

AOK Bremen/Bremerhaven

Satzung

vom 03.12.2001

in der Fassung

der 49. Änderung der Satzung der
AOK Bremen/Bremerhaven
vom 19.12.2022

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.

- Inhaltsübersicht -

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung		Seite
§ 1	Name, Sitz und Bezirk	7
§ 2	Aufgabenstellung	8
Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis		
§ 3	Mitglieder	9
§ 4	Familienangehörige	10
§ 5	Beginn und Ende der Mitgliedschaft	11
Dritter Abschnitt: Leistungen		
§ 6	Art und Umfang der Leistungen	12, 13
§ 6a	Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge	14
§ 7	Leistungen zur Prävention, Selbsthilfe und Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	15
§ 8	(leer)	16
§ 9	Zuschuss bei ambulanten Vorsorgekuren	17
§ 10	Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	18
§ 10a	Osteopathie	19
§ 10b	Homöopathie	20
§ 10c	Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe	21
§ 10d	Gesundheits- und Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Geburt	22
§ 10e	Sportmedizinische Untersuchungen	23
§ 10f	Zahnschutzschienen	24
§ 10g	(leer)	25
§ 10h	Hebammenrufbereitschaft	26
§ 10i	Professionelle Zahnreinigung	27
§ 10j	Schwimmschutz	28
§ 10k	(leer)	29
§ 10l	Diabetes-Typ-1-Früherkennungsuntersuchung für Kinder im Alter zwischen 2 und 6 Jahren	30
§ 10m	Erweiterte Vorsorgeleistungen	31
§ 10n	Früherkennung und Frühförderung	32
§ 10o	Kopforthesen	32
§ 11	(leer)	32
§ 12	Mehrleistungen zur Haushaltshilfe	33
§ 13	Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V	34
§ 14	Kostenerstattung	35, 36
§ 15	Teilkostenerstattung	37
§ 16	Empfangsberechtigung	38
§ 16a	Leistungsausschluss	39

Vierter Abschnitt: Weiterentwicklung in der Versorgung, Wahltarife		
§ 17	(leer)	40, 41
§ 17a	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	42, 43
§ 17b	Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V	44
§ 17c	Besondere Versorgung nach § 140a SGB V/Wahltarife nach § 53 Abs. 3 SGB V	45
§ 17d	Hausarztzentrierte Versorgung/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V	46, 47
§ 17e	Bonus für Arbeitgeber und Versicherte bei Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 65a Abs. 2 SGB V	48
§ 17f	Krankengeld-Wahltarif	49, 50, 51, 52
§ 17g	(leer)	53, 54
§ 17h	(leer)	55, 56, 57, 58, 59
§ 17i	(leer)	60, 61, 62, 63, 64, 65
§ 17j	AOK-Selbstbehalttarif	66, 67
Fünfter Abschnitt: Beiträge		
§ 18	Beiträge	68
§ 18a	Zusatzbeitrag	68
§ 19	Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder	69
§ 20	(leer)	70
§ 21	Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	71
§ 21a	(leer)	72
§ 22	Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge	73
§ 23	Vorschüsse	74
§ 23a	(leer)	75
Sechster Abschnitt: Widerspruchsstelle		
		Seite
§ 24	Widerspruchsausschuss	76
Siebter Abschnitt: Organe		
§ 25	Organe der AOK	77
§ 26	Verwaltungsrat und seine Mitglieder	78
§ 27	Aufgaben des Verwaltungsrates	79, 80, 81
§ 28	Vorstand	82
§ 29	Vertretung der AOK	83
§ 30	Versichertenälteste, Vertrauensleute	84
§ 31	Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder	85

Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 32	Rücklage	86
§ 33	Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Abnahme der Jahresrechnung	87

**Neunter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen
für Entgeltfortzahlung
(Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG)**

§ 34	Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung	88
------	---	----

Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und In-Kraft-Treten

§ 35	Bekanntmachungen	89
§ 36	In-Kraft-Treten	90

Anhang zur Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven

(Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen
nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG)

