



Gesetz- und Verordnungsblatt

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

48. Jahrgang	Ausgegeben zu Düsseldorf am 10. März 1994	Nummer 11
---------------------	--	------------------

Glied-Nr.	Datum	Inhalt	Seite
822	11. 2. 1994	Satzung der AOK Rheinland – Die Gesundheitskasse	60

822

**Satzung
der
AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse
Vom 11. Februar 1994**

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt

Name 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
§ 7 Leistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten
§ 8 Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und der Rehabilitation als Erprobungsregelung
§ 9 Zuschuß bei ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationskuren
§ 10 Vorsorgekuren für Mütter, Müttergenesungskuren
§ 11 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe
§ 12 Sonderregelungen über Krankengeld
§ 13 Kostenerstattung
§ 14 Teilkostenerstattung
§ 15 Empfangsberechtigung

Vierter Abschnitt

Beiträge

- § 16 Beitragssätze
§ 17 Sonderregelungen über beitragspflichtige Einnahmen
§ 18 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge
§ 19 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge
§ 20 Vorschüsse
§ 21 Erstattungen
§ 22 Beitragsrückzahlung als Erprobungsregelung

Fünfter Abschnitt

Widerspruchsstellen

- § 23 Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

Sechster Abschnitt

Mitgliedschaften und Zusammenwirken

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

Siebter Abschnitt

Organisationsstruktur und Selbstverwaltung

- § 28 Organisationsstruktur
§ 29 Organe der AOK
§ 30 Vertreterversammlung

§ 31 Vorstand

§ 32 Regionalbeiräte

§ 33 Geschäftsführung

§ 34 Vertretung der AOK

§ 35 Entschädigung und Haftung der Organmitglieder 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 Zweiten Abschnitt des LFZG

Zehnter Abschnitt

Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 39 Bekanntmachungen

§ 40 Inkrafttreten

Anhang 1

Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Vertreterversammlung, die Mitglieder des Vorstandes sowie die Mitglieder der Regionalbeiräte

Anhang 2

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

Erster Abschnitt

Name und Aufgaben

§ 1

Name, Sitz und Bezirk

(1) Die Krankenkasse führt den Namen
AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse
und hat ihren Sitz in der Landeshauptstadt Düsseldorf.

(2) Der Bezirk der AOK umfaßt die Region Rheinland (Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln) des Landes Nordrhein-Westfalen.

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

§ 2

Aufgaben

(1) Die AOK engagiert sich als Gesundheitskasse. Aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung zu informieren und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.

(2) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich. 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 durch Information, Beratung und Leistungen.

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

(4) Die AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines AOK-Landesverbandes.

(5) Die AOK wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik im Lande mit. Sie setzt sich für bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgungsstrukturen und für eine ausgewogene Mitglieder- und Risikostruktur sowie für eine qualifizierte Kostensteuerung im Gesundheitswesen ein.

(6) Die AOK 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.

(7) Im einzelnen erfüllt die AOK die ihr als Krankenkasse und als Landesverband durch Gesetz und Satzung übertragenen sowie die zugelassenen Aufgaben.

Zweiter Abschnitt Versicherter Personenkreis

§ 3

Mitglieder

(1) Als versicherungspflichtige Mitglieder sind bei der AOK versichert

- Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte sowie
- die anderen in § 5 SGB V - mit Ausnahme der in § 5 Abs. 1 Nr. 3 SGB V - genannten Personen,

wenn sie die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllen und nicht nach den §§ 6 bis 8 SGB V versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.

(2) Als freiwillige Mitglieder können bei der AOK versichert sein

- Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
- Personen, deren Familienversicherung erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,
- Arbeiter und Angestellte, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen und wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
- Schwerbehinderte i. S. des § 1 SchwbG, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beitreten,
- Arbeiter und Angestellte, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endet,

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

§ 4

Familienangehörige

Als Familienangehörige sind bei der AOK versichert der Ehegatte und die Kinder der Mitglieder, 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.

(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 § 190 oder § 192 SGB V nichts anderes ergibt.

(4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet unbeschadet des § 191 Nrn. 1 bis 3 SGB V im Falle des Austritts zwei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt. Erklärt das Mitglied wegen einer bestehenden Familienversicherung seinen Austritt, so endet die Mitgliedschaft mit Ablauf des Kalendermonats der Erklärung.

Dritter Abschnitt Leistungen

§ 6

Art und Umfang der Leistungen

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

1. Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten
2. bei Krankheit
 - a) Krankenbehandlung, insbesondere
 - ärztliche 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) Krankengeld
3. bei Schwerpflegebedürftigkeit häusliche Pflegehilfe
4. bei Schwangerschaft und Mutterschaft
 - ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe
 - Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln
 - stationäre Entbindung
 - häusliche Pflege und Haushaltshilfe
 - Mutterschaftsgeld
 - Entbindungsgeld
5. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei nicht rechtswidriger Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch
6. Sterbegeld
7. Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind

§ 7

Leistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten

(1) Die AOK kann Hilfen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit zur Verfügung stellen. Diese Leistungen umfassen Gruppenangebote und/oder individuelle Beratung zur

- gesunden Ernährung und Gewichtsreduktion,
- gesundheitsorientierten Bewegung,
- Raucherentwöhnung,
- Streßbewältigung und
- Suchtbekämpfung bei Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmißbrauch.

(2) Außer den in Absatz 1 genannten Leistungen kann die AOK Maßnahmen zur Verfügung stellen zur

- Schwangerenbetreuung,
- körperlichen und psychischen Entwicklung von Kindern,
- Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen (u. a. betriebliche Prävention)
- sowie
- weitere gruppenorientierte Hilfen zur Förderung der Gesundheit und
- sonstige Informationen und Anleitungen zur gesunden Lebensweise.

(3) Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können entweder von der AOK selbst durchgeführt oder durch die

Inanspruchnahme anderer Einrichtungen erbracht werden. Sie können auch in Form von Zuschüssen an die Versicherten erbracht werden.

(4) Die AOK kann Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung fördern, und zwar auch durch Zuschüsse.

(5) Die AOK kann als Leistungen zur Krankheitsverhütung die Kosten für

- a) öffentlich empfohlene Schutzimpfungen, soweit sie nach den vertraglichen Regelungen von Vertragsärzten durchgeführt werden,
- b) öffentlich empfohlene Schutzimpfungen, soweit sie von anderen Stellen durchgeführt werden, bis zu dem Betrage, der bei Impfung nach vertraglichen Regelungen entstanden wäre,
- c) sonstige Schutzimpfungen

übernehmen, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind.

§ 8

Maßnahmen zur
Erhaltung und Förderung der Gesundheit
und der Rehabilitation als Erprobungsregelung
ohne Inhalt

§ 9

Zuschuß bei ambulanten Vorsorge-
und Rehabilitationskuren

Erbringt die AOK die aus medizinischen Gründen erforderlichen Maßnahmen in Form einer ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationskur, so zahlt sie zu den übrigen Kosten der Kur (Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe, Fahrkosten) einen Zuschuß von 15,- DM täglich.

§ 10

Vorsorgekuren für Mütter, Müttergenesungskuren

(1) Die AOK übernimmt bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Vorsorge- oder Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung

- den vereinbarten Pflegesatz, sofern es sich um eine Einrichtung handelt, die die Voraussetzungen im Sinne des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllt,
- ansonsten einen Zuschuß in Höhe von 66 $\frac{2}{3}$ v. H. des Pflegesatzes.

