Verbindung mit § 40 SGB IV.

(6) Den Regionalbeiräten obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Gesundheitspolitische Beratung der Regionaldirektion, insbesondere Vermittlung von Erfahrungen und Erwartungen aus dem kommunalpolitischen Leben sowie aus Arbeitswelt und Wirtschaft einschließlich Handwerk.
 - b) Mitwirkung bei der Vorbereitung des Regionalbudgets als Teil des Gesamthaushaltes der AOK Rheinland/Hamburg.
 - c) Beratung der Ergebnisse der unternehmenspolitischen Jahresbilanz der Regionaldirektion entsprechend der Gesamtzielabsprache der AOK Rheinland/Hamburg.
 - d) Auswertung der regionalen Krankheitsdaten und Mitwirkung bei der regionalen Gesundheitsberichterstattung.
 - e) Mitwirkung bei grundsätzlichen Fragen der medizinischen Versorgung in der Region.
 - f) Mitwirkung bei der Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung in der Region (Notfalldienste etc.).
 - g) Begleitung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsverhütung in der Region.
 - h) Transparenz der Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden und Vorschläge zur Beseitigung.
 - i) Mitwirkung bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung gemäß § 20 SGB V.
 - j) Zusammenarbeit mit den Beteiligten vor Ort bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen.
 - k) Mitwirkung bei der gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit in der Region, auch zur Unterstützung der Unternehmenspolitik der AOK Rheinland/Hamburg.
 - l) Bestellung der Mitglieder und der stellvertretenden Mitglieder des Widerspruchsausschusses bei der Regionaldirektion (§ 36 a SGB IV in Verbindung mit § 24).
- (7) Die Sitzungen der Regionalbeiräte finden bei Bedarf statt. 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.

§ 34 Vertretung der AOK Rheinland/Hamburg

(1) Der Vorstand vertritt die AOK Rheinland/Hamburg gerichtlich und außergerichtlich (§ 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

(2) Unbeschadet des § 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV wird die AOK Rheinland/Hamburg vertreten

- a) durch den Vorsitzenden des Vorstandes, im Verhinderungsfall durch den stellvertretenden Vorsitzenden,
- b) im Einzelfall auf Beschluss des Vorstandes durch ein anderes Vorstandsmitglied (§ 35 a Abs. 1 Satz 2 SGB IV).

(3) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK Rheinland/Hamburg gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern (§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Das Vertretungsrecht wird durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

§ 35

Entschädigung und Haftung der Mitglieder
des Verwaltungsrates und der Mitglieder der
Regionalbeiräte

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die Mitglieder der Regionalbeiräte üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

Anhang 1 (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 Selbstverwaltungsorgans sowie der Mitglieder der Regionalbeiräte richtet sich nach § 42 SGB IV.

Achter Abschnitt
Verwaltung der Mittel

§ 36

Rücklage

Die Rücklage beträgt 25 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.

§ 37

Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung
sowie der Jahresrechnung

(1) Der Verwaltungsrat hat im Hinblick auf die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IV) jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung für das abgelaufene Geschäftsjahr prüfen zu lassen (§ 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V). Diese Prüfung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb. Sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Der Verwaltungsrat bestimmt den/die Prüfer für das Geschäftsjahr.

(2) Der Vorstand hat die Jahresrechnung in geeigneter Weise prüfen zu lassen (§ 31 SVHV). Der Vorstand hat die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Feststellungen des Prüfberichts dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

(3) Der Vorstand ist verpflichtet, die Kasse und Buchführung der AOK Rheinland/Hamburg mindestens zweimal im Jahr zu prüfen. Die Prüfung 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.m. § 7 SRVwV). Ferner sind mindestens zweimal jährlich die Bestände an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln bei der Unternehmenssteuerung unvermutet zu prüfen. Der Vorstand kann zur Durchführung dieser Aufgaben im Einzelfall die interne Revision einsetzen.

(4) Die interne Revision hat mindestens zweimal jährlich die Bestände an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln bei den Regionaldirektionen und den Geschäftsstellen unvermutet zu prüfen.

Neunter Abschnitt**Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit
und Mutterschaft („Ausgleichsverfahren“)**

§ 38

Ausgleichsverfahren nach dem
Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

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

Zehnter Abschnitt**Bekanntmachungen, Aufsicht und In-Kraft-Treten**

§ 39

Bekanntmachungen

(1) Öffentliche Zustellungen, insbesondere von Verwaltungsakten, können durch Aushang in den Geschäftsräumen der Unternehmenssteuerung und der jeweils zuständigen örtlichen Regionaldirektion der AOK Rheinland/Hamburg erfolgen.

(2) Die Bekanntmachung der Satzung oder sonstigen autonomen Rechts der AOK Rheinland/Hamburg sowie Ort, Zeitpunkt und Tagesordnung des öffentlichen Sitzungsteils einer Sitzung des Verwaltungsrats erfolgt durch Aushang in den Geschäftsräumen der Unternehmenssteuerung und aller örtlichen Regionaldirektionen; § 196 SGB V findet Anwendung. Auf den wesentlichen Inhalt und den Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens wird jeweils in den nächsten Ausgaben der Kundenzeitschrift hingewiesen.

(3) Die Aushangfrist für Bekanntmachungen der Satzung und sonstigen autonomen Rechts der AOK Rheinland/Hamburg sowie Ort, Zeitpunkt und Tagesordnung des öffentlichen Sitzungsteils einer Sitzung des Verwaltungsrats beträgt eine Woche. Für öffentliche Zustellungen gelten die Aushangfristen des § 15 Abs. 3 VwZG. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens und der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 40

Aufsicht

Die Aufsicht über die AOK Rheinland/Hamburg führt, soweit nicht Landesverbandsaufgaben wahrgenommen werden, das Landesversicherungsamt Nordrhein-Westfalen in Essen.

§ 41

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2006 in Kraft.

Anhang 1**zur Satzung der****AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse****Entschädigungsregelung
für die Mitglieder des Verwaltungsrates
sowie
die Mitglieder der Regionalbeiräte
der****AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
gemäß § 35 Abs. 2 der Satzung**

§ 1

Ersatzbarer Auslagen

Die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die ehrenamtlichen Mitglieder der Regionalbeiräte erhalten, sofern sie in ihrer Eigenschaft als Mitglieder der Gremien tätig werden, als Ersatzbarer Auslagen:

(1) Tagegeld

a) Tagegeld wird nach Maßgabe des § 6 des Bundesreisekostengesetzes gezahlt. Das bedeutet bei Abwesenheit von

mindestens 8 Stunden	6 EUR
mindestens 14 Stunden	12 EUR
24 Stunden (voller Kalendertag)	24 EUR.

b) Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag werden die Abwesenheitszeiten an diesem Tag zusammengerechnet.

c) Bei Sitzungen im Ausland richtet sich die Zahlung von Auslandstagegeld nach der Verordnung über die Reisekostenvergütung bei Auslandsdienstreisen.