	Seite
Erster Abschnitt: Maßgebende Rechtsnormen	
§ 1 Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen	91
Zweiter Abschnitt: Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	
§ 2 Beteiligte Arbeitgeber	92
Dritter Abschnitt: Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber	
§ 3 Erstattungen	93
§ 4 Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen	94
§ 5 Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	95
Vierter Abschnitt: Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage, Vorschüsse	
§ 6 Aufbringung der Mittel, Umlage	96
§ 7 Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern	97
Fünfter Abschnitt: Verwaltung der Mittel	
§ 8 Verwaltung der Mittel	98
Sechster Abschnitt: Verwaltungsrat	
§ 9 Verwaltungsrat	99
Siebter Abschnitt: Widerspruchsstellen	
§ 10 Widerspruchsstelle, Einspruchsstelle	100
Achter Abschnitt: In-Kraft-Treten	
§ 11 In-Kraft-Treten	101

Anlage 1 zur Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven

(Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates der AOK Bremen/Bremerhaven, § 31 Abs. 2 der Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven)

		Seite
§ 1	Erstattung der baren Auslagen	102
§ 2	Ersatz des Arbeitsverdienstes	103
§ 3	Pauschbetrag für Zeitaufwand	104
§ 4	Gruppenvorbesprechungen des Verwaltungsrates	105
§ 5	Entschädigung für den Verwaltungsratsvorsitzenden und seinen Stellvertreter	106
§ 6	Schlussvorschriften	107
§ 7	In-Kraft-Treten	108

Anlage 2 zur Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven

(Ausführungsbestimmungen zum Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und 2 SGB V unter der Bezeichnung „Jugendbonus“/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V, § 17g der Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven)

	Präambel	109
1.	Teilnahme	110, 111
2.	Gegenstand	112, 113, 114, 115, 116, 117
3.	Prämien	118
4.	Datenschutz	119
5.	Beginn und Ende des Modellvorhabens/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V	120, 121

**Erster Abschnitt:
Name und Aufgabenstellung**

**§ 1
Name, Sitz und Bezirk**

- (1) Die Krankenkasse führt den Namen AOK Bremen/Bremerhaven und hat ihren Sitz in Bremen, Bürgermeister-Smidt-Straße 95.
- (2) Der Bezirk der AOK umfasst das Land Bremen.
- (3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.
- (4) Die Hauptgeschäftsstelle Bremen befindet sich in der Bürgermeister-Smidt-Straße 95.
Die Hauptgeschäftsstelle Bremerhaven befindet sich in der Columbusstraße 1.

§ 2

Aufgabenstellung

- (1) Die AOK versteht sich als Gesundheitskasse. Aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wieder herzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und 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 AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes.
- (5) Die AOK wirkt bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik im Lande mit. Sie setzt sich für bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgungsstrukturen und für eine ausgewogene Mitglieder- und Risikostruktur sowie für eine qualifizierte Kostensteuerung im Gesundheitswesen ein.
- (6) Die AOK wirkt bei Leistungserbringern und Versicherten durch Verträge, Information und Beratung auf eine preisgünstige Versorgung hin.

Stand: 01.04.2009

**Zweiter Abschnitt:
Versicherter Personenkreis**

**§ 3
Mitglieder**

- (1) Als versicherungspflichtige Mitglieder können bei der AOK versichert sein
- Arbeiter, Angestellte 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,
 - Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge,
 - Schwerbehinderte Menschen i. S. des SGB IX, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beigetreten sind,
 - Arbeiter und Angestellte, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete,

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 Kassen beitreten.

- (3) Für die Wahl der Mitgliedschaft bei der AOK und die Ausübung des Wahlrechts gelten die §§ 173 bis 176 SGB V.