(2) Wird die Kur als Mutter-Kind-Kur durchgeführt, gilt Absatz 1 für das Kind entsprechend.

§ 11

Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

(1) Außer den in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen stellt die AOK Haushaltshilfe auch dann zur Verfügung, wenn

1. 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
2. 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,

soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(2) Darüber hinaus kann in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung gestellt werden, wenn dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen Krankheit nicht möglich ist.

§ 12

Sonderregelungen über Krankengeld

(1) Freiwillige Mitglieder,

- a) die in einem Arbeits- oder Berufsausbildungsverhältnis stehen oder
- b) die nur vorübergehend aus einem Arbeitsverhältnis oder Berufsausbildungsverhältnis ausgeschieden sind, den Charakter eines berufsmäßigen Arbeitnehmers aber nicht verloren haben oder
- c) deren Arbeitsverhältnis 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 oder

- a) vom Beginn der dreizehnten Woche der Arbeitsunfähigkeit an,
- b) vom Beginn der siebenundzwanzigsten Woche der Arbeitsunfähigkeit an

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 Arbeits- oder Berufsausbildungsverhältnis stehen noch selbständig erwerbstätig sind, erhalten kein Krankengeld. Selbstständig 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,
- c) vom Beginn der dreizehnten Woche der Arbeitsunfähigkeit an,
- d) vom Beginn der siebenundzwanzigsten Woche der Arbeitsunfähigkeit an

gezahlt wird. Der Antrag wirkt von der Mitgliedschaft 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) Soweit aufgrund bisheriger Satzungsbestimmungen in den Fällen des Absatzes 2 Satz 2 ein Krankengeldanspruch vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit begründet wurde, bleibt dieser Anspruch bestehen, es sei denn, es wird ein abweichender Antrag gestellt.

(4) 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.

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

- 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.

(6) Für freiwillig versicherte Selbständige 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 erwerbsunfähig 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 Erwerbsunfähigkeit nach Buchstabe b Krankengeld, so endet der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der zehnten Woche nach dieser Feststellung.

§ 13

Kostenerstattung

(1) Freiwillige Mitglieder sowie ihre nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen können bei Inanspruchnahme von innerhalb des Vertragssystems stehenden Leistungserbringern anstelle der Sach- und Dienstleistung Kostenerstattung wählen.

(2) Die Aufwendungen des Versicherten werden bis zur Höhe der Kosten erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sachleistung entstanden wären. Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für Verwaltungskosten und nicht durchgeführte Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 7,5 v. H. zu mindern. Der Abschlag beträgt je Kostenerstattungsantrag mindestens 5,00 DM und höchstens 80,00 DM.

(3) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 14

Teilkostenerstattung

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

(2) Die Entscheidung der Angestellten ist schriftlich zu erklären; sie wirkt bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das dem der Erklärung nachfolgt. Die Wirkungsdauer der Erklärung verlängert sich um jeweils zwei weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des jeweiligen Zeitraums keine gegenteilige Erklärung vorliegt.

(3) Teilkostenerstattung wird - vorbehaltlich des Absatzes 4 - in Höhe des Vomhundertsatzes gewährt, der den nicht durch die Beihilfe gedeckten Aufwendungen des Erstattungsberechtigten im Verhältnis zu den vollen Kassenleistungen entspricht. Maßgebend für die Feststellung des Erstattungsbetrages sind die Kosten der Kassenleistung.

(4) Bei stationärer Krankenhausbehandlung und Zahnersatzleistungen beträgt die Erstattung bis zu 50 v. H. der Kosten für die entsprechende Kassenleistung. Kostenerstattung und die ohne Berücksichtigung des Teilkostenerstattungsanspruchs zustehende Beihilfe dürfen hierbei die beihilfefähigen Gesamtaufwendungen nicht überschreiten.

(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.

§ 15

Empfangsberechtigung

Geldleistungen werden gegen Vorlage folgender Unterlagen gezahlt:

- bei Krankengeld des Auszahlungsscheins
- bei Mutterschaftsgeld der Bescheinigung über den voraussichtlichen Tag der Entbindung

- bei Entbindungsgeld der Geburtsurkunde

- bei Sterbegeld der Sterbeurkunde

Der Inhaber der Unterlagen hat sich auf Verlangen auszuweisen.

§ 16

Beitragsätze

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

(2) Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgeltes oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, gilt der allgemeine Beitragssatz; er beträgt 13,8 v. H.

(3) Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgeltes oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, gilt ein erhöhter Beitragssatz; er beträgt 19,2 v. H.

(4) Für Mitglieder, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, gilt ein ermäßigter Beitragssatz; er beträgt 12,3 v. H.

(5) Für freiwillige Mitglieder mit einem nach § 12 Abs. 1 oder Abs. 2 abweichenden Beginn des Anspruchs auf Krankengeld gelten folgende Beitragssätze:

- a) Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit: 19,2 v. H.
- b) Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld ab der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit: 14,7 v. H.
- c) Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit: 13,8 v. H.
- d) Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld ab der dreizehnten Woche der Arbeitsunfähigkeit: 13,1 v. H.
- e) Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld ab der siebenundzwanzigsten Woche der Arbeitsunfähigkeit: 12,8 v. H.

(6) Für freiwillige Mitglieder, deren Leistungsanspruch wegen ihres dienstrechtlichen Anspruchs auf freie Heilfürsorge ruht und für deren Angehörige die Familienversicherung nach § 10 SGB V nicht in Anspruch genommen wird, beträgt der Beitragssatz 4,4 v. H.

(7) Für Mitglieder, die nach § 14 Abs. 2 SGB V die Teilkostenerstattung gewählt haben, wird der Beitragssatz unter Berücksichtigung des § 243 Abs. 2 SGB V auf 50 v. H. des Beitragssatzes abgesenkt, der für freiwillig Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld gilt (vgl. Absatz 4). Er muß jedoch neben dem Vomhundertsatz für den Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner einen Anteil für die Leistungen und die Verwaltungskosten in Höhe von mindestens 2,7 v. H. vorsehen.

(8) Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder, die beantragt haben, daß sie Krankengeld ab Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit erhalten, gilt Absatz 5 Buchstabe b entsprechend.

§ 17

Sonderregelungen über beitragspflichtige Einnahmen

(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. Für die Berücksichtigung von Renten und Versorgungsbezügen gelten die gesetzlichen Regelungen (§ 239 sowie § 240 Abs. 3 und 3a SGB V).

(2) Für die Bemessung der Monatsbeiträge der in Absatz 1 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	$\frac{1}{2}$ des beitragspflichtigen Jahresarbeitsentgelts
Beamte und DO-Angestellte und ähnliche Personen	$\frac{1}{2}$ des Jahresarbeitsentgelts
Hauptberuflich selbständig Tätige	100 v.H. der Beitragsbemessungsgrenze, bei Nachweis niedrigerer Einnahmen vom Folgemonat an $\frac{1}{12}$ der jährlichen Einnahmen, jedoch mindestens $\frac{3}{4}$ der monatlichen Bezugsgröße
Ehegatten ohne eigene Einnahmen	50 v.H. der Bruttoeinnahmen des anderen Ehegatten nach vorherigem Abzug eines Absetzbetrages von 8 v.H. für jedes unterhaltsberechtigende Kind
Ehegatten, deren Einnahmen niedriger sind als die (evtl. um Absetzbeträge für Kinder geminderten) Bruttoeinnahmen des anderen Ehegatten	50 v.H. der gesamten Bruttoeinnahmen beider Ehegatten nach vorherigem Abzug eines Absetzbetrages von 8 v.H. für jedes unterhaltsberechtigende Kind von den Bruttoeinnahmen des anderen Ehegatten
Alle übrigen freiwilligen Mitglieder	$\frac{1}{2}$ der jährlichen Einnahmen
Rentenantragsteller und Mitglieder nach § 192 Abs. 2 SGB V sowie in den Fällen des § 239 Satz 2 SGB V	$\frac{1}{2}$ der jährlichen Einnahmen, jedoch mindestens 50 v.H. der monatlichen Bezugsgröße, sofern der Versicherte nicht niedrigere Einnahmen nachweist

(3) Sofern in dem Arbeitsentgelt für Heimarbeiter und Hausgewerbetreibende Zuschläge für Kosten und Hilfsstoffe enthalten sind, gelten als beitragspflichtige Einnahmen die um die Kostenzuschläge in Höhe von 25 v. H. gekürzten Bruttolöhne.

