

# **Satzung**

**der**

**AOK Nordost - Die Gesundheitskasse<sup>\*</sup>**

**In der Fassung des 33. Nachtrags**

vom Verwaltungsrat der

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

am 19.06.2020 beschlossen mit Wirkung ab 01.07.2020

vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg am 25.06.2020 genehmigt

**Auszug**

\*Soweit in der Satzung der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse hinsichtlich der Bezeichnung von Ämtern oder Funktionen die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht auch die weibliche Form ein. Weibliche Amts- bzw. Funktionsträgerinnen können die Amts- bzw. Funktionsbezeichnung in der weiblichen Form führen.

# **Inhaltsübersicht**

**Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung**

**Dritter Abschnitt: Leistungen**

§ 9 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

**Vierter Abschnitt: Zusatzversicherungen/Weiterentwicklung in der Versorgung/  
Wahltarife**

§ 25 Kostenerstattung

## **§ 9**

### **Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen**

Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V) zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss. Dieser beträgt pauschal 100,00 Euro bei der Leistungsdauer von mindestens 14 bis 20 Kalendertagen bzw. 150,00 Euro bei einer Leistungsdauer ab 21 Kalendertagen. Für Kinder bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres beträgt der Zuschuss 13,00 Euro täglich. Für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 Euro täglich für die Dauer der Maßnahme.

## **§ 25**

### **Kostenerstattung**

- (1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden. Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer ist im Rahmen der Kostenerstattung unter den Bedingungen des § 13 Abs. 2 Satz 7 und 8 SGB V möglich, wenn die AOK zuvor zugestimmt hat.
- (2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK unter Verwendung des dafür bereit gestellten Vordruckes. Die gewählte Kostenerstattung beginnt frühestens mit dessen Zugang und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung. Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen.
- (3) Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, 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 bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2, 4 bis 6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von fünf Prozent, zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag höchstens 40,00 Euro beträgt.
- (5) Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. Absatz 2 findet keine Anwendung. Bei der Berechnung des Erstattungsbetrages werden die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und ein Abschlag für Verwaltungs-