

Satzung

der

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

In der Fassung der 62. Änderung vom 15.03.2018

In Kraft ab 01.04.2010



Inhaltsverzeichnis:

Erster Abschnitt: Name, Aufgabenstellung und Mitgliedschaften	5
§ 1 Name, Sitz und Bezirk	5
§ 2 Aufgabenstellung, Mitgliedschaften	5
Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis	6
§ 3 Mitglieder	6
§ 4 Familienversicherung	6
§ 5 Beginn und Ende der Mitgliedschaft	6
Dritter Abschnitt: Leistungen	7
§ 6 Art und Umfang der Leistungen	7
§ 7 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe	8
§ 7 a Bonus für Arbeitgeber bei Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung	8
nach § 65 a Abs. 2 SGB V	8
§ 7 b Primäre Prävention durch Schutzimpfungen	10
§ 7 c Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V	10
§ 7 d Unbesetzt	11
§ 7 e Wahltarif Selbstbehalt	11
§ 7 f Wahltarif Gesundheit	13
§ 7 g Krankengeld-Wahltarif	14
§ 7 h Wahltarif Bonus	17
§ 7 i Wahltarif Selbstbehalt (ab 01.01.2013)	19
§ 8 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten	21
§ 9 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter	21
§ 10 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe	21
§ 10a - 10m Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	22
§ 11 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V	27
§ 12 Kostenerstattung	27
§ 13 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65 a Abs. 1 SGB V	28
§ 13 a Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge	29
§ 13 b unbesetzt	
§ 13 c Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V	29
§ 13 d Integrierte Versorgung nach §§ 140 a ff SGB V	31
§ 14 Teilkostenerstattung	31

§ 14 a Wahltarif Teilkostenerstattung nach § 53 Abs. 7 und 8 SGB V	33
§ 15 Empfangsberechtigung	34
§ 15 a Leistungsausschluss	34
Vierter Abschnitt: Beiträge.....	35
§ 16 Beitragssätze	35
§ 16a Zusatzbeitrag	35
§ 17 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder	35
§ 18 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	35
§ 18 a - unbesetzt.....	36
§ 19 Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge	37
§ 20 Vorschüsse	37
Fünfter Abschnitt: Widerspruchsstelle	38
§ 21 Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle	38
§ 22 Zentraler Widerspruchsausschuss.....	38
Sechster Abschnitt: Organe.....	39
§ 23 Verwaltungsrat	39
§ 24 Vorstand.....	40
§ 25 Vertretung der AOK.....	41
§ 26 Amtsdauer, Entschädigung und Haftung	43
Siebter Abschnitt: Verwaltung der Mittel	43
§ 27 Rücklage	43
§ 28 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung.....	43
Achter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)	43
§ 29 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)	43
Neunter Abschnitt: Übergangsvorschriften für Tarifwähler der früheren	44
IKK Niedersachsen.....	44
§ 30 Wahltarife der früheren IKK Niedersachsen	44
Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten.....	44
§ 31 Bekanntmachungen	44
§ 32 Inkrafttreten.....	44

Vorbemerkung:

Soweit in dieser Satzung 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.

Erster Abschnitt: Name, Aufgabenstellung und Mitgliedschaften

§ 1

Name, Sitz und Bezirk

- (1) Die Krankenkasse führt den Namen „AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen“ (im Folgenden AOK).
- (2) Die AOK umfasst die Region des Landes Niedersachsen; sie hat ihren Sitz in Hannover (Direktion). Die AOK unterhält AOK - Regionen und Servicezentren.
- (3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit paritätischer Selbstverwaltung.

§ 2

Aufgabenstellung, Mitgliedschaften

- (1) Die AOK hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Aus dieser Aufgabe leitet sie als Gesundheitskasse die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.
- (2) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Dabei hilft ihnen die AOK durch Aufklärung, Beratung und Leistungen.
- (3) Die AOK berät und unterstützt die Arbeitgeber ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.
- (4) Die Direktion der AOK ist zuständig für zentrale Führungs-, Steuerungs- und Serviceaufgaben. Die AOK - Regionen setzen verantwortlich die Unternehmenspolitik um und wickeln das operative Geschäft auf der örtlichen Ebene fallabschließend ab.
- (5) Die AOK hat die Rechtsstellung eines Landesverbandes und nimmt dessen Aufgaben wahr. Die von dem GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92 und 282 SGB V sind für die AOK verbindlich.
- (6) Die AOK ist Mitglied des AOK-Bundesverbandes als Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR) und der Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen“. Die AOK kann sonstigen Verbänden, Vereinigungen und Arbeitsgemeinschaften beitreten, die Aufgaben oder Interessen der Sozialversicherung wahrnehmen.

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

§ 3 Mitglieder

(1) Als versicherungspflichtige Mitglieder sind bei der AOK versichert

- Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte sowie
- die anderen in § 5 SGB V genannten Personen,

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

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

- Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
- Personen, deren Familienversicherung erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,
- Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind,
- Schwerbehinderte Menschen i. S. des § 2 Abs. 2 SGB IX, die bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres beigetreten sind,
- Arbeiter und Angestellte, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete,
- Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenen-gesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge,

wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind. Freiwillige Mitglieder sind auch solche Personen, die vor dem 1. Januar 1989 ihre Mitgliedschaft begründet haben. Der AOK können auch freiwillige Mitglieder anderer Krankenkassen beitreten.

Absatz 2 - Stand des Inkrafttretens: 01.01.2012

§ 4 Familienversicherung

Ehegatten, Lebenspartner und Kinder der Mitglieder sowie Kinder von familienversicherten Kindern sind als Familienangehörige bei der AOK versichert, 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 Eintrittes der Versicherungspflicht.

- (2) Die Mitgliedschaft versicherungsberechtigter Personen beginnt, sofern sich aus § 188 Abs. 2 und 4 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag ihres Beitritts (freiwillige Mitglieder).
Abs. 2 – Stand des Inkrafttretens: rückwirkend zum 01.08.2013
- (3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet, sofern sich aus § 190 oder § 192 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt.
- (4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet im Falle des Austrittes 2 Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt.
- (5) Die freiwillige Mitgliedschaft kann ohne Einhaltung der Kündigungsfrist und der Bindungsfrist zu dem Zeitpunkt beendet werden, zu dem ohne die freiwillige Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V bestehen würde. Die Versicherung als Angehöriger gemäß § 10 SGB V bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist nachzuweisen.
- (6) 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

Die Versicherten können nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und der 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,
 - Soziotherapie,
 - Spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
 - Krankenhausbehandlung,
 - Zuschuss für ambulante und stationäre Hospizleistungen,
 - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie
 - Belastungserprobung und Arbeitstherapie,

Stand des Inkrafttretens des Buchstaben a: 01.01.2016

- b) Krankengeld,
 - c) Strukturierte Behandlungsprogramme,
3. bei Schwangerschaft und bei Mutterschaft
- ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
 - Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
 - Entbindung,
 - häusliche Pflege und Haushaltshilfe,
 - Mutterschaftsgeld,

Stand des Inkrafttretens des Buchstaben a: 01.01.2016

- 4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch nach § 24 b SGB V,
- 5. Unterstützung bei Behandlungsfehlern.

§ 7

Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

- (1) Die AOK stellt Leistungen zur Primärprävention zur Verfügung, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfadens entsprechen. Diese Leistungen umfassen den individuellen Ansatz und den Setting-Ansatz.
- (2) Die AOK erbringt Leistungen zur Gesundheitsförderung nach Maßgabe des § 20b SGB V in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfadens entsprechen.
- (3) Die AOK fördert Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen, wenn diese die Prävention und Rehabilitation von solchen Krankheitsbildern zum Ziel haben, die in dem vom GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgebenden Spitzenorganisationen beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind.

Stand des Inkrafttretens: 01.01.2016

§ 7 a

Bonus für Arbeitgeber bei Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 65 a Abs. 2 SGB V

- (1) Die AOK fördert Arbeitgeber, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne des § 20b SGB V und der Kriterien des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes dauerhaft implementieren, durch einen Bonus sowohl für die Arbeitgeber als auch für die teilnehmenden Versicherten.
- (2) Die AOK hält Eigenleistungen zur Umsetzung des in Abs. 1 genannten Verfahrens vor.
- (3) Die Qualität der in Absatz 1 und 2 genannten Maßnahmen und Leistungen wird durch Richtlinien definiert. Das Einhalten dieser definierten Qualitätsstandards wird durch

Verfahren der Qualitätssicherung kontinuierlich überprüft. Ebenso wird die Effektivität der Maßnahmen überprüft.

- (4) Die Vergabe des Bonus ist an den Nachweis der Arbeitgeber gebunden, dass sie durch Inanspruchnahme von in Absatz 2 genannten Leistungen in ihren Unternehmen Gesundheitsförderung im definierten Sinne implementiert, und einer Prüfung gemäß Absatz 3 unterzogen haben.
- (5) Der Bonus wird mit dem Beginn des auf den Nachweis folgenden Kalendermonats wirksam und gilt rückwirkend jeweils für die Dauer von 12 Monaten. Der Bonus wird an den Arbeitgeber und an den teilnehmenden Versicherten gezahlt.
- (6) Der Bonus für den Arbeitgeber beträgt je teilnehmenden Versicherten 100,00 Euro; mindestens 1.000,00 Euro, höchstens 20.000,00 Euro. Der Bonus für den teilnehmenden Versicherten beträgt 100,00 Euro. Der Bonus kann in Folge maximal 3 Jahre gewährt werden.

Stand des Inkrafttretens: 01.01.2016

§ 7 b

Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

- (1) Die AOK übernimmt außer in den in § 20i Abs.1 SGB V genannten Fällen die Kosten von Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch Institut (RKI) in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes empfohlenen Schutzimpfungen, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind. Die tatsächlich entstandenen Kosten werden nach Vorlage einer personifizierten Originalrechnung in Höhe von 80 v. H. erstattet. Der Erstattungsbetrag wird auf den nach § 10a Abs. 1 höchstens zu erstattenden Betrag angerechnet und durch diesen begrenzt.
- (2) Die AOK übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch Institut (RKI) empfohlen sind, über deren Aufnahme in die Schutzimpfungsrichtlinie (SiR) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) jedoch noch nicht entschieden ist. Die Kostenerstattung des Impfstoffs erfolgt in voller Höhe und die der ärztlichen Behandlung bis zum 2,3fachen GOÄ-Satz. Falls keine Aufnahme in die SiR erfolgt, gilt für die Höhe der Kostenerstattung § 7 b, Absatz 1.
- (3) Die AOK übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen gegen Humane Papillomviren (HPV) ohne Altersbegrenzung. Außer in den in § 20i Abs.1 SGB V genannten Fällen (Regelleistung) erfolgt die Kostenerstattung des Impfstoffs in voller Höhe und die der ärztlichen Behandlung bis zum 2,3fachen GOÄ-Satz.