§ 4
Familienangehörige

Als Familienangehörige sind bei der AOK versichert Ehegatten, Lebenspartner und Kinder der Mitglieder, wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

§ 5**Beginn und Ende der Mitgliedschaft**

- (1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Personen beginnt, soweit sich aus § 186 Abs. 10 und 11 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht (versicherungspflichtige Mitglieder).
- (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).
- (3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt, mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt.
- (4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet im Falle des Austritts 2 Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt. Die freiwillige Mitgliedschaft kann ohne Einhaltung der Kündigungsfrist beendet werden, wenn für das Mitglied nach Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V besteht.
- (5) Die Bindungsfrist von 12 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet wird. Die sich aus der Teilnahme an Wahltarifen ergebenden besonderen Mindestbindungsfristen (§ 53 Abs. 8 Sätze 1 und 2 SGB V) gelten nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.

**Dritter Abschnitt:
Leistungen**

**§ 6
Art und Umfang der Leistungen**

- (1) Die AOK wirkt darauf hin, dass
- ihre Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise umfassend und schnell erhalten,
 - die zur Leistungserbringung erforderlichen Personen, Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen und
 - der Zugang zu den Leistungen einfach gestaltet wird.
- (2) Die Versicherten können nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieser Satzung in Anspruch nehmen:
1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerungen, insbesondere Prävention, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten;
 2. bei Krankheit
 - a) Krankenbehandlung, insbesondere
 - ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 - zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
 - Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
 - Soziotherapie,
 - spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
 - Krankenhausbehandlung,
 - Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen,
 - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
 - Digitale Gesundheitsanwendungen
 - b) strukturierte Behandlungsprogramme,
 - c) Krankengeld;
 3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft
 - ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
 - Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln,
 - Entbindung,
 - häusliche Pflege und Haushaltshilfe,
 - Mutterschaftsgeld;

4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch nach § 24 b SGB V;
5. Beratung und Information zu ihren Rechten als Patienten sowie zum gesundheitlichen Verbraucherschutz im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen;
6. Unterstützung bei Behandlungsfehlern.

§ 6a
Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

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

Stand: 01.01.2004

§ 7**Leistungen zur Prävention, Selbsthilfe und Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz**

- (1) Die AOK stellt Leistungen zur Primärprävention zur Verfügung, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfadens Prävention (in der jeweils gültigen Fassung) entsprechen. Diese Leistungen umfassen den individuellen Ansatz und den Setting-Ansatz. Sie beinhalten im individuellen Ansatz insbesondere die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement sowie Suchtmittelkonsum. Im Setting-Ansatz liegt der Schwerpunkt auf gesundheitsfördernden Maßnahmen in Schulen, Kindertagesstätten, Kommunen und Pflegeeinrichtungen.
- (2) Die AOK erbringt Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Maßgabe des § 20b SGB V, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens entsprechen. In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind dies insbesondere die Handlungsfelder
- Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung,
 - gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil,
 - überbetriebliche Vernetzung und Beratung.
- Die AOK unterstützt die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach Maßgabe des § 20c SGB V.
- (3) Die AOK fördert die Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V. Die AOK fördert die Selbsthilfegruppen und -organisationen, wenn diese die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von solchen Krankheitsbildern zum Ziel haben, die in dem gemeinsam und einheitlichen unter Beteiligung der KBV und der Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind sowie die gesundheitsbezogene Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen, die themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sind. Die Förderung erfolgt im Rahmen der vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche. Mindestens 70 % der jeweils gesetzlich vorgegebenen Fördermittel sind für die kassenartenübergreifende Pauschalförderung aufzubringen und von der AOK auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam mit den anderen Krankenkassen nach Beratung mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu vergeben. Erreicht die AOK den jeweils gesetzlich vorgegebenen Förderbetrag in einem Jahr nicht, so hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die kassenartenübergreifende Pauschalförderung zur Verfügung zu stellen.
- (4) Die AOK trägt mit Sachleistungen zur Förderung des selbstbestimmten, gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren nach Maßgabe des § 20k SGB V sowie auf Grundlage der Festlegung des GKV-Spitzenverbandes zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz bei.