- d) Übersteigen die unvermeidbaren Auslagen das Tagesgeld, so sind diese in tatsächlicher Höhe zu erstatten.
- e) Sofern ein Organmitglied aufgrund körperlicher Behinderung nicht in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug selbst zu führen, wird für den Fahrer Tagesgeld entsprechend den vorgenannten Regelungen gezahlt.

(2) Übernachtungsgeld

- a) Wenn eine Übernachtung erforderlich ist, wird ohne belegmäßigen Nachweis ein Übernachtungsgeld von 19,94 EUR gezahlt. Die Zahlung entfällt, wenn eine Übernachtung unentgeltlich zur Verfügung gestellt wird.
- b) Sind die nachgewiesenen Übernachtungskosten höher, werden sie erstattet, sofern sie unvermeidbar waren. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind um den Betrag in Höhe des maßgebenden Sachbezugswerts nach der Sachbezugsverordnung zu kürzen.
- c) § 1 Abs. 1 Buchstaben c) und e) gelten für das Übernachtungsgeld entsprechend.

(3) Fahrkosten

Fahrkosten werden wie folgt erstattet:

- a) bei Benutzung der Eisenbahn bis zur Höhe des Fahrpreises der 1. Wagenklasse, einschließlich der Mehrkosten zuschlagspflichtiger Züge, und – wenn die Benutzung eines Schlafwagens erforderlich ist – die Kosten der Schlafwagenbenutzung; bei Erstattung der Schlafwagenkosten entfällt das Übernachtungsgeld;
- b) bei Benutzung eines Flugzeuges werden die Kosten der niedrigsten buchbaren Klasse ersetzt;
- c) bei Benutzung eines Kraftwagens eine Kilometerentschädigung in Höhe der Pauschbeträge nach § 5 Abs. 2 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes. Bei einem Kraftwagen sind das z. Zt. 0,30 EUR je Kilometer.

(4) Parkgebühren sowie sonstige Nebenkosten für die An- und Abfahrt zur Bahn oder zum Flugplatz, für Gepäckbeförderung, Gepäckaufbewahrung usw. werden in nachgewiesener Höhe erstattet.

§ 2

Verdienstausfall

(1) Den Mitgliedern des Verwaltungsrates und den Mitgliedern der Regionalbeiräte wird der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und der den Arbeitnehmeranteil übersteigende Betrag nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI 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 Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, so wird der Verdienstausfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Absatz 1 Satz 2 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ersetzt. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt. Die letzte angefangene Stunde wird voll angerechnet.

§ 3

Pauschbetrag für Zeitaufwand

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder der Regionalbeiräte erhalten 52 EUR als Pauschbetrag für Zeitaufwand für jeden Kalendertag einer Sitzung des Verwaltungsrates und seiner Fachausschüsse sowie der Regionalbeiräte. Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag wird der Pauschbetrag nur einmal gezahlt.

(2) Als Sitzungstage gemäß Absatz 1 gelten auch solche Tage, an denen zur Vorbereitung der Tagesordnung für Sitzungen des Verwaltungsrates (oder seiner Fachausschüsse) bzw. der Regionalbeiräte im Interesse einer zügigen Abwicklung der Vollsitzungen eine Gruppenvorbesprechung stattfindet. Dies gilt auch für die Tätigkeit

der Organmitglieder in den Ausschüssen des Verwaltungsrates sowie der ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse mit der Maßgabe, dass die Vorsitzenden der Ausschüsse für die Tätigkeit im Ausschuss den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 3 Abs. 1) beanspruchen können.

(3) Den Pauschbetrag nach Absatz 1 erhalten die Mitglieder des Verwaltungsrates und die Mitglieder der Regionalbeiräte auch für die Teilnahme an Verhandlungen, Besprechungen, Tagungen und Veranstaltungen sowie für sonstige Anlässe, wenn die Teilnahme auf einem besonderen Auftrag des Gremiums beruht. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

§ 4

Ersatzbarer Auslagen der Vorsitzenden und der stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates sowie der Regionalbeiräte außerhalb der Sitzungen

(1) Die baren Auslagen, die dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter und den Vorsitzenden der Regionalbeiräte und deren Stellvertretern für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen des Verwaltungsrates oder seiner Fachausschüsse und der Regionalbeiräte der AOK Rheinland/Hamburg (§ 3 Abs. 1) sowie außerhalb der Vertretung in besonderem Auftrage im Sinne des § 3 Abs. 3 entstehen, werden

dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter mit einem monatlichen Pauschbetrag von je 64 EUR

und den Vorsitzenden der Regionalbeiräte und deren Stellvertretern mit einem monatlichen Pauschbetrag von je 32 EUR

abgegolten, zahlbar zu Beginn des Monats. Insoweit entfällt die Erstattung barer Auslagen nach § 1 Abs. 1 und 2.

(2) Neben dem Auslagenersatz nach Absatz 1 werden dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinem Stellvertreter sowie den Vorsitzenden der Regionalbeiräte und deren Stellvertretern auch für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen (Absatz 1) Fahrkosten nach Maßgabe des § 1 Abs. 3 erstattet.

§ 5

Pauschbetrag für Zeitaufwand der Vorsitzenden und der stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates und der Regionalbeiräte außerhalb der Sitzungen

Für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen des Verwaltungsrates und seiner Fachausschüsse und der Regionalbeiräte der AOK Rheinland/Hamburg (§ 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 410 EUR

und den Vorsitzenden der Regionalbeiräte und deren Stellvertretern ein monatlicher Pauschbetrag von je 103 EUR

zu Beginn des Monats gezahlt. Insoweit entfällt die Zahlung des Pauschbetrages nach § 3.

Anhang 2

zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft („Ausgleichsverfahren“)

Abschnitt A: Maßgebende Rechtsnormen

§ 1**Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen**

Die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der AOK Rheinland/Hamburg 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) An dem Ausgleichsverfahren wegen der Entgeltfortzahlung (§ 1 Abs. 1 AAG) nehmen die Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer im Sinne des § 3 Abs. 1 AAG beschäftigen. Bei der Errechnung der Gesamtzahl der Arbeitnehmer bleiben schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX außer Ansatz.

(2) An dem Ausgleichsverfahren der Aufwendungen bei Mutterschaft (§ 1 Abs. 2 AAG) nehmen alle Arbeitgeber teil.

(3) Nicht an dem Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG beteiligt sind die in § 11 Abs. 1 AAG genannten Personen und Einrichtungen; eine Teilnahme am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 2 AAG findet statt. An dem Ausgleichsverfahren nach § 1 AAG sind die in § 11 Abs. 2 und § 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen nicht beteiligt.