Stand des Inkrafttretens: 01.04.2016

§ 7 c

Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V

- (1) Versicherte der AOK können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V für die Erkrankungen Diabetes Mellitus Typ I und II, Brustkrebs, Koronare Herzerkrankungen sowie Asthma/COPD teilnehmen, die von der AOK durchgeführt werden und für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung beantragt wurde oder beantragt wird. Dies gilt auch für strukturierte Behandlungsprogramme, die als Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V durchgeführt werden.
- (2) Versicherte der AOK können weiterhin an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V für die Erkrankungen Diabetes Mellitus Typ I und II, Brustkrebs, Koronare Herzerkrankungen sowie Asthma/COPD teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb der Region Niedersachsen durchgeführt werden und für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Betreuung beantragt wurde oder beantragt wird. Dies gilt auch für strukturierte Behandlungsprogramme, die von anderen AOKs als Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V durchgeführt werden.
- (3) Inhalt und Ausgestaltung der Modellvorhaben ergeben sich aus dem strukturierten Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

§ 7 d

(Unbesetzt)

§ 7 e

Wahltarif Selbstbehalt

(1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V an. Der Wahltarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils einen Grundbonus, einen Staffelpbonus (Prämien) sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben.

(2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Selbstbehalttarifes. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Ergeben sich während der Tarifwahl Zeiten, in denen der Tarif gemäß § 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V nicht wählbar ist oder werden vom Mitglied keine Beiträge gezahlt, ruhen für diese Zeiten die Rechte und Pflichten aus dem Tarif. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. Beginnt die Mitgliedschaft im Laufe eines Monats, beginnt der Wahltarif Selbstbehalt mit dem 1. des Folgemonats. Der Tarif endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V) gekündigt werden. Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.

Bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Selbstbehalttarif abweichend von Satz 6 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden. Die AOK kann den Tarif zum nächsten Jahresende – frühestens nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn - kündigen, wenn das Mitglied zweimal die fälligen Selbstbehalte trotz Hinweis auf die Folgen durch die AOK nicht entrichtet hat.

Abs. 2 – Stand des Inkrafttretens: 01.01.2014

(3) Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen Grundbonus erhalten. Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen durch Selbstauskunft. Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an.

Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen.

Tarif-klasse	Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr	Grundbonus je Kalenderjahr in €	Pauschaler Selbstbehalt je ambulante Behandlung des Mitglieds, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, in €	Pauschaler Selbstbehalt je Krankenhausaufenthalt des Mitglieds in €	Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte je Kalenderjahr in €
1	Bis 12.000€	50,00*	12,50	25,00	130,00
2	12.001 bis 18.000€	90,00*	22,50	45,00	170,00
3	18.001 bis 24.000€	140,00*	35,00	70,00	220,00
4	24.001 bis 30.000€	190,00*	47,50	95,00	270,00
5	30.001 bis 36.000€	240,00*	60,00	120,00	330,00
6	36.001 bis 42.000€	340,00*	85,00	170,00	440,00
7	Ab 42.001€	540,00*	135,00	270,00	660,00

*Grund- plus Staffelbonus zusammen bis maximal 20% der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge

Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds mit einer Frist von einem Monat zu Beginn eines Kalenderjahres möglich.

Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich der Geburt anfallen, werden nicht mit einem Selbstbehalt belegt.

- (4) Der Grundbonus erhöht sich in den ersten drei Jahren um 20 €* (siehe Abs. 3) pro Jahr (Staffelbonus), wenn in jedem der drei Jahre das Mitglied ambulante Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht oder Krankenhausbehandlung nicht in Anspruch nimmt.
- (5) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Selbstbehalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Ist die Summe der Selbstbehalte höher als die der Boni, ist der Unterschiedsbetrag bis zum Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Die AOK kann dem Mitglied auf Antrag einmalig bei Wahl des Tarifs eine Vorauszahlung auf künftige Unterschiedsbeträge von Bonus und Selbstbehalt in Höhe von bis zu 50% des Grundbonus im Kalenderjahr, mindestens 50 €, zahlen. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt. Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der nicht erhöhte Grundbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.
- (6) Eine gleichzeitige Teilnahme nach dieser Vorschrift und nach § 7 d (Modellvorhaben AOK Bonustarif), § 7f (Wahltarif Gesundheit), § 7 h (Wahltarif Bonus) und § 7 i (Wahltarif Selbstbehalt ab 01.01.2013) dieser Satzung ist nicht möglich.

Abs. 6 – Stand des Inkrafttretens 01.01.2014

- (7) Der Wahltarif Selbstbehalt wird zum 31.12.2012 für neue Tarifwähler geschlossen. Letztmalig

kann die Teilnahme zum Wahltarif Selbstbehalt zum 30.11.2012 mit einem Tarifbeginn zum 01.12.2012 erklärt werden. Der Tarif endet für alle bis zum 01.12.2012 eingeschriebenen Mitglieder spätestens zum 31.12.2014.

Abs. 7 Stand des Inkrafttretens: 01.01.2013

§ 7 f Wahltarif Gesundheit

(1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V mit den Elementen Grundbonus und Selbstbehalt in Verbindung mit einem Gesundheitsbonus nach § 65 a Abs. 1 SGB V an.

(2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl zum AOK Wahltarif Gesundheit. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Ergeben sich während der Tarifwahl Zeiten, in denen der Tarif gemäß § 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V nicht wählbar ist oder werden vom Mitglied keine Beiträge gezahlt, ruhen für diese Zeiten die Rechte und Pflichten aus dem Tarif. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. Beginnt die Mitgliedschaft im Laufe des Monats, beginnt der Wahltarif Gesundheit mit dem 1. des Folgemonats. Der Tarif endet nach schriftlicher Kündigung des Mitgliedes mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V) gekündigt werden. Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.

Bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Wahltarif Gesundheit abweichend von Satz 6 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitgliedes folgenden Kalendermonats gekündigt werden. Die AOK kann den Tarif zum nächsten Jahresende – frühestens nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn – kündigen, wenn das Mitglied zweimal die fälligen Selbstbehalte trotz Hinweis auf die Folgen durch die AOK nicht entrichtet hat.

Abs. 2 – Stand des Inkrafttretens: 01.01.2014

(3) Die teilnahmeberechtigten Mitglieder erhalten einen Grundbonus von 50 € kalenderjährlich. Dieser Bonus darf 20 v.H. der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V).

(4) Die Mitglieder beteiligen sich an den Behandlungskosten bis zu einem Höchstbetrag von 80 € kalenderjährlich mit Selbstbehalten. Die Selbstbehalte betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung zu Lasten der AOK einhergehen, 20 €. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich der Geburt anfallen, werden nicht mit Selbstbehalten belegt. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen.

Abs. 4 – Stand des Inkrafttretens rückwirkend zum 01.01.2015

(5) Die Mitglieder erhalten zusätzlich einen Gesundheitsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten, wenn sie insbesondere Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 und / oder zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V) und / oder primäre Prävention durch Schutzimpfungen (§ 20 i SGB V) und / oder qualitätsgesicherte Leistungen

der AOK und ihrer Kooperationspartner zur primären Prävention in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme ist zu dokumentieren und gegenüber der AOK nachzuweisen. Der Nachweis über die bonifizierbaren Maßnahmen ist bis zum 31.03. des Folgejahres der Teilnahme einzureichen, ansonsten verfällt der Bonus. Die näheren Einzelheiten zum Gesundheitsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.

Abs. 5 – Stand des Inkrafttretens: 01.01.2016

- (6) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Grundbonus, Gesundheitsbonus und Selbstbehalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Ist die Summe der Selbstbehalte höher als der Boni, ist der Unterschiedsbetrag bis zum Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme gekündigt wurde. Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus, Gesundheitsbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Dies gilt auch für Ruhezeiten.
- (7) Eine gleichzeitige Teilnahme der Mitglieder nach dieser Vorschrift und nach § 7 h (Wahltarif Bonus), § 7 i (Wahltarif Selbstbehalt ab 01.01.2013) und § 13 (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65 a Abs. 1 SGB V) dieser Satzung ist nicht möglich.

Abs. 7 – Stand des Inkrafttretens: 01.01.2016

§ 7 g **Krankengeld-Wahltarif**

- (1) ¹ Den Krankengeld-Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V können wählen:
1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben,
 2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter),
 3. nach dem KSVG versicherte Künstler und Publizisten.
- ² Nach Vollendung des 50. Lebensjahres ist die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes für hauptberuflich Selbständige nur möglich, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif eine Mitgliedschaft mit einem Krankengeldanspruch nach § 44 Abs. 1 SGB V oder einem Krankengeld-Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hat.
- (2) ¹ Die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes nach § 53 Abs. 6 SGB V bedarf der Schriftform. ² Diese Wahlerklärung wirkt zum Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie mit der Beitrittserklärung spätestens zum Beginn der Mitgliedschaft abgegeben wird, ansonsten jeweils vom Beginn des, auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats an, es sei denn, das Mitglied bestimmt

einen späteren Zeitpunkt. ³Die Wahlerklärung wirkt rückwirkend ab Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis bzw. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 innerhalb der Frist nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

(3) Folgende Ausprägungen des Krankengeld-Wahltarifes können gewählt werden:

1. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG 22).
2. Die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 15. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG 15).

(4) ¹ Das Wahltarif-Krankengeld

1. beträgt in der Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 1 genannten Mitgliedern 70 v. H. des Arbeitseinkommens, welches zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Prämienbemessung nach Absatz 5 aus Arbeitseinkommen maßgebend war,
2. wird in der Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V und § 13 Abs. 3 dieser Satzung berechnet,
3. beträgt in der Tarifausprägung KG 15 bei den nach Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitgliedern 70 v. H. des durchschnittlichen täglichen Arbeitseinkommens, das der Beitragsbemessung für die letzten 12 Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde gelegt wurde; § 47 Abs. 4 Satz 2 bis 4 SGB V gilt.

² Aus dem Wahltarif-Krankengeld werden Beiträge zur Pflege- und Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung entrichtet, soweit dies auf Grund gesetzlicher Bestimmungen vorgesehen ist.