§ 8
(Leerparagraf)

Stand: 01.01.2013

§ 9

Zuschuss bei ambulanten Vorsorgekuren

- (1) Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V) zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss von 8 Euro täglich. Für versicherte chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21 Euro täglich.
- (2) Wird eine Kinderkur im Rahmen einer ambulanten Vorsorgemaßnahme als Gruppentherapie durchgeführt, gewährt die AOK zur Abgeltung aller entstehenden Kosten einen Zuschuss in Höhe von 4 Euro, längstens jedoch für 6 Wochen.

Stand: 01.08.2002

§ 10

**Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V
und § 20i Abs. 2 SGB V**

- (1) Die AOK stellt ihren Versicherten Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V und nach § 20i Abs. 2 SGB V (§ 10c) nach Maßgabe der §§ 10a bis 10o zur Verfügung. Den Versicherten werden die tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von 80 v. H. je Rechnung erstattet, soweit in den §§ 10a bis 10o nichts Abweichendes bestimmt ist. Zur Erstattung sind personalisierte Rechnungen vorzulegen. Ein Anspruch auf Mehrleistungen besteht nur für die Leistungen, die während einer bestehenden Versicherung erbracht wurden.
- (2) Näheres zu Art, Dauer und Umfang ergibt sich aus den §§ 10a bis 10o.

Stand: 19.12.2022

§ 10a
Osteopathie

- (1) Versicherte können osteopathische Leistungen maximal drei Mal im Kalenderjahr 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 zur Ausübung der Heilkunde berechtigten Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung absolviert hat.

Stand: 01.01.2021

§ 10b
Homöopathie

Die AOK erstattet die Kosten gemäß § 10 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.

§ 10c
Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der
spezifischen Prophylaxe

Die AOK übernimmt außer in den in § 20i Abs. 1 SGB V genannten Fällen die Kosten von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe oder leistet Zuschüsse nach Maßgabe der Ausführungsbestimmungen des Vorstandes, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind.

§ 10d
Gesundheits- und Vorsorgeleistungen bei
Schwangerschaft und Geburt

Die AOK übernimmt die Kosten für folgende zusätzliche Vorsorgemaßnahmen, sofern diese keine Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien sind:

- Einen Toxoplasmosetest
- Einen Test Cytomegalovirus (Herpes)
- Einen Test Parvovirus (Ringelröteln)
- Einen Triple Test
- Unterbringung einer Begleitperson im Elternzimmer, sofern sie AOK-versichert ist
- Geburtsvorbereitung für eine Begleitperson, sofern sie AOK-versichert ist
- Entspannungskurse für Schwangere
- Bewegungskurse für Schwangere
- Einen Streptokokkentest

Stand: 19.12.2022

§ 10e
Sportmedizinische Untersuchungen

- (1) Die AOK erstattet für Versicherte kalenderjährlich eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung um Hinweise auf gesundheitliche Probleme zu erhalten, um mögliche Erkrankungen zu verhüten, frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden.
- (2) Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.
- (3) Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten durchgeführt wird.

§ 10f
Zahnschutzschienen

- (1) Die AOK erstattet für Versicherte als individuellen Zahnmundschutz sogenannte Zahnschutzschienen. Sie dienen als Prävention für Risikosportarten mit erhöhtem Verletzungsrisiko zum Schutz vor Zahnbeschädigung bzw. Zahnverlust sowie Verletzung des umgebenden Gewebes.
- (2) Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragszahnärzten veranlasst wird.

Stand: 01.10.2013

**§ 10g
(Leerparagraph)**

§ 10h
Hebammenrufbereitschaft

- (1) Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt, Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die AOK Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. gemäß § 13 Abs. 4 SGB V zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. § 10 Abs. 1 Satz 2 gilt nicht.
- (2) Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 Euro einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der AOK die Rechnung der Hebamme vorzulegen.