Abschnitt C:**Erstattungen****§ 3****Erstattungsanspruch**

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg erstattet den an dem Ausgleichsverfahren beteiligten Arbeitgebern

- a) 60 v.H. des für den in § 3 und den in § 9 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer fortgezählten Arbeitsentgelts (Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit), wobei die Aufwendungen höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden.
- b) 100 v.H. des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 MuSchG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld und des vom Arbeitgeber nach § 11 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgeltes (Aufwendungen bei Mutterschaft) sowie der auf das Arbeitsentgelt entfallenden und vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Arbeitslosenversicherung; anstelle der tatsächlichen Beiträge wird eine Pauschale von 20 v.H. des Arbeitsentgeltes erstattet.

(2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der in Absatz 1 Buchstabe a) aufgeführte Erstattungssatz auf 70 v.H. erhöht. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden.

(3) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der in Absatz 1 Buchstabe a) aufgeführte Erstattungssatz auf 50 v.H. ermäßigt. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden.

§ 4**Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen**

Mit den in § 3 Abs. 1 Buchstabe a), Abs. 2 und Abs. 3 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die er-

stattungsfähigen Aufwendungen entfallenden Arbeitgeberanteile der Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Arbeitslosenversicherung abgegolten.

§ 5**Vorschüsse**

(1) Dem Arbeitgeber können auf Antrag angemessene Vorschüsse für die Erfüllung seiner Verpflichtungen nach den in § 3 genannten Rechtsgrundlagen gewährt werden.

(2) Über die Gewährung von Vorschüssen kann der Vorstand Richtlinien erlassen.

Abschnitt D:**Umlagen****§ 6****Aufbringung der Mittel**

(1) Die Mittel zur Durchführung des Ausgleichsverfahrens werden durch Umlagen von den beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.

(2) Bei der gesetzlichen Entgeltfortzahlung beträgt die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit

- a) nach § 3 Abs. 1 Buchstabe a) = 1,6 v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG
- b) nach § 3 Abs. 2 = 2,6 v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG
- c) nach § 3 Abs. 3 = 1,3 v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG.

(3) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Abs. 1 Buchstabe b) beträgt 0,20 v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG.

(4) Ist lediglich die Umlage nach Absatz 3 zu zahlen, kann die AOK Rheinland/Hamburg mit dem umlagepflichtigen Arbeitgeber abweichende Vereinbarungen über Nachweis und Fälligkeit (§ 1) dieser Umlage treffen, sofern der Verwaltungsaufwand des Arbeitgebers bei der monatlichen Zahlung der Umlage in keinem angemessenen Verhältnis zu dem Umlagebetrag stehen würde; dies ist bei einem Jahresbetrag, der 36 Euro nicht übersteigt, der Fall.

Abschnitt E:**Widerspruchsstellen****§ 7****Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen**

(1) § 24 der Satzung gilt auch für Widersprüche im Rahmen des Ausgleichsverfahrens.

(2) Bei der Bestimmung der Regionalbeiräte nach § 33 Abs. 6 Buchstabe l) der Satzung ist bezüglich des Ausgleichsverfahrens § 8 dieses Anhangs entsprechend zu berücksichtigen.

(3) Die Widerspruchsausschüsse nehmen zugleich Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (§ 112 Abs. 2 SGB IV) wahr.

Abschnitt F:**Organe der Selbstverwaltung****§ 8****Mitwirkung**

(1) In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

(2) Den Vorsitz führt der im Selbstverwaltungsorgan als Vorsitzender bzw. stellvertretender Vorsitzender amtierende Vertreter der Gruppe der Arbeitgeber. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter einen Stellvertreter.

Abschnitt G: Verwaltung der Mittel

§ 9

Betriebsmittel

(1) Die AOK Rheinland/Hamburg verwaltet die Mittel für das Ausgleichsverfahren als Sondervermögen.

(2) Es werden getrennte Betriebsmittel gebildet

- a) für den Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen bei Krankheit,
- b) für den Ausgleich der Arbeitgebераufwendungen bei Mutterschaft.

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

§ 10

Haushaltsplan

(1) Der Haushaltsplan wird vom Vorstand aufgestellt.

(2) Die Feststellung des Haushaltsplans obliegt dem Verwaltungsrat.

§ 11

Jahresrechnung

(1) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt. Der Vorstand hat die Jahresrechnung in geeigneter Weise prüfen zu lassen.

(2) Zur Prüfung der Jahresrechnung wählt der Verwaltungsrat einen Rechnungsprüfungsausschuss (Fachausschuss für Finanzen und Rechnungsprüfung). Der Fachausschuss für Finanzen und Rechnungsprüfung hat in Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens die Rechte, die sich aus § 37 Abs. 1 der Satzung ergeben.

(3) Der Verwaltungsrat nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung des Vorstandes.

– GV. NRW. 2006 S. 360

822

Satzung der Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse Vom 1. Juli 2006

Aufgrund jeweils einstimmiger Beschlüsse ihrer Verwaltungsräte haben die AOK Rheinland (Regierungsbezirk Düsseldorf und Köln des Landes Nordrhein-Westfalen) und die AOK Hamburg (Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg) mit Wirkung ab 1. Juli 2006 zur AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse mit Sitz in Düsseldorf freiwillig fusioniert.

Die Fusion und die Satzung der AOK Rheinland/Hamburg wurden vom Landesversicherungsamt Nordrhein-Westfalen mit Bescheid vom 9. Juni 2006 (Az.: II 2-3600.1-1) genehmigt. Mit der Vereinigung der AOKs sind auch die Pflegekassen vereinigt. Die Satzungen der AOK Rheinland/Hamburg werden hiermit bekannt gemacht.

Düsseldorf, den 1. Juli 2006

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Der Vorsitzende des Vorstandes
der Pflegekasse

Wilfried J a c o b s

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt Namen und Aufgaben

- § 1 Name, Sitz und Bezirk
- § 2 Aufgabenstellung

Zweiter Abschnitt Versicherter Personenkreis

- § 3 Mitglieder der Pflegekasse
- § 4 Familienversicherte
- § 5 Weiterversicherung
- § 6 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Dritter Abschnitt Leistungen

- § 7 Leistungen

Vierter Abschnitt Beiträge

- § 8 Beiträge und Beitragssatz
- § 9 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

Fünfter Abschnitt Widerspruchsstelle

- § 10 Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

Sechster Abschnitt Organe

- § 11 Verwaltungsrat
- § 12 Vorstand
- § 13 Vertretung der Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg
- § 14 Entschädigung und Haftung der Organmitglieder

Siebter Abschnitt Verwaltung der Mittel

- § 15 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung sowie der Jahresrechnung

Achter Abschnitt Bekanntmachungen, Aufsicht und In-Kraft-Treten

- § 16 Bekanntmachungen
- § 17 Aufsicht
- § 18 In-Kraft-Treten

Anhang Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse der Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse gemäß § 14 Abs. 2 der Satzung

Erster Abschnitt Namen und Aufgaben

§ 1

Name, Sitz und Bezirk

(1) Die Pflegekasse führt die Bezeichnung „Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse“. Der Sitz der Pflegekasse ist Düsseldorf.

(2) Die Pflegekasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die Organe der AOK Rheinland/Hamburg sind Organe der bei ihr errichteten Pflegekasse.