(4) Die beitragspflichtigen Einnahmen werden Beitragsklassen zugeordnet, die in einer Tabelle aufzuführen sind. Die Beitragsklassen-Tabelle beginnt mit monatlichen Einnahmen von 0 bis 300,00 DM und setzt sich mit Einnahme-Spannen von 300,00 DM bis zur Beitragsbemessungsgrenze fort. Der Ausgangswert für die Berechnung der Beiträge wird auf die Mitte zwischen dem Anfangs- und Endbetrag der jeweiligen Klasse festgesetzt. Ist jedoch Beitragsbemessungsgrundlage ein Mindestwert nach § 240 Abs. 4 SGB V, so ist dieser Ausgangswert für die Berechnung der Beiträge. Übersteigen die beitragspflichtigen Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze, so ist der Endbetrag der Beitragsklassen-Tabelle Grundlage für die Beitragsberechnung.

§ 18

Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

(1) Die Beiträge werden am 15. des Monats fällig, der dem jeweiligen Beitragsmonat folgt.

(2) Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung können die Beiträge zur studentischen Krankenversicherung abweichend von § 254 Satz 1 SGB V monatlich gezahlt werden.

§ 19

Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

Der Arbeitgeber hat der AOK einen Beitragsnachweis spätestens vier Arbeitstage vor dem Tag der Fälligkeit der Beiträge einzureichen.

§ 20

Vorschüsse

Die AOK kann von Arbeitgebern, die

1. innerhalb des Kassenbezirks keine feste Betriebsstätte haben oder sich nur vorübergehend im Kassenbezirk aufhalten oder
2. a) länger als einen Monat mit der Beitragszahlung in Verzug sind oder
b) sich in einem Vergleichsverfahren befinden oder
c) sich innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
d) Zahlungsausfälle befürchten lassen oder
3. keine Beitragsnachweise einreichen oder
4. einen längeren Entgeltabrechnungszeitraum als einen Monat haben und nicht mindestens monatliche Abschläge auf die Arbeitsentgelte leisten,

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

§ 21

Erstattungen

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

§ 22

Beitragsrückzahlung als Erprobungsregelung

(1) Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als 3 Monate im Bereich Mülheim an der Ruhr versichert waren, erhalten eine Beitragsrückzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der AOK nicht in Anspruch genommen haben (§ 65 SGB V).

(2) Die Rückzahlung beträgt jährlich $\frac{1}{12}$ des Jahresbeitrags des Mitglieds und wird innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Als Jahresbeitrag gelten sämtliche Beiträge, die für das Mitglied entrichtet worden sind. Dazu gehört bei Arbeitnehmern auch der Arbeitgeberanteil. Sind die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen geringer als der Rückzahlungsanspruch des Mitglieds, wird der Unterschiedsbetrag gezahlt.

(3) Leistungen im Sinne des Absatzes 1 sind solche, die das Mitglied oder seine mitversicherten Angehörigen (§ 10 SGB V) tatsächlich in Anspruch genommen haben. Unberücksichtigt bleiben dabei Leistungen von mitversicherten Angehörigen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für die AOK im Bereich Mülheim an der Ruhr geltende vertragliche Vereinbarungen mit Leistungserbringern, die eine Pauschalierung vorsehen, haben keine Auswirkung auf die Berechnung der tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen.

(4) Für die Beitragsrückzahlung bleiben folgende Leistungen unberücksichtigt:

- a) Leistungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (§ 20 SGB V und § 7 der Satzung),
- b) Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (§ 22 SGB V) einschließlich der zahnärztlichen Untersuchung entsprechend § 30 Abs. 5 Nr. 2 SGB V einmal im Kalenderjahr,
- c) medizinische Vorsorgeleistungen mit Ausnahme der Vorsorgekuren nach § 23 Abs. 2 SGB V und der Vorsorgekuren für Mütter (§ 24 SGB V),
- d) Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
- e) Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 195 ff. RVO),
- f) Leistungen der Empfängnisverhütung (§ 24a SGB V) sowie Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation (§ 24b SGB V).

(5) Die Beitragsrückzahlung wird als Erprobungsregelung durchgeführt und gilt befristet bis 31. Dezember 1998. Sie wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet.

§ 23

Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

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

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

(3) Den Widerspruchsausschüssen der Regionaldirektionen gehören je ein Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber des Regionalbeirates sowie der Geschäftsführer der jeweiligen Regionaldirektion oder ein von ihm Beauftragter mit beratender Stimme an. Zu Mitgliedern der Widerspruchsausschüsse können auch stellvertretende Mitglieder des Regionalbeirates bestellt werden. Für jedes Mitglied sind je zwei Stellvertreter zu bestimmen.

(4) Die Widerspruchsausschüsse entscheiden über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK, 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 Direktion gebildete Widerspruchsausschuß ist zuständig für solche Widersprüche, die nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften einem AOK-Landesverband zur Entscheidung übertragen sind, sowie für Ordnungswidrigkeiten im Sinne des § 29 Abs. 1 Bundeskindergeldgesetz.

(6) Die Widerspruchsausschüsse bei den Regionaldirektionen entscheiden über Widersprüche vorbehaltlich der Regelung in Absatz 5. Örtlich zuständig ist die Regionaldirektion, die die angefochtene Entscheidung getroffen hat.

(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 (OWiG) wahr.

Sechster Abschnitt

Mitgliedschaften und Zusammenwirken

§ 24

Mitgliedschaften

(1) Die AOK ist Mitglied des AOK-Bundesverbandes.

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

§ 25

Zusammenwirken

(1) Zur Förderung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des AOK-Systems arbeitet die AOK - insbesondere in ihrer Rechtsstellung als Landesverband -

eng mit dem AOK-Bundesverband zusammen. Sie hat bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben gemeinsame Interessen zu berücksichtigen.

(2) Ferner arbeitet die AOK im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Krankenkassen und Landesorganisationen der anderen Kassenarten sowie mit Einrichtungen des Gesundheitswesens im Land Nordrhein-Westfalen zusammen.

§ 26

Bindung an Grundsatzentscheidungen

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

1. Vergütungen, soweit das SGB V nicht Abweichendes bestimmt,
2. Gesundheitsvorsorge,
3. Rehabilitation und
4. Erprobung

sind für die AOK verbindlich.

§ 27

Bindung an Verträge und Richtlinien

Die von den Bundesverbänden der Krankenkassen kraft Gesetzes abzuschließenden Verträge sowie

- die Richtlinien der Bundesausschüsse zur Sicherung der ärztlichen Versorgung (§ 92 SGB V),
- die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Qualitätssicherung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (§ 135 Abs. 3 SGB V),
- die Richtlinien über Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen (§ 135 a SGB V) sowie
- die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung (§ 282 SGB V)

sind für die AOK verbindlich.