§ 10i
Professionelle Zahnreinigung

- (1) Die AOK erstattet für Versicherte kalenderjährlich zwei professionelle Zahnreinigungen zum Erhalt der bleibenden Zähne.
- (2) Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführt wird.
- (3) Die Höhe des Erstattungsbetrags ist auf die tatsächlich entstandenen Kosten bis zu max. 40 Euro pro Zahnreinigung begrenzt. § 10 Abs.1 Satz 2 gilt nicht.

§ 10j
Schwimmschutz

- (1) Die AOK erstattet für Versicherte einen Schwimmschutz für die Ohren. Dieser Schwimmschutz soll verhindern, dass Wasser in das Ohr gelangt, welches wiederholte Entzündungen verursacht.
- (2) Voraussetzung ist, dass die medizinische Notwendigkeit von einem zugelassenen Vertragsarzt festgestellt wird.

**§ 10k
(Leerparagraph)**

Stand: 01.01.2022

§ 10I
Diabetes-Typ-1 Früherkennungsuntersuchung für Kinder
im Alter zwischen 2 und 6 Jahren

Die AOK erstattet für versicherte Kinder im Alter zwischen 2 und 6 Jahren einmal jährlich die Kosten für eine Diabetes-Typ-1 Früherkennungsuntersuchung.

Stand: 01.01.2018

§ 10m
Erweiterte Vorsorgeleistungen

Soweit bereits bestehende Risikofaktoren (z. B. Fehlernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel, Gefährdung durch Konsum von Giftstoffen, positive Familienanamnese) auf eine Schwächung der Gesundheit oder eine drohende Erkrankung hinweisen, erstattet die AOK Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres im Einzelfall über den gesetzlichen Anspruch nach § 23 SGB V hinaus gegen Vorlage spezifizierter Rechnungen unter Bezeichnung der vorliegenden Risikofaktoren für von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Ärzten durchgeführte oder veranlasste Gesundheitsuntersuchungen („Check-Up“) alle zwei Jahre die tatsächlichen Kosten in Höhe von maximal 40 EUR für eine Untersuchung. § 10 Abs. 1 Satz 2 gilt nicht.

Stand: 19.12.2022

§ 10n
Früherkennung und Frühförderung

(1) Die AOK übernimmt die Kosten im Rahmen der Frühförderung und Früherkennung für folgende Leistungen:

- PEKIP (Prager Eltern und Kind Programm)
- DELFI (Denken Entwickeln Lieben Fühlen Individuell)
- Babyschwimmen
- Babymassage.

Die tatsächlich entstandenen Kosten werden unter Geltung des § 10 Abs. 1 Satz 2 bis zu einer Höhe von 100 Euro anerkannt.

(2) Darüber hinaus übernimmt die AOK ohne Geltung des § 10 Abs. 1 Satz 2 die Kosten im Rahmen der Frühförderung und Früherkennung für folgende Leistungen:

- Einen Erste-Hilfe-Kurs bei Kindernotfällen – pro Erziehungsberechtigten - i. H. v. max. 30 EUR
- Einen Schwimmkurs Seepferdchen – pro Kind - i. H. v. max. 82 EUR
- Einen Kurs Trageberatung für Eltern und Baby - pro Erziehungsberechtigten - i. H. v. max. 80 EUR.

Stand: 19.12.2022

§ 10o
Kopforthesen

Für Versicherte bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden von der AOK die Kosten für eine Behandlung mittels Kopforthesen (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie) übernommen, sofern die Indikationsstellung und Verordnung durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung / Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgte und von diesem bestätigt wird, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder ohne die Behandlung mittels Kopforthesen Folgebehandlungen zu erwarten sind § 10 Abs. 1 Satz 2 gilt nicht.