(3) Der Bezirk der Pflegekasse umfasst den Bezirk der AOK Rheinland/Hamburg, bei der sie errichtet ist.

(4) Die Pflegekasse nimmt zugleich die Aufgaben eines Landesverbandes wahr (§ 52 SGB XI).

§ 2

Aufgabenstellung

(1) Die Pflegekasse stellt die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten sicher. Sie koordiniert mit den Trägern der ambulanten und stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung die für die Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen. In Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern wirkt sie frühzeitig auf alle geeigneten Maßnahmen der Prävention, Rehabilitation und Krankenbehandlung hin.

(2) Die Pflegekasse unterstützt Versicherte in ihrer Eigenverantwortung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch Aufklärung und Beratung. Diese erstrecken sich auch auf Gesundheitsgefährdungen und die Verhütung von Krankheiten, die Pflegebedürftigkeit zur Folge haben sowie eventuelle Selbsthilfemöglichkeiten.

(3) Zur Gewährleistung, zur Weiterentwicklung und zum Ausbau der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen wirkt sie mit dem Land und den Pflegeeinrichtungen eng zusammen und fördert die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung.

(4) Die Pflegekasse engagiert sich intensiv bei der Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung, dies sowohl in Gemeinsamkeit mit den Vertragspartnern, als auch durch individuelle Wahrnehmung der Interessen ihrer Versicherten.

(5) Im Einzelnen erfüllt die Pflegekasse die ihr als Pflegekasse und als Landesverband durch Gesetz und Satzung übertragenen sowie zugelassenen Aufgaben. § 29 Abs. 2 Sätze 3 bis 5 der Satzung der AOK Rheinland/Hamburg gelten entsprechend.

(6) Die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen kraft Gesetzes abzuschließenden Verträge sowie

– die Richtlinien zur näheren Abgrenzung der in § 14 SGB XI genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 15 und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 17 Abs. 1 SGB XI),

– die gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung und zum Verfahren der Durchführung von Qualitätsprüfungen in der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflege (§ 80 SGB XI)

sind für die Pflegekasse verbindlich.

Zweiter Abschnitt Versicherter Personenkreis

§ 3

Mitglieder der Pflegekasse

(1) Die Mitglieder der AOK Rheinland/Hamburg sind Mitglieder der bei ihr errichteten Pflegekasse, sofern sie nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind.

(2) Sonstige Personen sind Mitglied der Pflegekasse, sofern sie zum in § 21 SGB XI genannten Personenkreis gehören und die Mitgliedschaft bei ihr gewählt haben oder die AOK Rheinland/Hamburg mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist.

(3) Mitglied der Pflegekasse sind auch die Personen, die sich nach § 26 SGB XI weiterversichert haben sowie Personen, die ein Beitrittsrecht nach § 26 a SGB XI haben und die Mitgliedschaft bei der Pflegekasse gewählt haben.

§ 4

Familienversicherte

Ehegatten, der Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und Kinder von Mitgliedern so-

wie die Kinder von familienversicherten Kindern sind bei der Pflegekasse versichert, wenn die Voraussetzungen des § 25 SGB XI erfüllt sind.

§ 5

Weiterversicherung

(1) Mitglieder, die aus der Versicherungspflicht nach §§ 20 oder 21 SGB XI ausgeschieden sind, können sich auf Antrag weiterversichern, wenn die Voraussetzungen des § 26 SGB XI erfüllt sind.

(2) Personen, deren Familienversicherung nach § 25 SGB XI erlischt oder nur wegen § 25 Abs. 3 SGB XI nicht besteht, können sich auf Antrag weiterversichern, sofern für sie keine Versicherungspflicht nach § 23 Abs. 1 SGB XI eintritt.

(3) Mitglieder, die wegen Verlegung ihres Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können auf Antrag ihre Versicherung fortsetzen (Weiterversicherung). Die Weiterversicherung erstreckt sich auch auf die nach § 25 SGB XI versicherten Familienangehörigen, die gemeinsam mit dem Mitglied ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegen.

§ 6

Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft der Versicherungspflichtigen beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20 oder § 21 SGB XI vorliegen.

(2) Die Mitgliedschaft der Versicherungspflichtigen endet mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen des § 20 oder § 21 SGB XI entfallen, sofern sie nicht nach § 49 Abs. 2 SGB XI fortbesteht.

(3) Die Mitgliedschaft der Weiterversicherten schließt sich unmittelbar an das Ende der Versicherungspflicht an.

(4) Die Mitgliedschaft der beigetretenen Personen beginnt am Ersten des Monats, der auf die Beitrittserklärung folgt.

(5) Die Mitgliedschaft der Weiterversicherten und der beigetretenen Personen endet unbeschadet des § 49 Abs. 3 Nr. 1 und Satz 2 SGB XI im Falle des Austritts zwei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem der Austritt erklärt wird.

Dritter Abschnitt Leistungen

§ 7

Leistungen

(1) Pflegebedürftige (§ 14 SGB XI) Versicherte erhalten nach Maßgabe gesetzlicher Vorschriften folgende Leistungen:

- a) Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI),
- b) Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI),
- c) Geldleistungen und Sachleistungen in Kombination (§ 38 SGB XI),
- d) Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI),
- e) Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40 SGB XI),
- f) Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI),
- g) Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI),
- h) Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI),

- i) Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43 a SGB XI),
 - j) Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§§ 45 a, 45 b SGB XI),
 - k) Beratung und Information, welche Pflegeleistungen in der jeweils persönlichen Situation in Betracht kommen (§ 7 Abs. 3 Satz 3 SGB XI).
- (2) Darüber hinaus erbringt die Pflegekasse nach Maßgabe gesetzlicher Vorschriften folgende Leistungen:
- a) Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI),
 - b) Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI).
- (3) Die Pflegekasse unterstützt ihre Versicherten in Verfahren von Behandlungs- und Pflegefehlern (§ 115 Abs. 3 Satz 7 und Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 66 SGB V).

Vierter Abschnitt Beiträge

§ 8

Beiträge und Beitragssatz

(1) Die Beiträge sind von den beitragspflichtigen Einnahmen nach Maßgabe gesetzlicher Vorschriften und der Satzung der Pflegekasse in Höhe des gesetzlich festgelegten Beitragssatzes aufzubringen.

(2) Die Beiträge der freiwilligen Mitglieder, Rentenantragsteller und Mitglieder nach § 49 Abs. 2 Satz 1 SGB XI i.V.m. § 192 Abs. 2 SGB V sowie in den Fällen des § 239 Satz 2 SGB V werden nach ihren beitragspflichtigen Einnahmen bemessen. Hierzu gehören das Arbeitsentgelt sowie alle anderen Einnahmen, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden könnten, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Der Existenzgründungszuschuss nach § 421 I SGB III bleibt unberücksichtigt. Für die Anrechnung von Renten und Versorgungsbezügen gelten die gesetzlichen Regelungen (§ 57 Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 239 sowie § 240 Abs. 3 und 4 SGB V). Wiederkehrende Leistungen aus einer privaten Lebens-, Unfall- oder Berufsunfähigkeitsversicherung werden mit dem monatlichen Zahlungsbetrag berücksichtigt.