Siebter Abschnitt

Organisationsstruktur und Selbstverwaltung

§ 28

Organisationsstruktur

- (1) Die AOK gliedert sich in
- eine zentrale Ebene (Direktion) und
 - eine regionale Ebene (Regionaldirektionen).

(2) Die bisher selbständigen 26 AOKs im Rheinland werden mit Wirkung vom 1. 4. 1994 an als Regionaldirektionen der AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse geführt. Zahl und Abgrenzungen der Regionaldirektionen sind den Erfordernissen des Marktes anzupassen, wenn dies aus unternehmenspolitischen und/oder betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zweckmäßig ist.

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

§ 29

Organe der AOK

Organe der AOK sind die Vertreterversammlung, der Vorstand und die Geschäftsführung. Sie wirken bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben vertrauensvoll zusammen.

§ 30

Vertreterversammlung

(1) Die Vertreterversammlung beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 33 Abs. 1 SGB IV, § 197 Nr. 1 SGB V).

(2) Die Vertreterversammlung besteht aus je 26 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber (§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Die Mitglieder der Vertreterversammlung und ihre Stellvertreter können nicht gleichzeitig dem Vorstand angehören.

(3) Die Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung 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.

(4) Für die Stellvertretung verhandelter Mitglieder der Vertreterversammlung 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 der Vertreterversammlung statt. Darüber hinaus ist die Vertreterversammlung unverzüglich einzuberufen, wenn

- a) es der Vorsitzende der Vertreterversammlung und der stellvertretende Vorsitzende gemeinsam für notwendig halten,
- b) mindestens ein Drittel der stimmberechtigten Mitglieder der Vertreterversammlung es verlangt,
- c) der Vorstand es beantragt oder
- d) die Aufsichtsbehörde es verlangt.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung beruft im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden zu den Sitzungen ein.

(6) An den Sitzungen der Vertreterversammlung nehmen die Mitglieder des Vorstandes sowie die Geschäftsführung teil. Zur Teilnahme sind auch beauftragte Mitarbeiter der AOK berechtigt. Sofern aus der Mitte der Vertreterversammlung beantragt wird, die Mitglieder des Vorstandes, die Geschäftsführung oder beauftragte Mitarbeiter der AOK für einzelne Punkte der Tagesordnung von der Teilnahme an der Sitzung auszuschließen, ist deren weitere Anwesenheit nur zulässig, wenn die Mehrheit der anwesenden Mitglieder der Vertreterversammlung für ihre weitere Teilnahme stimmt.

(7) Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nichtöffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluß ist in öffentlicher Sitzung bekanntzugeben.

(8) Zu den Aufgaben der Vertreterversammlung gehören insbesondere:

1. Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung (§ 62 SGB IV),
2. Aufstellung der Geschäftsordnung für die Vertreterversammlung,
3. Wahl der Mitglieder des Vorstandes und ihrer Stellvertreter (§ 52 SGB IV),
4. Wahl der Geschäftsführung und aus deren Mitte eines Vorsitzenden auf Vorschlag des Vorstandes (§ 36 Abs. 4 SGB IV),
5. Bestellung der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des Widerspruchsausschusses bei der Direktion (§ 36a SGB IV),
6. Wahl der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Regionalbeiräte (§ 32 Abs. 3),
7. Wahl der Vertreter im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Nordrhein (§ 279 Abs. 2 SGB V),
8. Änderung der Satzung (§ 33 Abs. 1 SGB IV und § 197 Nr. 1 SGB V),
9. Festsetzung der Entschädigungsregelung nach § 194 Abs. 1 Nr. 8 SGB V i.V.m. § 35 Abs. 2,
10. Zustimmung zur Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung einschließlich des Stellenplans (§ 355 RVO und § 31 Abs. 8 Nr. 11),
11. Feststellung des Haushaltsplans (§ 70 Abs. 1 Satz 2 SGB IV und § 197 Nr. 2 SGB V),

12. Wahl der Revisoren zur Prüfung der Jahresrechnung aus der Mitte der Vertreterversammlung,

13. Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung,

14. Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung wegen der Jahresrechnung (§ 77 Abs. 2 SGB IV und § 197 Nr. 3 SGB V),

15. Beschlußfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden (§ 197 Nr. 5 SGB V),

16. Entgegennahme der Berichte des Vorstandes.

(9) Die Vertreterversammlung kann in Entschließungen zu allgemein interessierenden Fragen der Sozialversicherung Stellung nehmen.

(10) Die Vertreterversammlung 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 der Vertreterversammlung kann anordnen, daß auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 vorgesehene Mehrheit nicht anwesend ist; hierauf ist in der Einladung hinzuweisen.

(11) 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 Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(12) Anträge auf Änderung oder Ergänzung der vorläufigen Tagesordnung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung schriftlich bei der Geschäftsstelle der Direktion eingereicht werden; die Mitglieder der Vertreterversammlung 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 der Vertreterversammlung gestellt wird. Die Beschlußfassung wird jedoch bis zur nächsten Sitzung ausgesetzt, wenn ein Drittel der anwesenden Mitglieder der Vertreterversammlung widerspricht. Anträge auf Änderung der Satzung müssen spätestens zwei Wochen vor der Sitzung schriftlich gestellt werden. Für die Feststellung der Tagesordnung gilt Absatz 10.

(13) Über die Sitzungen der Vertreterversammlung werden Niederschriften gefertigt. Näheres bestimmt die Geschäftsordnung.

(14) Die Vertreterversammlung 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 der Vertreterversammlung, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts zur Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten handelt,
- c) Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,
- d) von ihr bestimmte Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen.

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

(15) Die Vertreterversammlung kann zur Beratung und, soweit nicht Gegenstände der autonomen Rechtsetzung zu

behandeln sind, auch zur Erledigung einzelner Aufgaben Ausschüsse bilden und deren Zuständigkeit abgrenzen; sie müssen je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammengesetzt sein. Zu den Sitzungen dieser Ausschüsse können sonstige Personen als Sachverständige herangezogen werden. Die Beschlüsse und Beratungsergebnisse sind der Vertreterversammlung und dem Vorstand zuzuleiten.

§ 31

Vorstand

(1) Der Vorstand bestimmt die unternehmenspolitischen Ziele zur Erfüllung der Aufgaben der AOK (§ 2) und trifft die zu ihrer Realisierung erforderlichen Entscheidungen.

(2) Der Vorstand besteht aus je sechs Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber; der Vorsitzende der Geschäftsführung, im Verhinderungsfall ein Mitglied der Geschäftsführung, gehört dem Vorstand mit beratender Stimme an.

(3) Die Vertreter der Versicherten werden von den in der Vertreterversammlung amtierenden Vertretern der Versicherten, die Vertreter der Arbeitgeber von den in der Vertreterversammlung amtierenden Vertretern der Arbeitgeber gewählt.

(4) Die Wahl der Vorsitzenden des Vorstandes erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich zum 1. Januar. Ist der Vorsitzende der Vertreterversammlung ein Versichertenvertreter, so muß der Vorsitzende des Vorstandes ein Arbeitgebervertreter sein und umgekehrt.

(5) Für die Stellvertretung verhinderten Mitglieder des Vorstandes gilt § 43 Abs. 2 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV.

(6) Die Sitzungen des Vorstandes finden nach Bedarf statt. Der Vorstand wird unverzüglich zu einer Sitzung einberufen, wenn

- a) mindestens ein Drittel der stimmberechtigten Mitglieder des Vorstandes
oder
- b) die Aufsichtsbehörde es verlangt.