Stand: 19.12.2022

§ 11
(leer)

Stand: 01.01.2019

§ 12

Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

- (1) Die AOK Bremen / Bremerhaven stellt Haushaltshilfe auch dann zur Verfügung, wenn

- die Weiterführung des Haushalts nachweislich aufgrund der in § 38 Abs. 1 Satz 1 SGB V (ausdrücklich eingeschlossen ist die Mitaufnahme eines haushaltsführenden Versicherten als Begleitperson eines Dritten i.S. von § 11 Abs. 3 SGB V) geregelten Situationen nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann

oder

- die Weiterführung des Haushalts nachweislich aufgrund der in § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V geregelten Situationen nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, längstens jedoch für die Dauer von 52 Wochen, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

- (2) Liegen zugleich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 38 Abs. 1 SGB V vor, gehen diese Leistungen den Leistungen nach Abs. 1 vor und sind bei der Anspruchshöchstdauer nach Abs. 1 anzurechnen.

§ 13

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 für sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter).
- (3) Kann bei einem versicherungspflichtigen oder freiwilligen Mitglied Krankengeld nicht nach § 47 Abs. 2 SGB V berechnet werden, weil eine kontinuierliche Arbeitsverrichtung oder -vergütung nicht vorliegt, wird das Krankengeld
 1. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Lohnausfall gezahlt,
 2. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung aus dem abgerechneten Entgelt des Zeitraumes berechnet, der die durchschnittlichen Verhältnisse widerspiegelt (längstens der letzten 12 Monate).

Stand: 01.01.2011

§ 14**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 unter Verwendung des dafür bereitgestellten Vordrucks. 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 Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz in Anspruch genommen werden, nach Maßgabe des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind.
- (4) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend
 - a) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 Prozent,
 - b) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4-6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 Prozent

zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag höchstens 40 Euro beträgt.

- (5) Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. Abs. 2 findet keine Anwendung. Versicherte treten im Einzelfall bei Abgabe des Arzneimittels in der Apotheke in Vorleistung. Die Erstattung erfolgt auf Antrag, jeweils nach Ablauf des Quartals, in dem das Arzneimittel bezogen wurde. Die Berechnung des Erstattungsbetrages wird wie folgt vorgenommen:

1. Die Erstattungsbeträge werden im Fall der Substitution von Arzneimitteln im Sinne des § 129 Abs. 1 Satz 3 SGB V nach folgender Einteilung um einen pauschalen Erstattungsabschlag gemindert:

Für einen Apothekenverkaufspreis (AVP) von	bis 30 EUR	> 30 – 60 EUR	> 60 – 120 EUR	> 120-240 EUR	mehr als 240 EUR
beträgt der pauschale Erstattungsabschlag zur Ablösung vertraglicher Rabatte	5 EUR (höchstens AVP)	20 EUR	40 EUR	80 EUR	160 EUR

2. Ergeben sich für die AOK ungeachtet entgangener vertraglicher Rabatte im Sinne von Ziffer 1 im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V weitere Mehrkosten, erhöht sich der Erstattungsabschlag nach Ziffer 1 entsprechend.
3. Die für das abgegebene Arzneimittel gesetzlich vorgesehene Zuzahlung sowie ein Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 % des Erstattungsbetrages werden in Abzug gebracht.
- (6) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

Stand: 01.01.2022

§ 15

Teilkostenerstattung

- (1) Die bei der AOK versicherten DO-Angestellten und Versorgungsempfänger, die von dem Wahlrecht des § 14 Abs. 2 SGB V Gebrauch gemacht haben, erhalten eine Teilkostenerstattung. Diese basiert auf den beihilfefähigen Aufwendungen nach dem jeweils geltenden Beihilferecht. An die Stelle der hiernach zu bewirkenden Leistung und des Beihilfeanspruchs nach der Dienstordnung treten die nach dem SGB V und der RVO vorgesehenen Kassenleistungen. Im Übrigen bleibt der Beihilfeanspruch insoweit erhalten, als er für freiwillig versicherte Tarifangestellte der Krankenkasse besteht, die einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V erhalten.
- (2) Mitgliedern mit Ansprüchen gem. Abs. 1 werden entsprechend der Leistungsbeschränkung 50 v. H. des um den Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V verminderten monatlichen Beitrages als Prämie ausgezahlt (§ 53 Abs. 7 und 8 SGB V).
- (3) Die Prämienzahlung wird mit dem vom DO-Angestellten/ Versorgungsempfänger zu entrichtenden monatlichen Beitrag verrechnet.
- (4) Das Mitglied ist an die Wahl des Tarifes zwei Jahre vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist).