(3) Beitragspflichtige Einnahmen können der Beitragsbemessung bis zur monatlichen Beitragsbemessungsgrenze nur in dem Monat zugrunde gelegt werden, in dem der Anspruch auf sie entsteht oder in dem sie ausgezahlt werden. Einmalige beitragspflichtige Einnahmen, die keinem konkreten Erhebungszeitraum zugeordnet werden können, insbesondere einmalige Leistungen aus einer privaten Lebens-, Unfall- oder Berufsunfähigkeitsversicherung, sind ab dem 1. des Monats nach dem sie dem Versicherten zufließen, für ein Jahr monatlich mit einem Zwölftel zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die Zahlungen aus vorzeitiger Beendigung von Versicherungsverträgen, sofern nicht die Kapitalauszahlung innerhalb von fünf Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt ist. Einmalige Leistungen aus einer befreienden Lebensversicherung und einmalige Kapitalleistungen aus der betrieblichen Altersversorgung sind bei der Beitragsbemessung mit einem monatlichen Betrag von einem Einhundertzwanzigstel der Leistung bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen, längstens für 120 Monate. § 23 a SGB IV und § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V bleiben unberührt.

(4) Für die Bemessung der Monatsbeiträge der in Absatz 2 genannten Mitglieder sind folgende Beitragsbemessungsgrundlagen maßgebend, mindestens jedoch, sofern im folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist, ein Drittel der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV):

Personenkreis	Beitragsbemessungsgrundlage
Arbeitnehmer, die wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind	1/12 des beitragspflichtigen Jahresarbeitsentgelts
Beamte und DO-Angestellte und ähnliche Personen	Für den Kalendermonat 1/12 der jährlichen Einnahmen nach Absatz 1; die Regelungen der Personenkreise Ehegatten oder Lebenspartner gelten entsprechend
Hauptberuflich selbständig Tätige	100 v.H. der Beitragsbemessungsgrenze, bei Nachweis niedrigerer Einnahmen vom Folgemonat an 1/12 der jährlichen Einnahmen, jedoch mindestens 3/4 der monatlichen Bezugsgröße; die Regelungen der Personenkreise Ehegatten oder Lebenspartner gelten entsprechend.
Ehegatten oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes ohne eigene Einnahmen	50 v.H. der Bruttoeinnahmen des anderen Ehegatten oder Lebenspartners, höchstens die Hälfte der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze, soweit dieser Ehegatte oder Lebenspartner bei keiner gesetzlichen Krankenkasse versichert ist. Vor der Halbierung der Einnahmen ist für jedes unterhaltsberechtigten Kind ein Betrag in Höhe eines Drittels der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Dies gilt nicht, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes getrennt leben.
Ehegatten oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, deren Einnahmen niedriger sind als die (evtl. um Absetzungsbeträge für Kinder geminderten) Bruttoeinnahmen des anderen Ehegatten oder Lebenspartners	50 v.H. der Bruttoeinnahmen beider Ehegatten oder Lebenspartner, höchstens die Hälfte der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze, soweit dieser Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds bei keiner gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, mindestens jedoch die eigenen Einnahmen des Mitglieds. Vor der Halbierung der Einnahmen ist für jedes unterhaltsberechtigten Kind ein Betrag in Höhe eines Drittels der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Dies gilt nicht, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes getrennt leben.
Sozialhilfeempfänger	Für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger können mit den Sozialhilfeträgern pauschalierende Beitragsbemessungen vereinbart werden.
Sozialhilfeempfänger, die in Heimen untergebracht sind	Sofern mit den Sozialhilfeträgern keine pauschalierende Beitragsbemessungen vereinbart sind, gilt als Beitragsbemessungsgrundlage das 3,7fache des Eckregelsatzes.
Freiwillige Mitglieder, deren Anspruch auf Leistungen während eines Auslandsaufenthaltes, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten oder Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder eines seiner Elternteile bedingt ist oder nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ruht und für deren Angehörige kein Anspruch aus einer Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht.	10 v.H. der monatlichen Bezugsgröße

Personenkreis	Beitragsbemessungsgrundlage
Alle übrigen freiwilligen Mitglieder	1/12 der jährlichen Einnahmen
Mitglieder nach § 49 Abs. 2 Satz 1 SGB XI i.V.m. § 192 Abs. 2 SGB V	1/12 der jährlichen Einnahmen, jedoch mindestens 50 v.H. der monatlichen Bezugsgröße, sofern der Versicherte nicht niedrigere Einnahmen nachweist
Rentenantragsteller und Fälle des § 239 Satz 2 SGB V	Mit den Sozialhilfeträgern können pauschalierende Beitragsbemessungen vereinbart werden.
Freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule sind.	der als monatlicher Bedarf nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 BAföG für Studenten festgesetzte Betrag

(5) Freiwillige Mitglieder haben auf Verlangen der AOK Rheinland/Hamburg die für die Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensnachweise, welche nicht durch Dritte gemeldet werden, vorzulegen. Sofern und solange Einkommensnachweise nicht erbracht werden, sind monatliche beitragspflichtige Einnahmen in der Höhe der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 Satz 1 SGB V zugrunde zu legen. § 240 Abs. 4 Satz 3 SGB V gilt entsprechend. Reduzierungen der Beitragsbemessung aufgrund eines vom Versicherten verspätet geführten Nachweises wirken zum ersten Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats. Dies gilt auch für Rentenantragsteller und Mitglieder nach § 192 Abs. 2 SGB V sowie in den Fällen des § 239 Satz 2 SGB V.

(6) Sofern in dem Arbeitsentgelt für Heimarbeiter und Hausgewerbetreibende Zuschläge für Kosten und Hilfststoffe enthalten sind, gelten als beitragspflichtige Einnahmen die um die Kostenzuschläge in Höhe von bis zu 33 v.H. gekürzten Bruttolöhne.

§ 9

Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

(1) Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraus-sichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am dritt-letzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

(2) Versicherungspflichtige Studenten haben vor der Einschreibung oder Rückmeldung an der Hochschule die Beiträge für das Semester im Voraus zu zahlen. Abweichend davon können die Beiträge auf Antrag des Mitgliedes auch monatlich gezahlt werden, wenn der Beitragseingang sichergestellt ist. Werden die Beiträge monatlich gezahlt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend.

(3) Weist der Arbeitgeber die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung freiwillig versicherter Arbeitnehmer zusammen mit den Gesamtsozialversicherungsbeiträgen im Beitragsnachweis gegenüber der Krankenkasse nach (Firmenzahler), gelten die Regelungen des § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV und des § 119 Abs. 2 SGB IV entsprechend.

Sonstige Beiträge werden spätestens am Fünfzehnten des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.

(5) Beiträge für Dezember 2005, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind nach § 23 Abs. 1 SGB IV in der bis zum 31.12. 2005 geltenden Fassung fällig.