(5) ¹ Die Prämie beträgt für die Tarifausprägung:

1. KG 22 0,70 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§§ 226 und 240 SGB V) maßgebend sind; für die hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen gelten die „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ des GKV-Spitzenverbandes,
2. KG 15 0,80 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§ 234 SGB V) maßgebend sind.

² Ist die Prämie für einen Teilmonat zu entrichten, wird die Anzahl der mit Prämienzahlung belegten Kalendertage mit 1/30 der monatlichen Prämie multipliziert.

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 5 wird zum gleichen Zeitpunkt fällig, wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.
2. Die Prämien sind auch für die Dauer des Bezugs von Krankengeld und sonstigen Entgeltersatzleistungen zu zahlen.
3. Die Prämienzahlung endet in den Fällen der Absätze 11 Satz 1 und 3 und 12.
4. Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK eine Einzugsermächtigung zum Einzug der fällig werdenden Prämien zu erteilen.

- (7) ¹ Der Anspruch auf Wahltarif-Krankengeld ruht bzw. ist ausgeschlossen
1. sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, von diesem Zeitpunkt an bis zum Tage der vollständigen Entrichtung der rückständigen Prämien und der der AOK wegen der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten; eine Zahlung von Krankengeld innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird,
 2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; wird die Mitwirkung nachgeholt wird das Ruhen des Leistungsanspruchs rückwirkend aufgehoben,
 3. nach Absatz 12 Nr. 6 ab dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird.
- ² Die §§ 11 Absatz 5, 16, 49, 50, 51, 52 und 52a SGB V gelten entsprechend, soweit in dieser Vorschrift nichts Abweichendes geregelt ist; § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gilt nicht für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige in der Tarifausprägung KG 22.
- (8) ¹ Für die in Absatz 1 Nr. 1 und 3 genannten Mitglieder besteht kein Krankengeldanspruch, wenn Arbeitsunfähigkeit in den ersten drei Monaten der Teilnahme am Krankengeld-Wahltarif eintritt. ² Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. ³ Satz 1 gilt nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden, der nach Antragstellung eingetreten ist.
- (9) ¹ Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. ² Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahltarif-Krankengeldes angerechnet.
- (10) ¹ Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). ² Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden. ³ Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.
- (11) ¹ Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. ² Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich. ³ Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:
1. bei Erhalt von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II,
 2. bei Erhalt von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
 3. bei Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung nach § 807 ZPO,
 4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3 a SGB V.
- ⁴ Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. ⁵ Ein Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V besteht nicht.
- (12) Unabhängig von einer Kündigung endet der Krankengeld-Wahltarif
1. wenn der Versicherte nicht mehr zum Personenkreis nach Absatz 1 zählt, es sei denn, die Versicherung oder die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 ist

- längstens einen Monat unterbrochen oder der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 1 und 2,
2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
 3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
 4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,
 5. wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird,
 6. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sein denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,
 7. durch Tod.
- (13) ¹ Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personenkreisen ruht der Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 10 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung. ² Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 1 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf. ³ Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifes. ⁴ Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend bei rechtswirksamer Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V.
- (14) ¹ Für Mitglieder, die am 30.06.2014 Krankengeld aus der Tarifausprägung KG PLUS (§ 7 g Abs. 3 Ziffer 3 a.F.) beziehen, besteht der Anspruch auf dieses Krankengeld unter den bisherigen Voraussetzungen weiter; der Anspruch besteht maximal bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat.
- (15) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit allen AOKs durch
Stand des Inkrafttretens: 01.01.2016

§ 7 h Wahltarif Bonus

- (1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V mit den Elementen Grundbonus und Selbstbehalt in Verbindung mit einem Gesundheitsbonus nach § 65 a Abs. 1 SGB V als Wahltarif Bonus an.
- (2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl zum AOK Wahltarif Bonus. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Ergeben sich während der Tarifwahl Zeiten, in denen der Tarif gemäß § 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V nicht wählbar ist oder werden vom Mitglied keine Beiträge gezahlt, ruhen für diese Zeiten die Rechte und Pflichten aus dem Tarif (Ruhenszeiten). Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit

Beginn der Mitgliedschaft. Beginnt die Mitgliedschaft im Laufe des Monats, beginnt der Wahltarif Bonus mit dem 1. des Folgemonats. Der Tarif endet nach schriftlicher Kündigung des Mitgliedes mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn.

Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V) gekündigt werden. Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird. Abweichend davon kann die Mitgliedschaft nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V gekündigt werden. Bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Wahltarif Bonus abweichend von Satz 5 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitgliedes folgenden Kalendermonats gekündigt werden. Die AOK kann den Tarif zum nächsten Jahresende – frühestens nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn – kündigen, wenn das Mitglied zwei mal die fälligen Selbstbehalte trotz Hinweis auf die Folgen durch die AOK nicht entrichtet hat.

Abs. 2 – Stand des Inkrafttretens: 01.01.2014

- (3) Die teilnahmeberechtigten Mitglieder erhalten einen Grundbonus von 100 € (Tarif 1) kalenderjährlich. Der Grundbonus erhöht sich um 20 €, wenn das Mitglied weder ambulante Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht noch Krankenhausbehandlung in Anspruch nimmt. 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 € (Tarif 2) beträgt. Diese Boni (Grundbonus und Bonus für ein selbstbehaldfreies Jahr) dürfen 20% der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V). Ändert sich im Laufe der Teilnahme das monatliche Einkommen, so dass sich zur bisherigen Einstufung eine abweichende Zuordnung beim Tarif ergibt, so kann das Mitglied auf schriftlichen Antrag zum folgenden Kalenderjahr in den entsprechenden Tarif wechseln.
- (1) Mitgliedern steht ein Gesundheitsbonus von 80 € kalenderjährlich zu, wenn sie und ihre mitversicherten Ehegatten oder mitversicherten Lebenspartner die Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V und Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 SGB V und die öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen nach § 7 b der Satzung der AOK Niedersachsen nachweisen. Die Inanspruchnahme ist zu dokumentieren und gegenüber der AOK nachzuweisen. Der Nachweis über die bonifizierbaren Maßnahmen ist bis zum 31.03. des Folgejahres der Teilnahme einzureichen, ansonsten verfällt der Bonus.
- (2) Mitglieder tragen für sich einen Teil der Behandlungskosten als Selbstbehalt bis zu einem Höchstbetrag von 250 € kalenderjährlich. Der Selbstbehalt beträgt je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, 25 € und je Krankenhausbehandlung 50 €. 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 € und der Selbstbehalt je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 35 € beträgt. Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich der Geburt anfallen, werden nicht mit Selbsthalten belegt. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen.

Absatz 5 – Stand des Inkrafttretens: rückwirkend zum 01.01.2015

- (6) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Grundbonus, dem Bonus für ein selbstbehaldfreies Kalenderjahr und Gesundheitsbonus zu den Selbsthalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Ist die Summe

der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Ist die Summe der Selbstbehalte höher als der Boni, ist der Unterschiedsbetrag bis zum Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme gekündigt wurde. Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus, Gesundheitsbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Dies gilt auch für Ruhezeiten.

(7) Eine gleichzeitige Teilnahme der Mitglieder nach dieser Vorschrift und nach § 7 f (Wahltarif Gesundheit), § 7 i (Wahltarif Selbstbehalt ab 01.01.2013) und § 13 (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65 a Abs. 1 SGB V) dieser Satzung ist ausgeschlossen.

Abs. 7- Stand des Inkrafttretens: 01.01.2016

(8) Der Wahltarif Bonus beginnt am 01.04.2011.

(9) Die Abrechnung in 2012 erfolgt für das Kalenderjahr 2011 nach den zum Vorteil des Mitgliedes modifizierten Regelungen dieser Vorschrift, die rückwirkend zum 01.04.2011 (Beginn des Wahltarifs) in Kraft treten.

Stand des Inkrafttretens: 01.04.2012

§ 7 i Wahltarif Selbstbehalt (ab 01.01.2013)

(1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs.1 SGB V an. Der Wahltarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils einen Grundbonus sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben.

(2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl zum AOK Wahltarif Selbstbehalt. Mitglieder, **deren** Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Ergeben sich während der Tarifwahl Zeiten, in denen der Tarif gemäß § 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V nicht wählbar ist oder werden vom Mitglied keine Beiträge gezahlt, ruhen für diese Zeiten die Rechte und Pflichten aus dem Tarif. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. Beginnt die Mitgliedschaft im Laufe eines Monats, beginnt der Wahltarif Selbstbehalt mit dem 1. des Folgemonats. Der Tarif endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn.

Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V) gekündigt werden. Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.

Bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Wahltarif Selbstbehalt abweichend von Satz 6 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden. Die AOK kann den Tarif zum nächsten Jahresende – frühestens nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn – kündigen, wenn das Mitglied zwei mal die fälligen Selbstbehalte trotz Hinweis auf die Folgen durch die AOK nicht entrichtet hat.

Abs. 2 – Stand des Inkrafttretens: 01.01.2014

(3) Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen Grundbonus erhalten. Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen durch Selbstauskunft. Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die

höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an.

Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen:

Tarifklasse	Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr in Euro	Grundbonus je Kalenderjahr in Euro	Pauschaler Selbstbehalt je ambulante Behandlung des Mitglieds in Euro**	Pauschaler Selbstbehalt je Krankenhausaufenthalt des Mitglieds in Euro	Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte je Kalenderjahr in Euro
1	Bis 12.000	50,00*	15,00	30,00	130,00
2	12.001 bis 18.000	100,00*	30,00	60,00	180,00
3	18.001 bis 24.000	150,00*	45,00	90,00	230,00
4	24.001 bis 30.000	200,00*	60,00	120,00	280,00
5	30.001 bis 36.000	250,00*	75,00	150,00	340,00
6	36.001 bis JAE-Grenze***	350,00*	110,00	220,00	450,00
7	Über JAE-Grenze***	500,00*	160,00	320,00	620,00

* Grundbonus bis maximal 20% der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge.
 ** Betrifft jede ambulante Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht.
 ***Die aktuell gültige Jahresarbeitsengeltgrenze (JAE-Grenze) erfragen Sie bitte in Ihrem AOK-Servicezentrum.

Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds mit einer Frist von einem Monat zu Beginn eines Kalenderjahres möglich.

Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich der Geburt anfallen, werden nicht mit einem Selbstbehalt belegt. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen.

Absatz 3 – Stand des Inkrafttretens – rückwirkend zum 01.01.2015

(4) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Selbstbehalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Ist die Summe der Selbstbehalte höher als die der Boni,

ist der Unterschiedsbetrag bis zum Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Die AOK kann dem Mitglied auf Antrag einmalig bei Wahl des Tarifs eine Vorauszahlung auf künftige Unterschiedsbeträge von Bonus und Selbstbehalt in Höhe von bis zu 50% des Grundbonus im Kalenderjahr, mindestens 50 Euro, zahlen. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt.

Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der nicht erhöhte Grundbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.

(5) Die gleichzeitige Teilnahme nach dieser Vorschrift und nach § 7 e, § 7 f und § 7 h dieser Satzung ist nicht möglich.

(6) Der Wahltarif Selbstbehalt beginnt am 01.01.2013.

§ 8

Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten

Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort (§ 23 Abs. 2 SGB V) zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss von 13 € täglich. Für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21 € täglich.

§ 9

Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter

(1) Die AOK übernimmt bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Vorsorgeleistung (§ 24 SGB V) oder einer Leistung der Rehabilitation (§ 41 SGB V) in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung die Kosten in Höhe des vereinbarten Pflegesatzes.

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

§ 10

Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

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

wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts

1. wegen akuter Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder
2. wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit eines Versicherten 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 für die Dauer von 52 Wochen,

soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Liegen zugleich die Voraussetzungen des § 38 Abs. 1 SGB V vor, gehen die Leistungen nach Satz 1 vor und sind bei der Anspruchsdauer nach Satz 1 zu berücksichtigen.

Darüber hinaus kann die AOK in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe zur Verfügung stellen.

Stand des Inkrafttretens: 01.01.2018

§ 10a **Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V**

- (1) Die AOK stellt ihren Versicherten Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V und Leistungen nach § 20d Abs. 2 SGB V zur Verfügung. Versicherten werden die tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von 80 v. H. je Originalrechnung erstattet. Zur Erstattung sind personifizierte Originalrechnungen vorzulegen, es sei denn, die Erstattung wird elektronisch über die Online-Geschäftsstelle der AOK Niedersachsen beantragt. Im letzteren Fall sind die Originalrechnungen vom Versicherten 4 Jahre aufzubewahren und der AOK nur auf Verlangen vorzulegen. Die 4jährige Aufbewahrungsfrist des Versicherten beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Erstattung beantragt worden ist. Der Erstattungsbetrag für die Leistungen der §§ 7b Abs. 1 und 10b bis d und 10g bis h und 10j und 10m ist auf insgesamt 250 Euro je Kalenderjahr und Versicherten begrenzt. Für Versicherte, die in der Zeit vom 01.01.2018 – 31.05.2018 mindestens 1 Tag bei der AOK Niedersachsen versichert sind, ist der Erstattungsbetrag für Leistungen nach §§ 7b Abs. 1 und 10b bis d und 10g bis h und 10j und 10m, die im Kalenderjahr 2018 in Anspruch genommen werden, auf höchstens 500 Euro je Kalenderjahr und Versicherten begrenzt.

Abs. 1 - Stand des Inkrafttretens: 01.05.2018

- (2) Besteht eine private Zusatzversicherung, ist diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.
- (3) In Abweichung zu der in Abs. 1 Sätze 2 ff. getroffenen Erstattungsregelung ergibt sich die Finanzierung der Leistung nach § 10l aus dem zwischen der AOK und dem Dienstleister abgeschlossenen Vertrag.

Stand des Inkrafttretens: 01.01.2018

§ 10b **Osteopathie**

- (1) Versicherte können osteopathische Leistungen gemäß § 10a Abs. 1 in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und diese Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ausgeschlossen wurde.
- (2) Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt.

§ 10c Homöopathie

- (1) Die AOK erstattet die Kosten gemäß § 10a Abs. 1 für die homöopathische Erstanamnese und die homöopathische Folgebehandlung, sofern diese von Vertragsärzten mit der Zusatzqualifikation Homöopathie erbracht werden und nicht bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind.
- (2) Die AOK erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, sofern sie von einem Vertragsarzt mit der Zusatzqualifikation Homöopathie auf einem Privatrezept verordnet wurden und die Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und das Arzneimittel mit einer gültigen deutschen Zulassung in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde. Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, werden keine Kosten erstattet. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bleibt unberührt.

§ 10d Gesundheits- und Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Geburt

- (1) Die AOK übernimmt die Kosten gemäß § 10a Abs. 1 für folgende zusätzliche Vorsorgeleistungen, sofern diese keine Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien sind:
 - Toxoplasmosetest
 - Eine zusätzliche Ultraschalluntersuchung
 - Nackenfaltenmessung
 - Triple-Test
 - Unterbringung einer Begleitperson im Elternzimmer, sofern diese bei der AOK Niedersachsen versichert ist
 - Geburtsvorbereitung für eine Begleitperson, sofern diese bei der AOK Niedersachsen versichert ist

Stand des Inkrafttretens: 01.01.2013

- (2) Die Kosten können für die Durchführung der Toxoplasmosen- und Triple-Tests, die zusätzliche Ultraschalluntersuchung sowie die Nackenfaltenmessung übernommen werden, wenn die Behandlungen bei einem dafür qualifizierten Arzt erfolgen.

Abs. 2 – Stand des Inkrafttretens: 01.11.2013

§ 10e

Kostenübernahme von Früherkennungsuntersuchungen

Die AOK übernimmt die Kosten für die zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 und J2. Anspruchsberechtigt sind

- bei der U 10 - Kinder von 7 bis 8 Jahren (vom 7. Geburtstag bis ein Tag vor dem 9. Geburtstag)
- bei der U 11 - Kinder von 9 bis 10 Jahren (vom 9. Geburtstag bis ein Tag vor dem 11. Geburtstag)
- bei der J 2 - Jugendliche von **16 bis 17 Jahren (vom 16. Geburtstag bis ein Tag vor dem 18. Geburtstag)**.

Stand des Inkrafttretens: 01.07.2013

§ 10f

Zusätzliche Leistungen der Hebammenhilfe nach § 11 Abs. 6 SGB V

- (1) Die AOK stellt ihren weiblichen Versicherten Leistungen einer 24-stündigen Rufbereitschaft ihrer feiberuflichen Hebamme zur Verfügung, sofern eine außerklinische Geburt oder eine Beleggeburt in 1:1 Betreuung durch die Hebamme gemäß des Vertrages über Hebammenhilfe nach § 134a Abs. 1 SGB V vereinbart ist. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Kosten dafür werden bis zur Höhe von 250 EUR je Geburt übernommen. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen der AOK und der Hebamme. Höhere Kosten, die die Versicherte im Wege einer Mehrkostenvereinbarung mit der Hebamme vereinbart hat, sind von der Versicherten zu tragen.
- (2) Im Rahmen der Hebammenhilfe erhalten weibliche Versicherte eine individuelle Beratungsleistung durch ihre Hebamme zur Still- und Ernährungsberatung, Rauchentwöhnung und zur Wahl des Geburtsortes und des Geburtsmodus, sofern diese von zugelassenen oder berechtigten Hebammen gem. Abs. 1 erbracht wird und nicht bereits Bestandteil der vertraglichen Hebammenhilfe nach § 134a SGB V ist. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen AOK und Hebamme.

Stand des Inkrafttretens: 01.07.2013

§ 10g

Professionelle Zahnreinigung

- (1) Die AOK erstattet die Kosten gemäß § 10a Abs. 1 für Professionelle Zahnreinigung, soweit die Behandlung durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnigte Leistungserbringer erfolgt.
- (2) Eine Kostenerstattung nach Abs. 1 ist für bis zu zwei Behandlungen im Kalenderjahr möglich.

Stand des Inkrafttretens: 01.11.2013

§ 10h Hautkrebsscreening

- (1) Die AOK erstattet die Kosten gemäß § 10a Abs. 1 für ein Hautkrebsscreening für Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres, wenn eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen, und die Leistung durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dermatologen erbracht wird.
- (2) Eine Kostenerstattung nach Abs. 1 ist alle 2 Jahre möglich.
Stand des Inkrafttretens: 01.11.2013

§ 10i Zusätzliche Kinderorthopädische Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V

- (1) Für Versicherte bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden von der AOK die Kosten für eine Behandlung mittels Koporthesen (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie) übernommen, sofern die Indikationsstellung und Verordnung durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung / Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgte und von diesen bestätigt wird, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolversprechend ist oder ohne die Behandlung mittels Koporthesen Folgebehandlungen zu erwarten sind.
- (2) Die AOK übernimmt die Kosten für die Versorgung mit propriozeptiven (sensomotorischen) Einlagen für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18 Lebensjahr, sofern sie von einem Vertragsarzt oder einem Krankenhaus verordnet wurden und die nachfolgenden Indikationen umfasst:
- Habituelle Zehenspitzenang
 - Spastisches Gangmuster
 - Hypotones Gangmuster (Entengang)
 - Vorherige Orthesenversorgung
 - Infantile Zerebralparese und vergleichbare zentral-neurologische Erkrankungen
 - Innenrotationsgang
 - Coxa antetorta
 - Hypotoner Knick-Platt-Fuß, Klumpfuß, Hohlfuß oder Sichelfuß

Der Anspruch ist auf die Grundausstattung von einem Paar Einlagen sowie die ggf. erforderliche Nachversorgung begrenzt.

- (3) Zur Übernahme der Kosten ist der Kostenvoranschlag durch einen Leistungserbringer einschl. ärztlicher Verordnung einzureichen. In diesen Fällen erfolgt die Abrechnung der Leistung direkt zwischen Leistungserbringer und AOK. Sofern eine Erstattung der Leistungen nach Abs. 1 und 2 an den Versicherten erfolgen soll, sind die ärztliche Verordnung sowie die Originalrechnung vorzulegen

Stand des Inkrafttretens: 01.01.2014

§ 10j

Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Phytotherapie und Anthroposophie)

- (1) Die AOK erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Phytotherapie und Anthroposophie, sofern sie von einem zugelassenen Vertragsarzt auf einem Privatrezept verordnet wurden und die Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und das Arzneimittel in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
- (2) Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, werden keine Kosten erstattet. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bleibt unberührt.

Stand des Inkrafttretens: 01.11.2014

§ 10k

Arzneimittelberatung für Schwangere

- (1) Für Versicherte werden von der AOK die Kosten für eine Arzneimittelberatung in der Schwangerschaft übernommen.
- (2) Die Arzneimittelberatung für Schwangere beinhaltet eine umfassende Aufklärung zur Arzneimittelaufnahme während der Schwangerschaft sowie Informationen über Wirkung, Nebenwirkung und Gegenanzeigen verordneter und frei verkäuflicher Arzneimittel. Die Leistung kann einmal je Schwangerschaft, durch eine Apotheke, die an dem Vertrag teilnimmt, in Anspruch genommen werden.
- (3) Die Abrechnung der Leistung erfolgt direkt zwischen dem Leistungserbringer und der AOK.