§ 16
Empfangsberechtigung

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

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

Der Inhaber der Unterlagen hat sich auf Verlangen auszuweisen.

Stand: 01.10.2007

§ 16a
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 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.

Stand: 01.01.2022

**Vierter Abschnitt:
Weiterentwicklung in der Versorgung, Wahltarife**

**§ 17
(Leerparagraf)**

Stand: 01.01.2020

§ 17a**Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

- (1) Die AOK Bremen/Bremerhaven bietet ihren Versicherten ein Bonusprogramm, das in elektronischer Form (papierlos) oder auch in Papierform durchgeführt werden kann. Zur organisatorischen Abwicklung des Bonusprogramms werden die Versicherten gebeten, ihren Wunsch zur Teilnahme zu erklären. Dies hat lediglich deklaratorischen Charakter. Auswirkungen auf die Leistungsansprüche ergeben sich bei ausbleibender Erklärung nicht. Versicherte ab vollendetem 15. Lebensjahr erklären die Teilnahme am Bonusprogramm elektronisch nach vorheriger Registrierung und Authentifizierung in der Online-Geschäftsstelle der AOK Bremen/Bremerhaven unter Verwendung der dafür bereitgestellten technischen Applikation „AOK Bonus-App“ bzw. direkt in der Online-Geschäftsstelle der AOK Bremen/Bremerhaven, schriftlich oder in anderer Form. Die Leistungsansprüche aus dem Bonusprogramm ergeben sich nach dem Gesetz und diesen Ausführungsbestimmungen.
- (2) Versicherte, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können abweichend zu Absatz 1, ausschließlich die Papierform nutzen. Die Teilnahme kommt mit schriftlicher Einwilligung des Sorgeberechtigten zustande.
- (3) Den Teilnehmern werden Bonuspunkte gewährt, wenn sie möglichst im Kalenderjahr ihrer Teilnahme nachfolgend genannte Leistungen und Maßnahmen nach § 65a Absatz 1 SGB V in Anspruch genommen haben:
- a) je Schutzimpfung nach § 20i Abs. 1 SGB V sowie je Grundimmunisierung und empfohlener Auffrischimpfung nach § 20i Abs. 3 SGB V jeweils (300)
 - b) Gesundheitsuntersuchungen nach §§ 25, 25a und 26 SGB V, (300)
 - c) Ganzkörperuntersuchung, Haut-Check, (300)
 - d) eine empfohlene Krebsfrüherkennungsuntersuchung. (300)
- (4) Den Teilnehmern werden Bonuspunkte gewährt, wenn sie möglichst im Kalenderjahr ihrer Teilnahme nachfolgend genannte Leistungen und Maßnahmen nach § 65a Absatz 1a SGB V in Anspruch genommen haben:
- a) Zahnvorsorge nach §§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V (300)
 - b) Professionelle Zahnreinigung (300)
 - c) Mutterschaftsvorsorge-Untersuchungen je Schwangerschaft, (300)
 - d) Teilnahme an einem Nichtraucherkurs, (300)
 - e) eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung, um kardiale und orthopädische Erkrankungen zu verhüten, frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Eine ärztliche Bescheinigung durch einen zugelassenen Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ ist notwendig, (300)
 - f) aktive Teilnahme an Sonderaktionen der AOK, (300)
 - g) Ablegen eines anerkannten Sportabzeichens, (300)
 - h) eine aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, Fitnessstudio oder die aktive Teilnahme am Hochschulsport (1000)