(6) Werden Beiträge für Januar 2006, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, nicht bis zur Fälligkeit nach § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV gezahlt, sind sie jeweils in Höhe von einem Sechstel der Beitragsschuld mit den Beiträgen für die Monate Februar bis Juli 2006 fällig.

(6) Die Beiträge sind, soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, unmittelbar an die Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg zu zahlen.

Fünfter Abschnitt Widerspruchsstelle

§ 10

Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

(1) Die Widerspruchsausschüsse bei der Unternehmenssteuerung und bei den örtlichen Regionaldirektionen der AOK Rheinland/Hamburg nehmen für die Pflegekasse die Aufgaben als Widerspruchsstelle nach § 85 SGG wahr.

(2) Dem Widerspruchsausschuss der Unternehmenssteuerung gehören je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie der Vorsitzende des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg oder ein von ihm Beauftragter mit beratender Stimme an.

(3) Den Widerspruchsausschüssen der örtlichen Regionaldirektionen gehören je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber des Regionalbeirates sowie der Regionaldirektor oder ein von ihm Beauftragter mit beratender Stimme an.

(4) Die Widerspruchsausschüsse entscheiden über die Widersprüche gegen Verwaltungsakte der Pflegekasse, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist. Näheres über die Führung der Verwaltungsgeschäfte bestimmt der Vorstand in Richtlinien (§ 36 a i.V.m. § 35 Abs. 2 SGB IV).

(5) Der bei der Unternehmenssteuerung gebildete Widerspruchsausschuss ist zuständig für solche Widersprüche, die nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften einem Landesverband der Pflegekasse zur Entscheidung übertragen sind.

(6) Die Widerspruchsausschüsse bei den Regionaldirektionen entscheiden über Widersprüche vorbehaltlich der Regelung in Absatz 5. Örtlich zuständig ist die betreuende Regionaldirektion. Die Widerspruchsangelegenheiten für die bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherten Rentner, die im Ausland ihren Wohnsitz haben und für die über- oder zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht anzuwenden ist, fallen in die Zuständigkeit des Widerspruchsausschusses der Regionaldirektion Bonn.

(7) Für ehrenamtliche Mitglieder der Widerspruchsausschüsse gelten u.a. die gesetzlichen Vorschriften über Führung des Ehrenamtes, Verlust der Mitgliedschaft, Amtsdauer, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung entsprechend.

(8) Die Widerspruchsausschüsse nehmen zugleich die Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (§ 112 Abs. 2 SGB IV) wahr.

Sechster Abschnitt Organe

§ 11

Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat der Pflegekasse ist der Verwaltungsrat der AOK Rheinland/Hamburg (§ 46 Abs. 2 SGB XI).

(2) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 33 Abs. 1 und Abs. 3 SGB IV, § 46 Abs. 2 SGB XI i.V.m. § 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die Pflegekasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 46 Abs. 2 SGB XI i.V.m. § 197 Abs. 1 Nr. 1a und 1b SGB V). Die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates der AOK Rheinland/Hamburg in der jeweiligen Fassung findet entsprechend Anwendung.

(3) Für die Stellvertretung verhinderter Mitglieder des Verwaltungsrates gilt § 43 Abs. 2 Satz 1 und 2 i.V.m. § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV.

(4) Zur Feststellung des Haushaltsplans und zur Abnahme der Jahresrechnung finden jährlich zwei Sitzungen des Verwaltungsrates statt, im übrigen nach Bedarf. Darüber hinaus ist der Verwaltungsrat unverzüglich einzuberufen, wenn

- a) mindestens ein Drittel der stimmberechtigten Verwaltungsratsmitglieder es verlangt,
- b) der Vorstand es beantragt
oder
- c) die Aufsichtsbehörde es verlangt.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates beruft zu den Sitzungen ein. Er soll hierbei im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden handeln.

(5) An den Sitzungen des Verwaltungsrates nehmen die Mitglieder des Vorstandes teil. Der Verwaltungsrat kann Mitarbeiter der AOK Rheinland/Hamburg zu seinen Sitzungen hinzuziehen. Sofern aus der Mitte des Verwaltungsrates beantragt wird, die Mitglieder des Vorstandes 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.

(6) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen und zwei Drittel der stimmberechtigten Mitglieder, jedoch mehr als die Hälfte aus jeder Gruppe, anwesend sind.

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.

(7) Die Sitzungen des Verwaltungsrates sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten, Grundstücksangelegenheiten 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) Die Beschlüsse werden, soweit durch Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt ist, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Auf Antrag kann geheime Abstimmung beschlossen werden. Stimmenthaltungen und ungültige Stimmen gelten als nicht abgegeben. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(9) Anträge auf Änderung oder Ergänzung der vorläufigen Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung schriftlich bei der Geschäftsstelle der Unternehmenssteuerung eingereicht werden; die Mitglieder des Verwaltungsrates sind hiervon unverzüglich zu unterrichten. Sonstige Angelegenheiten werden zur Beratung nur zugelassen, wenn ein entsprechender Tagesordnungsantrag vor Feststellung der Tagesordnung von mindestens einem Drittel der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates gestellt wird. Die Beschlussfassung wird jedoch bis zur nächsten Sitzung ausgesetzt, wenn ein Drittel der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht. Anträge auf Änderung der Satzung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung schriftlich gestellt werden. Für die Feststellung der Tagesordnung gilt Absatz 8.

(10) Über die Sitzungen des Verwaltungsrates werden Niederschriften gefertigt. Näheres bestimmt die Geschäftsordnung.

(11) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen über

- a) Änderungen der Satzung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
- b) Änderungen der Satzung 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) von ihm bestimmte Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen.

Wenn mindestens ein Zehntel der Mitglieder des Verwaltungsrates aus einer Gruppe der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen. Ergibt sich bei der schriftlichen Abstimmung Stimmengleichheit, 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.

(12) Der Verwaltungsrat bildet zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse; sie sind je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammengesetzt. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

(13) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegt insbesondere die Beanstandung von gesetzes- und satzungswidrigen Beschlüssen (§ 38 SGB IV).

§ 12

Vorstand

(1) Vorstand der Pflegekasse ist der Vorstand der AOK Rheinland/Hamburg (§ 46 Abs. 2 SGB XI).

(2) Der Vorstand verwaltet hauptamtlich die Pflegekasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen. Der Vorsitzende ist zur Alleinvertretung der Pflegekasse befugt. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig.

(3) Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende.

§ 13

Vertretung der Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg

(1) Der Vorstand vertritt die Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg gerichtlich und außergerichtlich (§ 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

(2) Unbeschadet des § 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV wird die Pflegekasse der AOK Rheinland/Hamburg vertreten

- a) durch den Vorsitzenden des Vorstandes, im Verhinderungsfall durch den stellvertretenden Vorsitzenden,
- b) im Einzelfall auf Beschluss des Vorstandes durch ein anderes Vorstandsmitglied (§ 35 a Abs. 1 Satz 2 SGB IV).