Stand des Inkrafttretens: 01.10.2015

§ 10l

Digitale Versorgungsprodukte

- (1) Die AOK übernimmt für Versicherte die Kosten gem. § 10a Abs. 3 für die Nutzung digitaler Versorgungsprodukte, sofern die AOK mit dem das digitale Versorgungsprodukt anbietenden Dienstleister einen Vertrag abgeschlossen hat. Die Höhe der finanziellen Beteiligung der AOK als auch das jeweilige Abrechnungsverhältnis ergeben sich aus dem mit dem Dienstleister abgeschlossenen Vertrag.
- (2) Eine Kostenübernahme der AOK setzt voraus, dass das seitens des Dienstleisters angebotene digitale Versorgungsprodukt den in § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V benannten Erfordernissen der Qualität und Wirtschaftlichkeit entspricht.

Stand des Inkrafttretens: 01.01.2018

§ 10m

Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und Beratung

- (1) Die AOK erstattet für Versicherte gemäß § 10a Abs. 1 eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung, wenn diese dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden.
- (2) Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.
- (3) Eine Kostenerstattung nach Abs. 1 ist alle 2 Jahre möglich.

Stand des Inkrafttretens: 01.05.2018

§ 11

Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V

- (1) Freiwillig versicherte Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, haben Anspruch auf Krankengeld nach den für versicherungspflichtige Arbeitnehmer maßgebenden Regelungen des SGB V.
- (2) Einen Krankengeldanspruch können wählen:
 1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind,
 2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter).
- (3) Kann bei einem versicherungspflichtigen oder freiwilligen Mitglied Krankengeld nicht nach § 47 Abs. 2 SGB V berechnet werden, weil eine kontinuierliche Arbeitsverrichtung oder -vergütung nicht vorliegt, wird das Krankengeld
 1. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Lohnausfall gezahlt,
 2. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung aus dem abgerechneten Entgelt des Zeitraumes berechnet, der die durchschnittlichen Verhältnisse widerspiegelt (längstens der letzten 12 Monate)

§ 12

Kostenerstattung

- (1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden. Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer ist möglich, wenn die AOK zuvor zugestimmt hat.
- (2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK unter Verwendung des dafür bereitgestellten Vordruckes. Die gewählte Kostenerstattung beginnt mit dem

auf den Zugang des Vordrucks folgenden Kalendervierteljahr und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung zum Ende des Kalendervierteljahres. Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen.

- (3) Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz in Anspruch genommen werden, nach Maßgabe des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind.

Absatz 3 – Stand des Inkrafttretens: 01.07.2013

- (4) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend
- a) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von fünf Prozent,
 - b) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 7,5 Prozent

zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag mindestens fünf Euro und höchstens 40 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 Verwaltungskosten nach Absatz 4 berücksichtigt sowie anfallende Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V und die der AOK aufgrund eines Vertrages nach § 130a Abs. 8 SGB V entgangenen Rabatte in Höhe einer einheitlich festgesetzten Pauschale. Die Summe der Minderungsbeträge nach Satz 3 beträgt je Antrag mindestens fünf Euro.

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

Stand des Inkrafttretens: 01.01.2011

§ 13 **Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten** **nach § 65 a Abs. 1 SGB V**

- (1) Versicherte der AOK, die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 und / oder qualitätsgesicherte Leistungen der AOK und ihrer Kooperationspartner zur primären Prävention in Anspruch nehmen, erhalten einen Bonus, wenn dies dokumentiert und gegenüber der AOK nachgewiesen wurde. Voraussetzung ist die ausdrückliche Entscheidung des Versicherten zur Teilnahme an dem Bonustarif. Minderjährige Familienmitversicherte können ab dem 15. Lebensjahr eigenständig an dem Bonustarif teilnehmen, solange die Mitgliedschaft des Stammversicherten besteht.

- (2) Die Teilnahme am Bonustarif sowie die Beendigung kann jederzeit schriftlich gegenüber der AOK erklärt werden.
- (3) Eine Bonifizierung von Maßnahmen, die vor Beginn der Teilnahme durchgeführt wurden, erfolgt nicht. Die Bonifizierung erfolgt in Form von Punkten, wobei jeweils ein Punkt dem Gegenwert von einem Euro entspricht. Eine Auszahlung der Punkte erfolgt auf schriftlichen Antrag des Teilnehmers, frühestens aber nach Erreichen von 50 Bonuspunkten und dem Ablauf eines Zeitjahres seit Teilnahmebeginn. Angesammelte Bonuspunkte, die nicht zur Auszahlung gekommen sind, verfallen nach spätestens drei Jahren.
- (4) Die näheren Einzelheiten zur Durchführung des Bonustarifs sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.
- (5) Eine gleichzeitige Teilnahme der Mitglieder am Bonusprogramm nach dieser Vorschrift und nach § 7 f (Wahltarif Gesundheit) und § 7 h (Wahltarif Bonus) dieser Satzung ist nicht möglich.

Abs. 5 – Stand des Inkrafttretens: 01.04.2011

§ 13 a

Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

Die AOK kann nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften den Versicherten Zusatzversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln. Sie regelt in Verträgen mit einem oder mehreren privaten Krankenversicherungsunternehmen die Einzelheiten der Vermittlung, insbesondere Gegenstand und Durchführung.

§ 13 b

(unbesetzt)

§ 13 c

Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

- (1) Die AOK bietet ihren Versicherten die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen an. Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnehmer verpflichten sich durch eine schriftliche Teilnahmeerklärung, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach § 73b Abs. 4 SGB V gewählten Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die Teilnahme beginnt mit dem Quartal, das im Bestätigungsschreiben der AOK genannt ist.

- (2) Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes und an die Verpflichtung, mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte ambulante fachärztliche Behandlung nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen, mindestens ein Jahr gebunden. Innerhalb dieser Frist darf der gewählte Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden, insbesondere bei Wohnortwechsel, dauerhaft gestörtem Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis, Verlegung des Arztsitzes oder Ausscheiden des gewählten Hausarztes aus der hausarztzentrierten Versorgung; unberührt hiervon bleibt die Verpflichtung, für mindestens ein Jahr an der hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen.
- (3) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung kann vom Versicherten erstmalig zum Ablauf des ersten Teilnahmejahres schriftlich mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende gekündigt werden. Danach kann er die Teilnahme jeweils mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende kündigen. In besonderen Härtefällen kann der Versicherte unabhängig von Absatz 2 die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung schriftlich kündigen, insbesondere bei Wegzug aus Niedersachsen oder wenn die Auswahl eines neuen geeigneten Hausarztes nach § 73b Abs. 4 SGB V in der Region unzumutbar erscheint.
- (4) Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten nach Absatz 2, kann der Versicherte insbesondere im Wiederholungsfall aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Ferner können bei der unzulässigen direkten Inanspruchnahme von Facharztleistungen Vergünstigungen im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung widerrufen und für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgefordert werden; bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten kann auch der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden, die durch die unzulässige direkte Inanspruchnahme von Fachärzten entstanden sind. Dies gilt auch, wenn ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird. Pflichtwidrigkeit ist ausgeschlossen in Fällen der Vertretung bzw. bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z.B. Notfall, Urlaub). Bei der Festsetzung von Maßnahmen ist dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz besondere Beachtung beizumessen.
- (5) Den Versicherten kann gemäß § 53 Abs. 3 SGB V für die Dauer ihrer Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung ein Bonus gewährt werden. Die näheren Einzelheiten zur Ausgestaltung des Bonus sind in den Ausführungsbestimmungen geregelt.

§ 13 d

Integrierte Versorgung nach §§ 140 a ff SGB V

- (1) Versicherte der AOK können nach Maßgabe der zwischen der AOK und Leistungserbringern nach §§ 140a ff SGB V geschlossenen Verträge an der besonderen Versorgung teilnehmen. Die Teilnahmebedingungen ergeben sich aus den Verträgen. Die Versicherten werden mit Versicherteninformationen über die Teilnahmebedingungen informiert.
- (2) Die AOK verfolgt mit den Verträgen zur besonderen Versorgung das Ziel, die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungssektoren zu optimieren und damit die Versorgungsqualität zu verbessern. Die Versorgungsinhalte werden den Versicherten jeweils in Versicherteninformationen zur Verfügung gestellt.
- (3) Den Versicherten wird gem. § 53 Abs. 3 SGB V für die Dauer ihrer Teilnahme an einer besonderen Versorgung ein besonderer Tarif gewährt. Die näheren Einzelheiten zum Inhalt und zur Ausgestaltung des Tarifs sind in den jeweiligen Ausführungsbestimmungen geregelt.

Stand des Inkrafttretens: 01.01.2016

§ 14

Teilkostenerstattung

- (1) Freiwillig versicherte Angestellte der AOK, für die die Dienstordnung nach § 351 RVO gilt, erhalten, wenn sie sich für die Teilkostenerstattung nach § 14 Abs. 1 SGB V entscheiden, Leistungen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen (TK 2):

1. Die Entscheidung des Angestellten nach Absatz 1 ist schriftlich zu erklären.
2. Dem Personenkreis nach Absatz 1 werden für die im SGB V dem Grunde nach vor gesehenen Leistungen und die in den jeweils geltenden Beihilfavorschriften vorgesehenen beihilfefähigen Aufwendungen Teilkosten erstattet. Die Höhe der Teilkostenerstattung bemisst sich nach dem Vomhundertsatz, der den jeweils maßgeblichen Vomhundertsatz der Beihilfe auf Hundert ergänzt.
3. An die Stelle der hiernach zu bewirkenden Leistungen und der entsprechenden Beihilfeansprüche nach der Dienstordnung treten die nach dem SGB V vorgesehenen Kassenleistungen. Die Leistung der Krankenkasse besteht insoweit aus der Teilkostenerstattung und der Beihilfe nach jeweils geltendem Beihilferecht zu solchen Leistungen, die dem Grunde und der Höhe nach im SGB V und in dieser Satzung vorgesehen sind.

Abs. 2 und 3: Stand des Inkrafttretens: 01.04.2015

4. Der von der Leistung der Krankenkasse nicht erfasste Beihilfeanspruch bleibt unberührt.
5. Als Ausgleich für die von der AOK voll finanzierten Leistungen nach Nummer 3 werden die Leistungskonten zu Lasten der Beihilfekonten pauschal entlastet.
6. Die Nummern 1 bis 5 gelten auch für vergleichbare Angestellte, die beim AOK-

Bundesverband, einem AOK-Landesverband, einem anderen AOK-Verband oder einer anderen Krankenkasse beschäftigt sind und Angestellte bzw. Versorgungsempfänger und ihre Angehörigen, die bis zum Eintritt des Versorgungsfalles mit einem Teilkostenerstattungsanspruch versichert waren.