Der Vorsitzende des Vorstandes beruft im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden zu den Sitzungen ein.

(7) Die Sitzungen des Vorstandes sind nicht öffentlich. An den Vorstandssitzungen nehmen auch der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung sowie vom Vorstand besonders beauftragte Personen teil. Werden hiergegen aus der Mitte des Vorstandes Einwendungen erhoben, so ist die Teilnahme nur insoweit zulässig, als dies vom Vorstand mit Mehrheit beschlossen wird. Der Vorstand kann auch andere Personen zu den Sitzungen hinzuziehen.

(8) Der Vorstand verwaltet die AOK. Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:

1. Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes (§ 62 SGB IV),
2. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Vorstand,
3. Vorschlag für die Wahl der Geschäftsführung und aus deren Mitte eines Vorsitzenden (§ 36 Abs. 4 SGB IV),
4. Wahl der Vertreter in die Selbstverwaltungsorgane des AOK-Bundesverbandes,
5. Bestellung oder Benennung von Vertretern in Ausschüssen und Einrichtungen sowie Benennung von ehrenamtlichen Richtern an den Sozialgerichten im Landesteil Rheinland und am Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen,
6. Vorschlag für Änderungen der Satzung,
7. Vorschlag für die Entschädigungsregelung nach § 194 Abs. 1 Nr. 8 SGB V in Verbindung mit § 35 Abs. 2,
8. Amtsentbindung und Amtsenthebung gemäß §§ 59 und 36 SGB IV,

9. Feststellung, daß ein als Nachfolger eines ausgeschiedenen Mitglieds bzw. eines stellvertretenden ausgeschiedenen Mitglieds der Vertreterversammlung vorgeschlagener Mitglied der Vertreterversammlung geworden ist (§ 60 Abs. 3 SGB IV),
10. Aufstellung von Richtlinien für
 - a) die Führung der laufenden Verwaltungsgeschäfte,
 - b) die Führung der Geschäfte der Widerspruchsausschüsse (§§ 36 a und 35 Abs. 2 SGB IV),
 - c) die Anlage der Rücklage (§§ 82, 83, 86 SGB IV, § 261 SGB V),
11. Aufstellung und Änderung der Dienstordnung einschließlich des Stellenplans (§§ 351 ff. RVO),
12. Aufstellung des Haushaltsplans (§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB IV),
13. Einwilligung in über- und außerplanmäßige Ausgaben nach Maßgabe des § 73 SGB IV,
14. Aufstellung der Jahresrechnung,
15. Wahl des Ausschusses des Vorstandes zur Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung (§ 37 Abs. 2),
16. Einstellung, Anstellung, Beförderung, Versetzung in den Ruhestand, Kündigung oder Entlassung von dienstordnungsmäßig Angestellten sowie Auflösungsverträge und Verfolgung von Dienstvergehen nach der Dienstordnung,
17. Beschlüsse über Tarifverträge, vorbehaltlich des Absatzes 16,
18. Einstellung, Höhergruppierung und Kündigung von Angestellten, die mindestens der Vergütungsgruppe 11 BAT/OKK angehören oder in eine solche eingruppiert werden sollen; unabhängig von der Vergütungsgruppe gilt dies auch für Angestellte, denen Führungspositionen mit unternehmensstrategischer Bedeutung übertragen worden sind oder übertragen werden sollen,
19. Aufnahme von Darlehen,
20. Vorbereitung der Beschlußfassung der Vertreterversammlung bei Erwerb, Veräußerung und Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden (§ 197 Nr. 5 SGB V),
21. Errichtung und Auflösung von Eigeneinrichtungen (§ 140 SGB V),
22. Beteiligung an gemeinnützigen Einrichtungen und Darlehen für gemeinnützige Zwecke sowie Gewährung von Darlehen im Rahmen der Aufgabenerfüllung,
23. Beschlußfassung über den Beitritt zu Organisationen oder die Bildung von Organisationen,
24. Beschaffung von Geräten, Kraftfahrzeugen und Einrichtungsgegenständen sowie Maßnahmen zur Unterhaltung von Grundstücken und Gebäuden, sofern die Kosten im Einzelfall 200 000 DM übersteigen,
25. Niederschlagung, Erlaß und Vergleich bei Beitragsforderungen und anderen Geldforderungen, soweit der geschuldete Betrag 100 v.H. der für Jahresbezüge in der Rentenversicherung der Arbeiter geltenden Beitragsbemessungsgrenze im Einzelfall übersteigt (§ 76 Abs. 2 SGB IV); sofern Rechte Dritter hiervon berührt werden, sind geltende Zustimmungsregelungen zu beachten,
26. Abschluß und Kündigung von gesamtvertraglichen Regelungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern (§§ 109, 110 SGB V),
27. Erhöhung der Beitragssätze zur Erhaltung oder Herstellung der Leistungsfähigkeit (§ 220 Abs. 2 SGB V).

(9) Der Vorstand ist, soweit das Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, beschlußfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen wurden und zwei Drittel der stimmberechtigten Mitglieder, jedoch mehr als die Hälfte jeder Gruppe anwesend sind.

(10) Die Beschlüsse werden, soweit durch Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt ist, mit der

Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefaßt. Stimmenthaltungen und ungültige Stimmen gelten als nicht abgegeben. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

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

(12) Bei Eilbedürftigkeit kann der Vorstand schriftlich abstimmen; ob ein eiliger Fall vorliegt, stellt der Vorsitzende im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden fest. Widerspricht ein Mitglied der schriftlichen Abstimmung, so ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Vorstandes zu beraten und abzustimmen. Ergibt sich bei der schriftlichen Abstimmung Stimmgleichheit, so wird über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung beraten und abgestimmt. Kommt auch bei der zweiten Abstimmung keine Mehrheit zustande, so gilt der Antrag als abgelehnt.

(13) Der Vorsitzende oder der stellvertretende Vorsitzende können unaufschiebbare Maßnahmen, die einen Beschluß des Vorstandes erfordern, in eigener Verantwortung durchführen. Die Vorstandsmitglieder sind unverzüglich zu informieren. In der nächsten Vorstandssitzung ist ein Beschluß herbeizuführen.

(14) Dem Vorsitzenden des Vorstandes obliegen insbesondere:

1. Beanstandung von gesetzes-, satzungs- und dienstordnungswidrigen Beschlüssen (§ 38 SGB IV, § 357 Abs. 1 RVO),
2. Maßnahmen gegenüber Angestellten der AOK nach § 354 Abs. 5 RVO,
3. Ausübung des Wahlrechts der AOK als Arbeitgeberin,
4. Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei Ergänzung der Vertreterversammlung und des Vorstandes (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB IV),
5. Anzeige und Benachrichtigung über das Ergebnis der Wahl und über Änderungen in der Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane (§ 60 Abs. 4 Satz 1 SGB IV).

(15) Der Vorstand kann Ausschüsse bilden. Das Nähere bestimmt die Geschäftsordnung.

(16) Die Vereinigung der Tarifgemeinschaften der AOK (VT-AOK) ist ermächtigt, Tarifverträge, die nicht die Eingruppierung von Mitarbeitern regeln, mit Wirkung für die AOK abzuschließen, wenn diese inhaltlich von der Tarifvereinigung deutscher Länder oder von der Tarifgemeinschaft kommunaler Arbeitgeberverbände übernommen werden (Übernahmearbeitsverträge).