(3) Der Verwaltungsrat vertritt die Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern (§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Das Vertretungsrecht wird durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

§ 14

Entschädigung und Haftung der Organmitglieder

(1) Die Organmitglieder der Pflegekasse üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

(2) Die Entschädigung nach § 41 SGB IV richtet sich nach der als Anhang dieser Satzung beigefügten Regelung, die Bestandteil der Satzung ist.

(3) Die Haftung der Mitglieder der Organe richtet sich nach § 42 SGB IV.

Siebter Abschnitt Verwaltung der Mittel

§ 15

Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung sowie der Jahresrechnung

(1) Der Verwaltungsrat hat im Hinblick auf die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IV) jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung für das abgelaufene Geschäftsjahr prüfen zu lassen (§ 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V). Diese Prüfung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb. Sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Der Verwaltungsrat bestimmt den/die Prüfer für das Geschäftsjahr.

(2) Der Vorstand hat die Jahresrechnung in geeigneter Weise prüfen zu lassen (§ 31 SVHV). Der Vorstand hat die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Feststellungen des Prüfberichts dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

(3) Der Vorstand ist verpflichtet, die Kasse und Buchführung der AOK Rheinland/Hamburg mindestens zweimal im Jahr zu prüfen. Die Prüfung 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.m. § 7 SRVwV). Ferner sind mindestens zweimal jährlich die Bestände an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln bei der Unternehmenssteuerung unvermutet zu prüfen. Der Vorstand kann zur Durchführung dieser Aufgaben im Einzelfall die interne Revision einsetzen.

(4) Die interne Revision hat mindestens zweimal jährlich die Bestände an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln bei den Regionaldirektionen und den Geschäftsstellen unvermutet zu prüfen.

Achter Abschnitt Bekanntmachungen, Aufsicht und In-Kraft-Treten

§ 16

Bekanntmachungen

(1) Öffentliche Zustellungen, insbesondere von Verwaltungsakten, können durch Aushang in den Geschäftsräumen der Unternehmenssteuerung und der jeweils zuständigen örtlichen Regionaldirektion der AOK Rheinland/Hamburg erfolgen.

(2) Die Bekanntmachung der Satzung oder sonstigen autonomen Rechts der Pflegekasse sowie Ort, Zeitpunkt und Tagesordnung des öffentlichen Sitzungsteils einer Sitzung des Verwaltungsrates erfolgt durch Aushang in den Geschäftsräumen der Unternehmenssteuerung und aller örtlichen Regionaldirektionen; § 196 SGB V findet Anwendung. Auf den wesentlichen Inhalt und den Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens wird jeweils in den nächsten Ausgaben der Kundenzeitschriften hingewiesen.

(3) Die Aushangfrist für Bekanntmachungen der Satzung und sonstigen autonomen Rechts der Pflegekasse sowie Ort, Zeitpunkt und Tagesordnung des öffentlichen Sitzungsteils einer Sitzung des Verwaltungsrates beträgt eine Woche. Für öffentliche Zustellungen gelten die Aushangfristen des § 15 Abs. 3 VwZG. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens und der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 17

Aufsicht

Die Aufsicht über die Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg führt, soweit nicht Landesverbandsaufgaben wahrgenommen werden, das Landesversicherungsamt Nordrhein-Westfalen in Essen.

§ 18

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2006 in Kraft.

Anhang zur Satzung der Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse der Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse gemäß § 14 Abs. 2 der Satzung

§ 1

Ersatzbarer Auslagen

Die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie die ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse (Organmitglieder) erhalten, sofern sie in ihrer Eigenschaft als Mitglieder der Gremien tätig werden, als Ersatz barer Auslagen:

(1) Tagegeld

a) Tagegeld wird nach Maßgabe des § 6 des Bundesreisekostengesetzes gezahlt. Das bedeutet bei Abwesenheit von

mindestens 8 Stunden	6 EUR
mindestens 14 Stunden	12 EUR
24 Stunden (voller Kalendertag)	24 EUR.

b) Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag werden die Abwesenheitszeiten an diesem Tag zusammengerechnet.

c) Bei Sitzungen im Ausland richtet sich die Zahlung von Auslandstagegeld nach der Verordnung über die Reisekostenvergütung bei Auslandsdienstreisen.

d) Übersteigen die unvermeidbaren Auslagen das Tagegeld, so sind diese in tatsächlicher Höhe zu erstatten.

e) Sofern ein Organmitglied aufgrund körperlicher Behinderung nicht in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug selbst zu führen, wird für den Fahrer Tagegeld entsprechend den vorgenannten Regelungen gezahlt.

(2) Übernachtungsgeld

a) Wenn eine Übernachtung erforderlich ist, wird ohne belegmäßigen Nachweis Übernachtungsgeld von 19,94 EUR gezahlt.

Die Zahlung entfällt, wenn eine Übernachtung unentgeltlich zur Verfügung gestellt wird.

b) Sind die nachgewiesenen Übernachtungskosten höher, werden sie erstattet, sofern sie unvermeidbar waren. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind um den Betrag in Höhe des maßgebenden Sachbezugswerts nach der Sachbezugsverordnung zu kürzen.

c) § 1 Abs. 1 Buchstaben c) und e) gelten für das Übernachtungsgeld entsprechend.

(3) Fahrkosten

Fahrkosten werden wie folgt erstattet:

a) bei Benutzung der Eisenbahn bis zur Höhe des Fahrpreises der 1. Wagenklasse einschließlich der Mehrkosten zuschlagspflichtiger Züge und – wenn die Benutzung eines Schlafwagens erforderlich ist – die Kosten der Schlafwagenbenutzung; bei Erstattung der Schlafwagenkosten entfällt das Übernachtungsgeld;

b) bei Benutzung eines Flugzeuges werden die Kosten der niedrigsten buchbaren Klasse ersetzt;

c) bei Benutzung eines Kraftwagens eine Kilometerentschädigung in Höhe der Pauschbeträge nach § 5

Abs. 2 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes. Bei einem Kraftwagen sind das z. Zt. 0,30 EUR je Kilometer.

(4) Parkgebühren sowie sonstige Nebenkosten für die An- und Abfahrt zur Bahn oder zum Flugplatz, für Gepäckbeförderung, Gepäckaufbewahrung usw. werden in nachgewiesener Höhe erstattet.

§ 2

Verdienstausfall

(1) Den Organmitgliedern wird der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und der den Arbeitnehmeranteil übersteigende Betrag nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI 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 Verdienstausschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, so wird der Verdienstausschlag pauschal in Höhe von 1/3 des in Absatz 1 Satz 2 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ersetzt. Der Verdienstausschlag wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt. Die letzte angefangene Stunde wird voll angerechnet.

§ 3

Pauschbetrag für Zeitaufwand

(1) Die Organmitglieder erhalten 52 EUR als Pauschbetrag für Zeitaufwand für jeden Kalendertag einer Sitzung der Organe und ihrer Ausschüsse. Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag wird der Pauschbetrag nur einmal gezahlt.