(2) Alternativ können sich freiwillig versicherte Angestellte, die der Dienstordnung (§ 351 RVO) unterstehen, für die nachfolgenden Regelungen zur Teilkostenerstattung (TK 1) entscheiden und erhalten dann Leistungen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen:

1. Die Entscheidung des Angestellten nach Absatz 2 ist schriftlich zu erklären.
2. Dem Personenkreis nach Absatz 2 werden für die nach dem SGB V dem Grunde nach vorgesehenen Leistungen und den jeweils geltenden Beihilfevorschriften beihilfefähigen Aufwendungen Teilkosten in folgender Höhe erstattet:

a) für den Beihilfeberechtigten mit einem Beihilfebemessungssatz von 50 v. H.	50 v. H.
b) für den Beihilfeberechtigten mit einem Beihilfebemessungssatz von 70 v. H.	30 v. H.
c) für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten	30 v. H.
d) für ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist	20 v. H.

der jeweiligen beihilfefähigen Aufwendungen.

3. Für die Abwicklung reicht der Mitarbeiter seine Unterlagen zur Beihilfeberechnung ein. Die Beihilfefestsetzungsstelle ermittelt die beihilfefähigen Aufwendungen und errechnet die auszahlende Beihilfe und den Erstattungsbetrag auf die nach dem SGB V dem Grunde nach vorgesehenen Leistungen.
 4. Die Nummern 1 bis 3 gelten auch für vergleichbare Angestellte, die beim AOK-Bundesverband, einem AOK-Landesverband oder einem anderen AOK-Verband beschäftigt sind und Angestellte oder ihre Angehörigen, die bis zum Eintritt des Versorgungsfalles mit einem Teilkostenerstattungsanspruch versichert waren.
- (3) Der Angestellte hat die gewählte Form der Teilkostenerstattung nach § 14 Abs. 1 und 2 der Satzung schriftlich zu erklären. Sie wirkt vom Zeitpunkt der Erklärung bis zum Ablauf des zweiten Jahres, das dem Jahr der Erklärung folgt und verlängert sich um 2 weitere Kalenderjahre, wenn bis zum Ablauf des jeweiligen Zeitraums kein Wechsel beantragt wird. Die Entscheidung gilt auch für die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen.
- (4) Freiwillig versicherte Angestellte, für die die Dienstordnung nach § 351 RVO gilt und die ihm Rahmen der Fusion von AOK Niedersachsen und IKK Niedersachsen von der IKK Niedersachsen übernommen wurden, werden in das Modell der Teilkostenerstattung nach § 14 Abs.2 überführt, es sei denn, der Angestellte widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform binnen einem Monat ab dem aufsichtsbehördlich bestimmten Fusionszeitpunkt.

§ 14 a

Wahltarif Teilkostenerstattung nach § 53 Abs. 7 und 8 SGB V

- (1) Die Teilnahme an der Teilkostenerstattung im Sinne des § 14 Abs.1 oder Abs.2 der Satzung erfolgt als Wahltarif.

Die Erklärung zur Wahl der Teilkostenerstattung nach § 14 Abs.1 oder Abs.2 der Satzung gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifes, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform.

Für Mitglieder, die im Rahmen der Fusion von AOK Niedersachsen und IKK Niedersachsen von der IKK Niedersachsen übernommen werden, gilt der Tarif als gewählt, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform binnen einem Monat ab dem aufsichtsbehördlich bestimmten Fusionszeitpunkt.

Die Erklärung zur Wahl des Tarifes in den Fällen, in denen das Mitglied der Teilnahme am Tarif zunächst widersprochen hat, bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt in diesen Fällen mit Beginn des nächsten Kalendermonats gerechnet von dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Teilkostenversicherung und frühestens zu dem vom Mitglied gewählten Datum.

Das Mitglied ist an die Wahl des Tarifes 3 Jahre vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist).

- (2) Für Mitglieder, die im Rahmen des § 14 SGB V in Verbindung mit § 14 der Satzung einen Anspruch auf Teilkostenerstattung haben, wird eine Prämie ausgezahlt.
- (3) Grundlage für die Prämie ist der Beitrag zur Krankenversicherung. Als Prämie wird der Vomhundertsatz gezahlt, der dem Bemessungssatz der Beihilfe nach § 80 Abs. 5 Niedersächsisches Beamten-gesetz (NBG) i.V.m. § 43 Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO) des Mitglieds entspricht. Die Prämie beträgt für

- | | |
|---|-----------|
| • Beihilfeberechtigte nach § 80 Abs. 5 Satz 3 Nr. 1 NBG | 50 v. H., |
| • Beihilfeberechtigte nach § 80 Abs. 5 Satz 5 NBG | 70 v. H., |
| • Beihilfeberechtigte nach § 80 Abs. 5 Satz 3 Nr. 2 NBG | 70 v. H., |
| • Beihilfeberechtigte nach § 80 Abs. 5 Satz 3 Nr. 3 NBG | 80 v. H. |

des Krankenversicherungsbeitrags.

- (4) Bei Änderungen des Bemessungssatzes wird die Prämie in Höhe und Zeitpunkt entsprechend angepasst. Erhöht sich der Bemessungssatz gemäß § 80 Abs. 5 Satz 5 NBG, ändert sich die Prämie mit Beginn des Monats, in dem das Kind berück-sichtigungsfähig wird, im Übrigen ändert sich die Prämie mit dem Folgemonat. Tatsachen, die zu einer Änderung des Bemessungssatzes führen, sind unverzüglich mitzuteilen. § 206 SGB V gilt entsprechend.

Abs. 3 und 4 Stand des Inkrafttretens: rückwirkend zum 01.01.2012

- (5) Die Prämienzahlung wird mit dem vom DO-Angestellten/Versorgungsempfänger zu entrichtenden Beitrag aufgerechnet.

§ 15

Empfangsberechtigung

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

- bei Krankengeld des Auszahlungsscheines,
- bei Mutterschaftsgeld der Bescheinigung über den voraussichtlichen Tag der Entbindung.

Der Inhaber der Unterlagen hat sich auf Verlangen auszuweisen.

§ 15 a

Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs.1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 soll die AOK insbesondere dann verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs.1 Nr. 13 SGB V und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten liegt.
- (2) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann die AOK den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs.1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.
- (3) Der Versicherte ist über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen zu informieren.

Vierter Abschnitt: Beiträge

§ 16 Beitragssätze

(1) Der allgemeine Beitragssatz (§ 241 SGB V) wird durch Gesetz in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder festgesetzt. Er beträgt ab 1. Januar 2015 14,6 v.H..

(2) Der ermäßigte Beitragssatz (§ 243 SGB V) wird durch Gesetz in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder festgesetzt. Er beträgt ab 1. Januar 2015 14,0 v.H..

Stand des Inkrafttretens: 01.01.2015

§ 16a Zusatzbeitrag

(1) Mitglieder haben auf der Grundlage des § 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V einen einkommens-abhängigen Zusatzbeitrag in Höhe 0,8 v.H. zu zahlen. Für die in § 242 Abs. 3 SGB V genannten Mitglieder ist der vom Bundesministerium für Gesundheit jährlich festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V zu erheben. Der Zusatzbeitrag ist nach Maßgabe des § 223 Abs. 1 SGB V für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen.

(2) Für den Zusatzbeitrag gelten die für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag geltenden Bestimmungen des SGB IV und des SGB V entsprechend.

Stand des Inkrafttretens: 01.01.2015

§ 17 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder

Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder, die Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder sowie die Regelungen über Fälligkeit und Zahlung der Beiträge ergeben sich aus dem Gesetz und den einheitlichen Grundsätzen des GKV-Spitzenbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge.

§ 18 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

(1) Die Beiträge werden am 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessen und vom Arbeitgeber zu zahlen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung, mit der das Arbeitsentgelt erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

**§ 18a
(unbesetzt)**

§ 19

Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

- (1) Die Meldepflichten einschließlich des Inhalts der Meldungen und der Meldefristen richten sich nach den gesetzlichen Bestimmungen oder sonstigem für die AOK maßgebenden Recht.
- (2) Der Arbeitgeber hat den Beitragsnachweis spätestens 2 Arbeitstage vor dem Tag der Fälligkeit der Beiträge einzureichen.

§ 20

Vorschüsse

Die AOK kann von Arbeitgebern, die

1. keine Beitragsnachweise einreichen oder
2. länger als 2 Monate mit der Beitragszahlung im Verzug sind oder
3. sich in einem Insolvenzantragsverfahren befinden oder
4. sich innerhalb der letzten 12 Monate in einem Vollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
5. Grund zu der Annahme geben, dass die Beiträge nicht, nicht vollständig oder nicht dauerhaft gezahlt werden oder
6. in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft weniger als 25.000 € Stammkapital haben oder in der Rechtsform einer Personengesellschaft einen Komplementär haben, der eine Kapitalgesellschaft mit einem Stammkapital von weniger als 25.000 € ist oder
7. innerhalb des Kassenbezirkes keine feste Betriebsstätte haben oder
8. sich nur vorübergehend im Kassenbezirk aufhalten,

Vorschüsse in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrages für je einen Monat fordern. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

Fünfter Abschnitt: Widerspruchsstelle

§ 21 Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle

- (1) Die Aufgaben der Widerspruchsstelle (§ 85 Abs. 2 Ziffer 2 SGG) werden durch Widerspruchsausschüsse nach § 36 a SGB IV wahrgenommen.
- (2) Bei den AOK - Regionen werden Widerspruchsausschüsse gebildet; für mehrere AOK – Regionen kann gemeinsam ein Widerspruchsausschuss gebildet werden. Die Widerspruchsausschüsse bestehen aus je einem Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten. Für jedes Mitglied sind 4 Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall zu bestellen. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse müssen die Voraussetzungen der Wählbarkeit nach § 51 SGB IV erfüllen. Sie sind von den Listenträgern vorzuschlagen und werden vom Verwaltungsrat gewählt. Der Regionalleiter (siehe Ausführung des Inhaltsverzeichnisses) oder eine von ihm beauftragte Person gehört dem Widerspruchsausschuss ohne Stimmrecht an.
- (3) Der Widerspruchsausschuss entscheidet über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist.

Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben einer Einspruchsstelle nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten wahr (§ 112 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 SGB IV i. V. m. § 69 OWiG).

Die Aufgabenverteilung für die Widerspruchsausschüsse wird in einem Geschäftsverteilungsplan durch den Vorstand geregelt.

- (4) Die Entscheidungen der Widerspruchsausschüsse sind von den an der Entscheidung mitwirkenden Mitgliedern zu unterzeichnen.
- (5) Für die Widerspruchsstelle gelten
 1. §§ 40 (Ehrenämter), 42 (Haftung), 58 (Amtsdauer), 59 (Verlust der Mitgliedschaft), 62 (Vorsitzende der Selbstverwaltungsorgane), 63 Absätze 1, 3a und 4 (Beratung, Geschäftsordnung) sowie 64 SGB IV (Beschlussfassung),
 2. § 41 SGB IV (Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen),
 3. § 60 Abs. 1 bis 3 SGB IV (Ergänzung der Selbstverwaltungsorgane)

entsprechend, dabei die unter 2. genannten Vorschriften nur für die ehrenamtlichen Mitglieder.

§ 22 Zentraler Widerspruchsausschuss

- (1) Dem Zentralen Widerspruchsausschuss gehören je 2 Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreis der Mitglieder des Verwaltungsrates sowie mit beratender Stimme der Vorsitzende des Vorstandes oder ein von ihm Beauftragter an.
- (2) Der Zentrale Widerspruchsausschuss ist zuständig für solche Widersprüche, die nach bun-

des- oder landesrechtlichen Vorschriften dem AOK-Landesverband (§ 207 Abs. 4 SGB V) zur Entscheidung übertragen sind.

Sechster Abschnitt: Organe

§ 23 Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat der AOK hat 30 Mitglieder. Er besteht aus je 15 Versicherten- und Arbeitgebervertretern (§ 44 Abs.1 Nr.1 SGB IV). Die Stellvertretung richtet sich nach § 43 Abs. 2 SGB IV. Bei der Aufstellung der Vorschlagslisten für die Wahl zum Verwaltungsrat sollten die Bezirke der AOK - Regionen angemessen berücksichtigt werden.
- (2) Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich am 1. Januar. Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende dürfen nicht derselben Gruppe angehören.
- (3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK sowie in den übrigen Fällen, in denen das Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht diese vorsieht (§ 33 Abs. 1 und 3 SGB IV).

Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:

1. Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates (§ 62 SGB IV),
2. Wahl des Vorstandes (§ 35 a Abs. 5 SGB IV),
3. Überwachung des Vorstandes (§ 197 Abs.1 Nr. 1a SGB V),
4. Entscheidungen, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1b SGB V),
5. Feststellung des Haushaltsplanes (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
6. Entscheidung über die Bestellung eines externen Prüfers für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV) und Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung (§ 197 Abs.1 Nr. 3 SGB V),
7. die Krankenkasse gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten (§ 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V),
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
9. über die Auflösung der Krankenkasse oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
10. Festsetzung der Entschädigung der Organmitglieder (§ 41 SGB IV),
11. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat und die besonderen Ausschüsse (Widerspruchsausschüsse),
12. Bildung von Fachausschüssen des Verwaltungsrates (§ 197 Abs. 3 SGB V),

13. Errichtung und Schließung von AOK - Regionen auf Vorschlag des Vorstandes,
 14. Wahl der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse (§ 36a SGB IV i.V. m. § 21 dieser Satzung),
 15. Zustimmung zur Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung einschließlich des Stellenplans (§ 355 RVO),
 16. Amtsentbindung und Amtsenthebung von Mitgliedern des Verwaltungsrates sowie deren Stellvertreter (§ 59 Abs. 2 und 3 SGB IV),
 17. Ernennung der Mitglieder des Handwerksbeirates.
- (4) Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen (§ 197 Abs. 2 SGB V).
- (5) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegt unter anderem die Anordnung der nicht regelmäßig wiederkehrenden Bezüge und Entschädigungen des Vorstandes, soweit sie nicht auf verbindlichen Regelungen beruhen.
- (6) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen über
1. eilige Angelegenheiten, die in der Regel keiner Beratung bedürfen. Ob ein eiliger Fall vorliegt, stellt der Vorsitzende im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden fest,
 2. Änderungen von Satzung und Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
 3. Änderungen von Satzung und Dienstordnung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts und Beseitigung von offenbaren Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,
 4. den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden (§ 197 Abs. 1 Ziffer 5 SGB V).

Wenn mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen. Ergibt sich bei einer schriftlichen Abstimmung Stimmgleichheit, so wird über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates beraten und abgestimmt. Kommt auch bei der zweiten Abstimmung keine Mehrheit zustande, so gilt der Antrag als abgelehnt (§ 64 Abs. 2 SGB IV).

Abs. 3 Nr. 17 – Stand des Inkrafttretens: rückwirkend zum 01.06.2011

§ 24 Vorstand

- (1) Der Vorstand besteht aus 2 Mitgliedern. § 37 Abs. 2 SGB IV (Verhinderung für längere Zeit) gilt entsprechend (§ 35 a Abs. 4 SGB IV).
- (2) Die Amtszeit beträgt bis zu 6 Jahre; Wiederwahl ist möglich.

Abs. 2 – Stand des Inkrafttretens: 01.01.2014

Anmerkung zu § 24 Abs.: Die Option, als Amtszeit des Vorstandes lediglich eine Obergrenze („bis zu sechs Jahre“) vorzusehen, gibt den gesetzlichen Wortlaut des § 35 a Abs. 3 Satz 2 SGB IV wieder, um insbesondere im Hinblick auf das Erreichen der Regelaltersgrenze die Amtszeit anpassen zu Können.

- (3) Der Vorstand verwaltet die AOK, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig.
- (4) Im Rahmen der dem Vorstand obliegenden Gesamtverantwortung und der aufgestellten Richtlinien führt jedes Mitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich (§ 35 a Abs. 1 Satz 3 SGB IV). Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende (§ 35 a Abs. 1 Satz 4 SGB IV).
- (5) Der Vorstand handelt unter Berücksichtigung der vom Verwaltungsrat bestimmten Grundsatzentscheidungen und trifft die zu ihrer Umsetzung erforderlichen Entscheidungen.
- (5a) Der Vorstand hat unverzüglich nach Einberufung der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes die Zustimmung des Verwaltungsrates über die Ausübung der Gesellschafterrechte der AOK einzuholen.
- (6) Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:
 1. Gerichtliche und außergerichtliche Vertretung der AOK, soweit Gesetz und sonstiges für die AOK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35 a Abs. 1 SGB IV),
 2. Berichterstattung an den Verwaltungsrat (§ 35 a Abs. 2 SGB IV),
 3. Festlegung der Unternehmensziele gegenüber den Beschäftigten,
 4. Vorbereitung der Beschlussfassung des Verwaltungsrates bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,
 5. Errichtung und Auflösung von Eigeneinrichtungen,
 6. Vermietung und Verpachtung von Grundeigentum,
 7. Aufstellung des Haushaltsplanes (§ 70 Abs. 1 SGB IV),
 8. Einstellung, Anstellung, Beförderung, Höhergruppierung, Versetzung in den Ruhestand, Kündigung oder Entlassung von Personal,
 9. Abschluss von Vereinbarungen und Verträgen,
- (7) Zu den Aufgaben des Vorsitzenden des Vorstandes gehört auch die Ausübung des Wahlrechts der AOK als Arbeitgeberin.

§ 25

Vertretung der AOK

- (1) Der Vorstand oder ein einzelnes Mitglied des Vorstandes vertritt die AOK gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

- (2) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern (§ 33 Abs. 3 Satz 1 SGB IV). Das Vertretungsrecht wird gemeinsam durch den Vorsitzenden des Verwaltungsrates und seinen Stellvertreter ausgeübt.
Stand des Inkrafttretens: 01.04.2018

§ 26 Amtsdauer, Entschädigung und Haftung

- (1) Für die Amtsdauer und Haftung der Mitglieder in den Selbstverwaltungsorganen gelten die §§ 42 und 58 SGB IV, für die Entschädigung § 41 SGB IV unter Beachtung des Absatzes 2.
- (2) Der Verwaltungsrat setzt die Beträge für die Entschädigung der Organmitglieder im Rahmen einer Entschädigungsregelung fest. Die Entschädigungsregelung ist als Anhang 1 Bestandteil dieser Satzung.

Siebter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 27 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.

§ 28 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung

- (1) Der vom Verwaltungsrat bestimmte Ausschuss ist befugt, die Bücher und Akten der AOK einzusehen sowie die Vermögensbestände zu prüfen. Er kann einzelne Mitglieder hiermit beauftragen.
- (2) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt. Der Vorstand veranlasst eine interne oder ggf. externe Rechnungsprüfung (§ 77 Abs.1 Satz 1 SGB IV; § 31 SVHV). Die Abnahme der Jahresrechnung erfolgt durch den Verwaltungsrat.

Achter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

§ 29 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz richtet sich nach den Bestimmungen des Anhangs 2 zu dieser Satzung.

Neunter Abschnitt: Übergangsvorschriften für Tarifwähler der früheren IKK Niedersachsen

§ 30 Wahltarife der früheren IKK Niedersachsen

- (1) Die frühere IKK Niedersachsen hat ihren Mitgliedern die im Anhang 3 dieser Satzung aufgeführten Wahltarife angeboten. Diese Wahltarife können ab dem 01.04.2010 nicht mehr gewählt werden. Für Tarifwähler (Bestandskunden der IKK) endet der jeweilige Tarif automatisch zum Ende der Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 SGB V. Berechnet wird diese Bindungsfrist vom Beginn der Tarifwahl an. Tarifwähler können den jeweiligen Tarif vorzeitig unabhängig von der Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 SGB V kündigen, wenn im Anschluss ein Wahltarif (§ 53 Abs. 1 SGB V) nach dieser Satzung gewählt wird. Diese Tarifwahl setzt wiederum eine Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 SGB V in Gang.
- (2) Sämtliche Wahltarife des Anhangs 3 enden zum 31.12.2010.
- (3) Die AOK tritt bezüglich der Wahltarife der früheren IKK Niedersachsen vollständig in die Rechte und Pflichten der IKK Niedersachsen ein.
Stand des Inkrafttretens: 01.04.2010

Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 31 Bekanntmachungen

Die öffentliche Bekanntmachung der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts nach § 34 Abs.2 SGB IV erfolgt im Niedersächsischen Staatsanzeiger, in der Mitgliederzeitschrift „Bleib gesund“, im AOK-Intranet und auf der eigenen Internetpräsenz (www.aok-niedersachsen.de) sowie durch befristete Aushänge (7 Kalendertage) in der Direktion und in den Servicezentren.