Dies gilt nicht, wenn innerhalb eines Monats nach Übersendung des Tarifvertragsentwurfs durch die VT-AOK die Ausnahme vom Geltungsbereich des Tarifvertrages erklärt wird. Über diese Erklärung entscheiden einvernehmlich der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes. Kommt Einvernehmen nicht zustande, so befindet der Vorstand über die Abgabe der Erklärung. Bis zu diesem Beschluß wird eine vorläufige Ausnahmeerklärung abgegeben.

§ 32

Regionalbeiräte

(1) Bei jeder Regionaldirektion wird zur Stärkung des Regionalbezuges der AOK ein Regionalbeirat gebildet. Dieser besteht aus je sieben Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.

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

(3) Die Vertreter der Versicherten werden von den in der Vertreterversammlung amtierenden Vertretern der Versicherten, die Vertreter der Arbeitgeber von den in der Vertreterversammlung 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 der 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:

1. Gesundheitspolitische Beratung der Regionaldirektion, insbesondere Vermittlung von Erfahrungen und Erwartungen aus dem kommunalpolitischen Leben sowie aus Arbeitswelt und Wirtschaft einschließlich Handwerk,
2. Mitwirkung bei der Vorbereitung des Regionalbudgets als Teil des Gesamthaushaltes der AOK Rheinland,
3. Beratung der Ergebnisse der unternehmenspolitischen Jahresbilanz der Regionaldirektion entsprechend der Gesamtzielabsprache der AOK Rheinland,
4. Auswertung der regionalen Krankheitsdaten und Mitwirkung bei der regionalen Gesundheitsberichterstattung,
5. Mitwirkung bei grundsätzlichen Fragen der medizinischen Versorgung in der Region,
6. Mitwirkung bei der Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung in der Region (Notfalldienste etc.),
7. Begleitung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsverhütung in der Region,
8. Transparenz der Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden und Vorschläge zur Beseitigung,
9. Mitwirkung bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung gemäß § 20 SGB V,
10. Zusammenarbeit mit den Beteiligten vor Ort bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen,
11. Mitwirkung bei der gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit in der Region, auch zur Unterstützung der Unternehmenspolitik der AOK Rheinland,
12. Bestellung der Mitglieder und der stellvertretenden Mitglieder des Widerspruchsausschusses bei der Regionaldirektion (§ 36 a SGB IV in Verbindung mit § 23).

(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.

§ 33

Geschäftsführung

(1) Die Vertreterversammlung wählt auf Vorschlag des Vorstandes eine aus drei Personen bestehende Geschäftsführung und aus deren Mitte einen Vorsitzenden (§ 36 Abs. 4 SGB IV).

Die Mitglieder der Geschäftsführung führen hauptamtlich die laufenden Verwaltungsgeschäfte der AOK, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 36 Abs. 1 SGB IV).

(2) Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied der Geschäftsführung seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet die Geschäftsführung nach Maßgabe der Geschäftsordnung.

Die AOK Rheinland wird gerichtlich und außergerichtlich durch die Geschäftsführung vertreten. Der Vorsit-

zende ist zur Alleinvertretung der AOK Rheinland befugt. Die Mitglieder der Geschäftsführung vertreten sich gegenseitig.

(3) Zu den Aufgaben der Geschäftsführung gehören insbesondere:

1. Mitgestaltung der Unternehmenspolitik im Zusammenwirken mit dem Vorstand,
2. Mitwirkung im Vorstand mit beratender Funktion,
3. Einrichtung und Leitung der Inneren Verwaltung einschließlich Planung, Steuerung und Kontrolle,
4. Personalführung,
5. Bestellung eines Haushaltsbeauftragten, eines Sicherheitsbeauftragten, eines Datenschutzbeauftragten sowie eines Beauftragten des Arbeitgebers nach dem Schwerbehindertengesetz,
6. Vorschlag für die Bestellung leitender Angestellter als Vollstreckungsbeamte und sonstiger Angestellter als Vollziehungsbeamte (§ 66 Abs. 3 SGB X),
7. Einstellung, Höhergruppierung und Kündigung von Arbeitern und von Tarifangestellten, soweit nicht der Vorstand zuständig ist (§ 31 Abs. 8 Nr. 18),
8. Abschluß von Aus- und Fortbildungsverträgen,
9. Verfügung über die für den laufenden Bedarf erforderlichen Betriebsmittel,
10. Anordnung von Einnahmen und Ausgaben nach Gesetz, Satzung und Beschlüssen der Selbstverwaltungsorgane,
11. Anlage der Rücklage (§§ 82, 83, 86 SGB IV, § 261 SGB V),
12. Überwachung der Kassenführung und des angelegten Vermögens,
13. Vermögensauseinandersetzungen (§ 154, § 164 Abs. 1, § 171 SGB V),
14. Führung der laufenden Verwaltungsgeschäfte für eigene Grundstücke, Gebäude und Einrichtungen einschließlich des Abschlusses von Miet- und Pachtverträgen,
15. Beschaffung des Geschäftsbedarfs,
16. Beschaffung von Geräten, Kraftfahrzeugen und Einrichtungsgegenständen sowie Maßnahmen zur Unterhaltung von Grundstücken und Gebäuden, wenn der in § 31 Abs. 8 Nr. 24 genannte Betrag nicht überschritten wird,
17. Einrichtung gemeinschaftlicher Auskunfts- und Beratungsstellen für Behinderte (§ 5 Abs. 1 RehaAngIG) und Abschluß von Gesamtvereinbarungen über das Rehabilitationsverfahren und die Einheitlichkeit der Leistungen (§ 5 Abs. 6 RehaAngIG),
18. Beteiligung von Versicherten an den Kosten der Leistungen und Versagung bzw. Rückforderung von Krankengeld in den Fällen des § 52 SGB V,
19. Abschluß und Kündigung von Verträgen und Vereinbarungen, sofern nicht - z.B. nach § 31 Abs. 8 Nr. 26 - der Vorstand zuständig ist,
20. Festsetzung von Beitragsschätzungen nach § 28 f Abs. 3 SGB IV,
21. Stundung von Beiträgen und anderen Geldforderungen der Krankenkasse,
22. Niederschlagung, Erlaß und Vergleich bei Beitragsforderungen und anderen Geldforderungen, soweit der geschuldete Betrag die in § 31 Abs. 8 Nr. 25 festgelegte Höhe im Einzelfall nicht übersteigt; sofern Rechte Dritter hiervon berührt werden, sind geltende Zustimmungsregelungen zu beachten,
23. Festsetzung von Zwangsgeld nach dem Verwaltungsvollstreckungsgesetz gemäß § 66 SGB X sowie Festsetzung von Geldbußen nach § 307 SGB V und § 111 SGB IV,
24. Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel (§ 36 SGB V),
25. Zulassung von Leistungserbringern von Heil- und Hilfsmitteln (§§ 124 und 126 SGB V),

26. Veranlassung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenhausbehandlung (§ 113 SGB V).

§ 34

Vertretung der AOK

(1) Der Vorstand vertritt die AOK unbeschadet der Absätze 3 und 4 gerichtlich und außergerichtlich (§ 35 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

(2) Unbeschadet des § 35 Abs. 1 Satz 1 SGB IV wird die AOK 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 Abs. 1 Satz 2 SGB IV).

(3) Die Geschäftsführung vertritt die AOK in Angelegenheiten des § 33 gerichtlich und außergerichtlich.