Der Pauschbetrag für Zeitaufwand entfällt, wenn die Sitzung im Zusammenhang mit einer Sitzung der Organe und/oder ihrer Ausschüsse der AOK Rheinland/Hamburg durchgeführt wird (am gleichen Tage – vorher oder nachher).

(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. Dies gilt auch für die Tätigkeit der Organmitglieder in den Ausschüssen des Verwaltungsrates sowie der ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse mit der Maßgabe, dass die Vorsitzenden der Ausschüsse für die Tätigkeit im Ausschuss den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 3 Abs. 1) beanspruchen können.

(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. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

– GV. NRW. 2006 S. 374

822

Bekanntmachung des Staatsvertrages zwischen den Ländern Nordrhein-Westfalen und der Freien und Hansestadt Hamburg über die Bestimmung der Region der AOK Rheinland/Hamburg

Vom 4. Juli 2006

Der Landtag Nordrhein-Westfalen hat in seiner Sitzung am 31. Mai 2006 gemäß Artikel 66 Satz 2 der Landesverfassung dem Staatsvertrag zwischen den Ländern Nordrhein-Westfalen und der Freien und Hansestadt Hamburg über die Bestimmung der Region der AOK Rheinland/Hamburg zugestimmt.

Der Staatsvertrag ist nach seinem Artikel 6 Abs. 1 und 2 am 3. Juli 2006 in Kraft getreten.

Das In-Kraft-Treten nach Artikel 6 Abs. 3 des Staatsvertrages wird gesondert bekannt gemacht.

Düsseldorf, den 4. Juli 2006

Der Ministerpräsident
des Landes Nordrhein-Westfalen

(L. S.)

Dr. Jürgen Rüttgers

Staatsvertrag zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen und der Freien und Hansestadt Hamburg über die Bestimmung der Region der AOK Rheinland/Hamburg

Das Land Nordrhein-Westfalen,
vertreten durch den Ministerpräsidenten,
dieser vertreten durch den Minister für Arbeit,
Gesundheit und Soziales und

die Freie und Hansestadt Hamburg,
vertreten durch den Senat,
dieser vertreten durch den Präses der Behörde
für Soziales, Familie, Gesundheit und
Verbraucherschutz,

schließen aufgrund von § 143 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3686) sowie Artikel 87 Abs. 2 Satz 2 des Grundgesetzes in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 2 des Staatsvertrages über die Bestimmung aufsichtsführender Länder nach Artikel 87 Abs. 2 Satz 2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland folgenden Staatsvertrag:

Artikel 1

Die Region der AOK Rheinland/Hamburg nach § 143 Abs. 3 SGB V erstreckt sich auf den Landesteil Rheinland des Landes Nordrhein-Westfalen (Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln) und die Freie und Hansestadt Hamburg.

Artikel 2

Die Aufsicht über die AOK Rheinland/Hamburg führt das Land Nordrhein-Westfalen. Die AOK Rheinland/Hamburg ist eine landesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts des Landes Nordrhein-Westfalen.

Artikel 3

Die Aufsicht führende Behörde des Landes Nordrhein-Westfalen unterrichtet die zuständige oberste Verwaltungsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg in der Regel vor Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung. Das Nähere wird in einer gesonderten Verwaltungsvereinbarung geregelt.

Artikel 4

Für den Fall einer Vereinigung der AOK Rheinland/Hamburg mit der AOK Westfalen-Lippe wird die Region der vereinigten AOK auf Nordrhein-Westfalen und die Freie und Hansestadt Hamburg erstreckt. Artikel 2 gilt entsprechend.

Artikel 5

(1) Dieser Staatsvertrag kann von jedem Land durch schriftliche Erklärung gegenüber dem anderen beteiligten Land mit einer Frist von einem Jahr zum Ablauf eines Kalenderjahres gekündigt werden.

(2) Im Falle einer Kündigung bestehen die Regelungen dieses Staatsvertrages bis zum Abschluss eines neuen Staatsvertrages fort.

Artikel 6

(1) Der Staatsvertrag bedarf der Ratifikation. Die Ratifikationsurkunden werden ausgetauscht.

(2) Dieser Staatsvertrag tritt mit dem Tag in Kraft, an dem die Vereinigung wirksam wird (§ 144 Abs. 3 SGB V), jedoch nicht vor dem Austausch der Ratifikationsurkunden.

(3) Abweichend von Absatz 2 tritt Artikel 4 mit dem Tag in Kraft, an dem die Vereinigung der AOK Rheinland/Hamburg mit der AOK Westfalen-Lippe wirksam wird (§ 144 Abs. 3 SGB V).

Düsseldorf, den 27. April 2006

Für das Land Nordrhein-Westfalen
namens des Ministerpräsidenten

Der Minister
für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Karl-Josef L a u m a n

Hamburg, den 4. Mai 2006

Für den Senat der
Freien und Hansestadt Hamburg

Der Präses der Behörde für
Soziales, Familie, Gesundheit und
Verbraucherschutz

Birgit S c h n i e b e r - J a s t r a m

Einzelpreis dieser Nummer 4,05 Euro

zuzügl. Porto- und Versandkosten

Bestellungen, Anfragen usw. sind an den A. Bagel Verlag zu richten. Anschrift und Telefonnummer wie folgt für

Abonnementsbestellungen: Grafenberger Allee 82, Fax (02 11) 96 82/2 29, Tel. (02 11) 96 82/2 38 (8.00–12.30 Uhr), 40237 Düsseldorf
Bezugspreis halbjährlich 33,50 Euro (Kalenderhalbjahr). Jahresbezug 67,– Euro (Kalenderjahr), zahlbar im voraus. Abbestellungen für Kalenderhalbjahresbezug müssen bis zum 30. 4. bzw. 31. 10., für Kalenderjahresbezug bis zum 31. 10. eines jeden Jahres beim A. Bagel Verlag vorliegen.
Reklamationen über nicht erfolgte Lieferungen aus dem Abonnement werden nur innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Erscheinen anerkannt.

In den Bezugs- und Einzelpreisen ist keine Umsatzsteuer i. S. d. § 14 UStG enthalten.**Einzelbestellungen:** Grafenberger Allee 82, Fax (02 11) 96 82/2 29, Tel. (02 11) 96 82/2 41, 40237 Düsseldorf

Von Vorabesendungen des Rechnungsbetrages – in welcher Form auch immer – bitten wir abzusehen. Die Lieferungen erfolgen nur aufgrund schriftlicher Bestellung gegen Rechnung. Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Gesetz- und Verordnungsblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer beim A. Bagel Verlag vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen. Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen. Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgeber: Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Haroldstraße 5, 40213 Düsseldorf

Herstellung und Vertrieb im Namen und für Rechnung des Herausgebers: A. Bagel Verlag, Grafenberger Allee 82, 40237 Düsseldorf

Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach

ISSN 0177-5359