Die AOK veröffentlicht nach § 305 b SGB V zum 30. November eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und auf ihrer eigenen Internetpräsenz (www.aok-niedersachsen.de). Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 in der Mitgliederzeitschrift „Bleib gesund“ der AOK veröffentlicht.

Stand des Inkrafttretens: 01.08.2014

§ 32 Inkrafttreten

Die Neufassung der Satzung tritt am 01.04.2010 in Kraft.

- (Neufassung der Satzung vom 08.04.2010, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 30.04.2010, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02 -)
- (1. Nachtrag vom 10.12.2010, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 16.12.2010, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02 -) - § 16 Beitragssätze
- (2. Nachtrag vom 10.12.2010, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 16.12.2010, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02 -) – Anhang 2 - § 6, Abs. 1 u.2
- (3. Nachtrag vom 10.12.2010, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 16.12.2010, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02 -) - § 12 Kostenerstattung
- (4. Nachtrag vom 10.12.2010, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 16.12.2010, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02 -) - § 30 Wahltarife d. früheren IKK Nds. – Anhang 3
- (5. Nachtrag vom 09.03.2011, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 22.03.2011, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02 -) - § 7h und Folgeänderungen zu §§ 7e Abs. 6, 7f Abs.7, 13 Abs. 5
- (6. Nachtrag vom 14.10.2011, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 31.10.2011, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02 -) - § 23 Absatz 3 Nr. 17
- (7. Nachtrag vom 14.10.2011, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 31.10.2011, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02 -) - § 7 Abs. 2
- (8. Nachtrag vom 13.12.2011, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 09.01.2012, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02-) - § 3 Absatz 2
- (9. Nachtrag vom 13.12.2011, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 09.01.2012, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02-) – Anhang 2 §6 Absatz 1
- (10. Nachtrag vom 13.12.2011, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 09.01.2012, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02-) – Anhang 2 § 8 Abs. 1 u. 2
- (11. Nachtrag vom 20.03.2012, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen Familie, Gesundheit und Integration am 25.04.2012, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02-) - § 7h Wahltarif Bonus
- (12. Nachtrag vom 20.03.2012, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen Familie, Gesundheit und Integration am 25.04.2012, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02-) - § 14a Abs. 3 und 4
- (13. Nachtrag vom 20.03.2012, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen Familie, Gesundheit und Integration am 25.04.2012, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02-) – Anhang 1 Entschädigungsregelung – Ziffer 3.1 Satz 1 und Ziffer 4 Satz 1
- (14. Nachtrag vom 19.12.2012, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 20.12.2012, AZ 106.22- 1502 24 – 05 -) - § 10a – 10d, § 7b
- (15. Nachtrag vom 19.12.2012, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 20.12.2012, AZ 106.22- 1502 24 – 05 -) - Anpassung der Entschädigungsregelung (Anhang 1 zu § 26 der Satzung) – Ziffern 1.3, 3.1 Satz 1 und 4. Satz 1
- (16. Nachtrag vom 19.12.2012, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 20.12.2012, AZ 106.22- 1502 24 – 05 -) - § 7i Wahltarif Selbstbehalt (ab 01.01.2013) u. § 7e Wahltarif Selbstbehalt (bis 31.12.2012)
- (17. Nachtrag vom 19.12.2012, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 20.12.2012, AZ 106.22- 1502 24 – 05 -) - § 13b (wurde gestrichen)
- (18. Nachtrag vom 12.03.2013, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 19.04.2013, AZ 106.22 – 15 02 24 – 05 -) - § 10e
- (19. Nachtrag vom 25.06.2013, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 15.07.2013, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02 -) - § 12 Abs. 3 neu
- (20. Nachtrag vom 25.06.2013, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 15.07.2013, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02 -) § 10e

- (21. Nachtrag vom 25.06.2013, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 15.07.2013, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02 -) § 10f
- (22. Nachtrag vom 23.10.2013, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 31.10.2013, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02 -) Anpassung der §§ 7b, 10a und 10d, Ergänzung §§ 10g und 10h
- (23. Nachtrag vom 12.12.2013, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 17.12.2013, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) Ergänzung § 10i
- (24. Nachtrag vom 12.12.2013, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 17.12.2013, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) Aufhebung der Mindestbindungsfrist bei ,Wahlтарifen und Ergänzung der §§ 7e Abs.6; 7f Abs. 7; 7h Abs. 7
- (24. Nachtrag vom 12.12.2013, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 17.12.2013, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) Aufhebung der Mindestbindungsfrist bei ,Wahlтарifen und Ergänzung der §§ 7e Abs.6; 7f Abs. 7; 7h Abs. 7
- (25. Nachtrag vom 12.12.2013, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 17.12.2013, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) Anpassung § 5 Abs. 2
- (26. Nachtrag vom 12.12.2013, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 17.12.2013, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) Streichung § 18a
- (27. Nachtrag vom 12.12.2013, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 17.12.2013, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) Ergänzung § 24
- (28. Nachtrag vom 12.12.2013, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 17.12.2013, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) § 6 Abs. 2 Anhang 2 der Satzung
- (29. Nachtrag vom 18.03.2014, genehmigt durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 28.05.2014, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02 -) § 7g Krankengeld-Wahlтарif
- (30. Nachtrag vom 23.07.2014, genehmigt durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung vom 30.07.2014, AZ 106.22- 15 02 24 – 02 -) § 31 Bekanntmachungen
- (31. Nachtrag vom 23.07.2014, genehmigt durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung vom 30.07.2014, AZ 106.22- 15 02 24 – 02 -) § 7b Primäre Prävention durch Schutzimpfungen
- (32. Nachtrag vom 22.10.2014, genehmigt durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 07.11.2014, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) § 10j § 10a Abs. 1
- (33. Nachtrag vom 17.12.2014, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 17.12.2014, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) § 16 und § 16a
- (34. Nachtrag vom 17.12.2014, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 17.12.2014, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) Anhang 2 (zu § 29 der Satzung) § 6 Abs. 1
- (35. Nachtrag vom 17.12.2014, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 17.12.2014, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) Anhang 2 (zu § 29 der Satzung) § 6 Abs.2
- (36. Nachtrag vom 26.03.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 15.04.2015, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) - § 7f Abs. 4, §7h Abs. 5, § 7i Abs. 3
- (37. Nachtrag vom 26.03.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 15.04.2015, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) § 14, Abs. 1 Nr. 2 und 3
- (38. Nachtrag vom 22.07.2015, genehmigt genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 06.08.2015, AZ 106.22 – 15 02 24 – 02) § 10k
- (39. Nachtrag vom 07.10.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 26.11.2015,AZ 403.22 – 15 02 24 – 02) § 7g Krankengeld – Wahlтарif
- (40. Nachtrag vom 07.10.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 26.11.2015,AZ 403.22 – 15 02 24 – 02) § 13d Besondere Versorgung nach §§ 140 a ff SGB V
- (41.) Nachtrag vom 16.12.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 18.12.2015, AZ 403 – 15 02 24 – 02) § 6, Ziffer 2, Buchstabe a

- (42.) Nachtrag vom 16.12.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 18.12.2015, AZ 403 – 15 02 24 – 02) § 6, Ziffer 3 Buchstabe a
- (43.) Nachtrag vom 16.12.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 18.12.2015, AZ 403 – 15 02 24 – 02) § 7
- (44.) Nachtrag vom 16.12.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 18.12.2015, AZ 403 – 15 02 24 – 02) § 7a
- (45.) Nachtrag vom 16.12.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 18.12.2015, AZ 403 – 15 02 24 – 02) § 7b - Abs. 1
- (46.) Nachtrag vom 16.12.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 18.12.2015, AZ 403 – 15 02 24 – 02) § 7d – gestrichen
- (47.) Nachtrag vom 16.12.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 18.12.2015, AZ 403 – 15 02 24 – 02) § 7f – Abs. 5 und 7
- (48.) Nachtrag vom 16.12.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 18.12.2015, AZ 403 – 15 02 24 – 02) § 7h - Abs. 7
- (49.) Nachtrag vom 16.12.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 18.12.2015, AZ 403 – 15 02 24 – 02) Anhang 2 - § 8 Abs. 1 Nr. 1 und § 9
- (50.) Nachtrag vom 16.12.2015, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 18.12.2015, AZ 403 – 15 02 24 – 02) Entschädigungsregelung – Ziffer 3.1 Satz 1 und Ziffer 4 Satz 1
- (51.) Nachtrag vom 17.03.2016, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 06.04.2016, AZ: 403.22 – 15 02 24 – 02) § 7b Primäre Prävention durch Schutzimpfungen
- (52.) Nachtrag vom 17.03.2016, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 06.04.2016, AZ: 403.22 – 15 02 24 – 02) § 10 a Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V
- (53.) Nachtrag vom 15.12.2016, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 20.12.2016, AZ: 403.22 – 15 02 24 – 02) § 10 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe
- (54.) Nachtrag vom 15.12.2016, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 20.12.2016, AZ: 403.22 – 15 02 24 – 02) Anhang 2 § 6 Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage, Vorschüsse
- (55.) Nachtrag vom 15.12.2016, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 20.12.2016, AZ: 403.22 – 15 02 24 – 02) § 10 a Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V
- (56.) Nachtrag vom 13.12.2017, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 20.12.2017, AZ 403.22 – 15 02 24 – 02 § 10 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe
- (57.) Nachtrag vom 13.12.2017, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 20.12.2017, AZ 403.22 – 15 02 24 – 02 § 10a Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V
- (58.) Nachtrag vom 13.12.2017, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 20.12.2017, AZ 403.22 – 15 02 24 – 02 § 10 a Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V
- (59.) Nachtrag vom 13.12.2017, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 20.12.2017, AZ 403.22 – 15 02 24 – 02 Entschädigungsregelung
- (60.) Nachtrag vom 13.12.2017, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 20.12.2017, AZ 403.22 – 15 02 24 – 02 Anhang 2 § 6 Abs. 1
- (61.) Nachtrag vom 15.03.2018, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 16.03.2018, AZ 403.22 – 15 02 24 – 02 Anpassung des § 25 Vertretung der AOK
- (62.) Nachtrag vom 15.03.2018, genehmigt durch das Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 16.03.2018, AZ 403.22 – 15 02 24 – 02 § 10m Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und Beratung, § 10a Abs. 1