(4) Die Vertreterversammlung vertritt die AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern (§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Das Vertretungsrecht wird durch die Vorsitzenden der Vertreterversammlung gemeinsam ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

§ 35

Entschädigung und Haftung der Organmitglieder und der Mitglieder der Regionalbeiräte

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

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

(3) Die Haftung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sowie der Mitglieder der Regionalbeiräte richtet sich nach § 42 SGB IV.

Anhang 1

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) Die von der Vertreterversammlung gewählten Revisoren zur Prüfung der Jahresrechnung sind befugt, die Bücher und Akten der AOK einzusehen sowie die Vermögensbestände zu prüfen.

(2) Der vom Vorstand bestimmte Prüfungsausschuß ist verpflichtet, die Betriebs- und Rechnungsführung der AOK mindestens zweimal im Jahr zu prüfen (§ 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V). Ferner hat dieser Ausschuß mindestens zweimal jährlich die Bestände an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln bei der Direktion unvermutet zu prüfen; eine Prüfung im Jahr erstreckt sich auch darauf, ob das Vermögen vorschriftsmäßig angelegt ist und wie die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden (§ 3 SVRV i.V.m. § 7 SRVwV).

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

(4) Der Vorstand hat die Jahresrechnung in geeigneter Weise prüfen zu lassen (§ 31 SVHV).

Neunter Abschnitt:**Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen
bei Krankheit und Mutterschaft
(„Ausgleichsverfahren“)****§ 38****Ausgleichsverfahren
nach dem Zweiten Abschnitt des LFZG**

Das Ausgleichsverfahren nach den §§ 10 bis 18 LFZG richtet sich nach den näheren Bestimmungen des Anhangs 2 dieser Satzung.

Anhang 2

Zehnter Abschnitt:**Bekanntmachungen und Inkrafttreten****§ 39****Bekanntmachungen**

Bekanntmachungen der Satzung und sonstigen autonomen Rechts sind in den Geschäftsräumen der Direktion und Regionaldirektionen der AOK mindestens zwei Wochen öffentlich auszuhängen; § 196 SGB V findet Anwendung.

§ 40**Inkrafttreten**

(1) Diese Satzung tritt am 1. April 1994 in Kraft.

(2) Mit dem Tage des Inkrafttretens dieser Satzung verlieren die Satzungen der bisherigen 26 rheinischen AOKs, der AOK-Rechenzentren Aachen, Bergisch-Land, Köln und Niederrhein sowie des AOK-Landesverbandes Rheinland ihre Geltung.

(3) Leistungsansprüche gegenüber den bisherigen rheinischen AOKs, die in dieser Satzung nicht vorgesehen sind, bleiben erhalten

- a) für laufende Leistungen, die vor dem 1. 4. 1994 begonnen haben, und
- b) für Leistungen, die vor dem 1. 4. 1994 schriftlich zugesagt worden sind.

(4) In den Bereichen der AOK Rheinland, in denen Versichertenälteste und/oder Vertrauensleute gemäß § 39 SGB IV in Verbindung mit der Vorschrift der Satzung der betreffenden ehemaligen rheinischen AOK gewählt sind, können diese ihr Amt nach Maßgabe der für sie bisher geltenden Regelungen in den betreffenden Regionen fortführen.

(5) Die Erprobungsregelung über Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit im Bereich Neuss der AOK Rheinland wird entsprechend der Satzungsregelung der ehemaligen AOK Neuss (§ 8) fortgeführt. Für die Berechnung der Umlage ist seitens der AOK Rheinland von der Zahl der Mitglieder im Bereich Neuss auszugehen.

(6) Die Erprobungsregelung über Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung und Verhütung von Zahn- und Kieferfehlstellungen bei Kindern im Bereich Essen der AOK Rheinland wird entsprechend der Satzungsregelung der ehemaligen AOK Essen (§ 7 a) fortgeführt.

**Anhang 1
zur Satzung der AOK Rheinland -
Die Gesundheitskasse****Entschädigungsregelung**

für die Mitglieder der Vertreterversammlung, die Mitglieder des Vorstandes sowie die Mitglieder der Regionalbeiräte
der

AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse,
Körperschaft des öffentlichen Rechts,
gemäß § 35 Abs. 2 der Satzung

§ 1**Ersatzbarer Auslagen**

Die Mitglieder der Vertreterversammlung, die stimmberechtigten Mitglieder des Vorstandes sowie die ehrenamtlichen Mitglieder der Regionalbeiräte (Organmitglieder) erhalten, sofern sie in ihrer Eigenschaft als Mitglieder der Gremien tätig werden, als Ersatzbarer Auslagen:

1. Tagegeld

- a) Für jeden Kalendertag wird ein volles Tagegeld der Stufe C des Landesreisekostengesetzes (§ 9 Abs. 2) gezahlt, wenn die Dauer der Inanspruchnahme (einschließlich der Dauer der An- und Abreise) mehr als 6 Stunden beträgt.
- b) Bei einer zeitlichen Inanspruchnahme bis zu 6 Stunden wird ein halbes Tagegeld der Stufe C des Landesreisekostengesetzes (§ 9 Abs. 2) gezahlt.
- c) Bei Teilnahme an mehr als einer Sitzung pro Tag wird insgesamt ein volles Tagegeld gezahlt.
- d) Bei Sitzungen im Ausland sind die erhöhten Sätze entsprechend der Regelung des Landesreisekostengesetzes (§ 19 in Verbindung mit der Auslandsreisekostenverordnung) zu zahlen.
- e) Sofern ein Organmitglied aufgrund körperlicher Behinderung nicht in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug selbst zu führen, wird für den Fahrer ein Tagegeld der Stufe A des Landesreisekostengesetzes gezahlt. Die Buchstaben a bis d gelten entsprechend.

2. Übernachtungsgeld

- a) Wenn eine Übernachtung erforderlich ist, wird ein volles Übernachtungsgeld der Stufe C des Landesreisekostengesetzes (§ 10 Abs. 2) gezahlt.
- b) Sind die Übernachtungskosten höher als das Übernachtungsgeld nach der Stufe C des Landesreisekostengesetzes, so wird der Mehrbetrag bis zu 50% des Übernachtungsgeldes erstattet. Darüber hinausgehende Mehrkosten werden erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind um 15% des Tagegeldes zu kürzen.
- c) § 1 Nr. 1 Buchst. d 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, in Höhe der Kosten der Schlafwagenbenutzung; bei Erstattung der Schlafwagenkosten entfällt das Übernachtungsgeld;
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy-/Touristenklasse;
- c) bei Benutzung eines Kraftwagens eine Kilometerentschädigung nach § 7 Ziff. 3 Buchst. b Unterabschnitt aa der zum Landesreisekostengesetz ergangenen Kraftfahrzeugverordnung vom 31. 5. 1968 (GV. NW. S. 190) in der jeweils gültigen Fassung; z. Zt. 0,52 DM je Kilometer, daneben für jede mitgenommene entschädigungsberechtigte Person eine Mitnahmeentschädigung von 0,03 DM je Kilometer,
- d) bei Benutzung eines Kraftrades 0,18 DM je Kilometer, daneben für jede mitgenommene entschädigungsberechtigte Person eine Mitnahmeentschädigung von 0,02 DM je Kilometer.
Parkgebühren sowie sonstige Nebenkosten für die An- und Abfahrt zur Bahn oder zum Flugplatz, für Gepäckbeförderung, Gepäckaufbewahrung usw. werden in tatsächlicher 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 $\frac{1}{3}$ 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 $\frac{1}{3}$ 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 Organmitglieder erhalten 75,- DM 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.

(2) Als Sitzungstage gemäß Absatz 1 gelten auch solche Tage, an denen zur Vorbereitung der Tagesordnung für Sitzungen der Organe oder ihrer Ausschüsse im Interesse einer zügigen Abwicklung der Vollsitzungen eine Gruppenvorbesprechung stattfindet.

(3) Den Pauschbetrag nach Absatz 1 erhalten die Organmitglieder auch für die Teilnahme an Verhandlungen, Besprechungen, Tagungen und Veranstaltungen sowie für sonstige Anlässe, wenn die Teilnahme auf einem besonderen Auftrag des Organs beruht.

§ 4

Ersatzbarer Auslagen der Vorsitzenden und der stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes und der Vertreterversammlung sowie der Regionalbeiräte außerhalb der Sitzungen

(1) Die baren Auslagen, die dem Vorsitzenden des Vorstandes und seinem Stellvertreter, dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung und seinem Stellvertreter sowie den Vorsitzenden der Regionalbeiräte und deren Stellvertretern für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen der Organe der AOK oder ihrer Ausschüsse (§ 3 Abs. 1) sowie außerhalb der Vertretung in besonderem Auftrage im Sinne des § 3 Abs. 2 entstehen, werden

dem Vorsitzenden des Vorstandes und seinem Stellvertreter mit einem monatlichen Pauschbetrag von je 125,— DM,

dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung und seinem Stellvertreter mit einem monatlichen Pauschbetrag von je 62,50 DM

und den Vorsitzenden der Regionalbeiräte und deren Stellvertretern mit einem monatlichen Pauschbetrag von je 62,50 DM

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

(2) Neben dem Auslagenersatz nach Absatz 1 werden dem Vorsitzenden des Vorstandes und seinem Stellvertreter, dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung 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 Nr. 3 erstattet.

§ 5

Pauschbetrag für Zeitaufwand der Vorsitzenden und der stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes und der Vertreterversammlung sowie der Regionalbeiräte außerhalb der Sitzungen

Für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen der Organe der AOK und ihrer Ausschüsse (§ 3 Abs. 1) sowie außerhalb der Vertretung in besonderem Auftrage im Sinne des § 3 Abs. 2 werden

dem Vorsitzenden des Vorstandes und seinem Stellvertreter ein monatlicher Pauschbetrag von je 600,— DM,

dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung und seinem Stellvertreter ein monatlicher Pauschbetrag von je 150,— DM

und den Vorsitzenden der Regionalbeiräte und deren Stellvertretern ein monatlicher Pauschbetrag von je 150,— DM

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

Anhang 2 zur Satzung der AOK Rheinland - 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 finden entsprechende Anwendung für den nach dem zweiten Abschnitt des Lohnfortzahlungsgesetzes (LFZG) durchzuführenden Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen, soweit im folgenden oder im LFZG nichts anderes bestimmt ist.

Abschnitt B:

Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

§ 2

Beteiligte Arbeitgeber

(1) An dem Ausgleichsverfahren nehmen die Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 20 Arbeitnehmer im Sinne des § 10 Abs. 1 und 2 LFZG beschäftigen.

(2) Nicht an dem Ausgleichsverfahren beteiligt sind die in den §§ 18 und 19 LFZG genannten Personen und Einrichtungen.

(3) Arbeitgeber, die die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen, jedoch am 31. 3. 1994 in das Ausgleichsverfahren einbezogen waren, nehmen bis zum 31. 12. 1994 weiter daran teil.

Abschnitt C:

Erstattungen

§ 3

Erstattungsanspruch

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

1. 70 v.H. des für den in § 1 Abs. 1 und den in § 7 Abs. 1 LFZG bezeichneten Zeitraum an Arbeiter fortgezählten Arbeitsentgelts und der nach § 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchst. b des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) an Auszubildende fortgezählten Vergütung (Aufwendung bei Krankheit),

2. 80 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 Arbeitsentgelts (Aufwendungen bei Mutterschaft).

(2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der in Absatz 1 Nr. 1 aufgeführte Erstattungssatz auf 80 v.H. erhöht. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden.

(3) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der in Absatz 1 Nr. 1 aufgeführte Erstattungssatz auf 60 v.H. ermäßigt. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden.

§ 4

Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen

Mitden in § 3 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die erstattungsfähigen Aufwendungen entfallenden Arbeitgeberanteile der Beiträge zur gesetzlichen Kranken- 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) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit (§ 3 Abs. 1 Nr. 1) beträgt 2,6 v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 14 Abs. 2 LFZG.

(3) Die erhöhte Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit (§ 3 Abs. 2) beträgt 3,1 v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 14 Abs. 2 LFZG.

(4) Die ermäßigte Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit (§ 3 Abs. 3) beträgt 2,3 v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 14 Abs. 2 LFZG.

(5) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Abs. 1 Nr. 2) beträgt 0,1 v.H. der Bemessungsgrundlage nach § 14 Abs. 2 LFZG.

(6) Ist lediglich die Umlage nach Absatz 5 zu zahlen, kann die AOK 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.

Abschnitt E:

Widerspruchsstellen

§ 7

Widerspruchsausschüsse, Einspruchsstellen

(1) § 23 der Satzung gilt auch für Widersprüche im Rahmen des Ausgleichsverfahrens.

(2) Bei der Bestimmung der Regionalbeiräte nach § 32 Abs. 6 Nr. 12 der Satzung ist bezüglich des Ausgleichsverfahrens § 8 dieses Anhangs entsprechend zu berücksichtigen.

(3) Die Widerspruchsausschüsse nehmen zugleich Aufgaben der Einspruchsstelle nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (OWiG) wahr.

Abschnitt F: Organe der Selbstverwaltung

§ 8

Mitwirkung

(1) In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens wirken in der Vertreterversammlung und im Vorstand nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

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

Abschnitt G:

Verwaltung der Mittel

§ 9

Betriebsmittel

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

(2) Es werden getrennte Betriebsmittel gebildet

1. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit,
2. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft.

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

§ 10

Haushaltsplan

(1) Der Haushaltsplan wird vom Vorstand aufgestellt.

(2) Die Feststellung des Haushaltsplans obliegt der Vertreterversammlung.

§ 11

Jahresrechnung

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

(2) Für die Prüfung der Jahresrechnung wählt die Vertreterversammlung Revisoren und deren Stellvertreter aus ihrer Mitte. Die Revisoren haben in Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens die Rechte, die sich aus § 37 Abs. 1 der Satzung ergeben.

(3) Die Vertreterversammlung nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung.

Genehmigung

Die vorstehende Satzung wird gemäß § 146 Abs. 2 SGB V genehmigt.

Essen, den 11. Februar 1994
II 2-400-11-I

Landesversicherungsamt
Nordrhein-Westfalen

Der Direktor
Jockel

- GV. NW. 1994 S. 60.

Einzelpreis dieser Nummer 3,70 DM
zuzügl. Porto- und Versandkosten

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

Abonnementsbestellungen: Grafenberger Allee 100, Tel. (0211) 9682/238 (8.00-12.30 Uhr), 40237 Düsseldorf

Bezugspreis halbjährlich 47,50 DM (Kalenderhalbjahr), Jahresbezug 95,- DM (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 drei Monaten nach Erscheinen anerkannt.

In den Bezugs- und Einzelpreisen ist keine Umsatzsteuer i. S. d. § 14 UStG enthalten.

Einzelbestellungen: Grafenberger Allee 100, Tel. (0211) 9682/241, 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 100, 40237 Düsseldorf
Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach
ISSN 0177-5359