- (5) Die Inanspruchnahme der Leistungen und Maßnahmen nach den Absätzen 3 und 4 haben die Teilnehmer in elektronischer Form oder in anderer geeigneter Weise, insbesondere durch Übersendung des ausgefüllten Bonusheftes, nachzuweisen. Nachweise sind möglichst bis zum 31.03. des Folgejahres zu übermitteln, damit die Bonuspunkte für das vergangene Kalenderjahr gutgeschrieben werden können. Es können nur Maßnahmen anerkannt werden, die den Anforderungen der Absätze 3 und 4 entsprechen und während der Zeit der Mitgliedschaft/Versicherung bei der AOK in Anspruch genommen wurden. Gesammelte Bonuspunkte können in die Folgejahre übertragen werden. Der Bonus wird den Versicherten als Geldprämie für Nachweise gemäß der Absätze 3 und 4 ausgezahlt. Eine Auszahlung ist in der elektronischen Variante jederzeit ab einem Wert von 300 Bonuspunkten möglich. In Papierform erfolgt die Auszahlung der Bonuspunkte einmal jährlich nach Ablauf des Kalenderjahres durch Vorlage des Versicherten. 100 Bonuspunkte entsprechen 1,00 Euro.
- (6) Die Teilnahme am Bonusprogramm können Versicherte jederzeit zum Ablauf des Kalenderjahres kündigen. Im Fall eines begründeten Verdachts auf missbräuchliche Nutzung, z. B. der AOK Bonus-App, insbesondere durch Manipulation technischer Schnittstellen, aufgrund falscher Angaben oder sonstiger Verstöße, sind die Teilnehmenden anzuhören und die Leistung bzw. Auszahlung gegebenenfalls zurückzufordern.
- (7) Näheres zu dem Bonusprogramm regeln die Ausführungsbestimmungen in Anlage 1 der Satzung.
- (8) Das Bonusprogramm beginnt am 01.01.2023.

Stand: 19.12.2022

§ 17b
**Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V/
Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V**

- (1) Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven können an einem Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V teilnehmen, die von der AOK Bremen/Bremerhaven 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 Bremen/Bremerhaven können weiterhin an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb der Region Bremen 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.

Stand: 01.01.2011

§ 17c
Besondere Versorgung nach § 140a SGB V/Wahltarife
nach § 53 Abs. 3 SGB V

- (1) Die AOK bietet für ihre Versicherten Wahltarife nach § 53 Abs. 3 SGB V zur besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) an.
- (2) Die Teilnahme ist freiwillig. Sie ist schriftlich oder elektronisch gegenüber der AOK zu erklären (Einschreibung). Die näheren Teilnahmebedingungen ergeben sich aus den zu den in Abs. 1 aufgeführten besonderen Versorgungsformen geschlossenen Verträgen.

Stand: 01.01.2020

§ 17d
**Hausarztzentrierte Versorgung/
Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V**

- (1) Die AOK bietet ihren Versicherten als Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V eine hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V auf der Grundlage entsprechender Versorgungsverträge an. Die Teilnahme ist freiwillig und muss schriftlich oder elektronisch gegenüber der AOK erklärt werden. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der AOK genannt ist. Die Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen der AOK ist nicht möglich. Hausärzte im Sinne dieser Satzungsregelung sind Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1a SGB V, sofern diese dem Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V beigetreten sind.
- (2) Mit der Teilnahme verpflichtet sich der Versicherte, nur den von ihm gewählten Hausarzt und ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall (Notfalldienst), von Augenärzten sowie Frauenärzten. Nicht notfallbedingte Krankenhauseinweisungen sollen ebenfalls nur in Abstimmung mit dem gewählten Hausarzt bzw. mit dem Facharzt, der per Hausarztüberweisung in Anspruch genommen worden ist, erfolgen. Der gewählte Hausarzt darf nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden.
- (3) Der Versicherte ist an die Pflichten aus Abs. 2 sowie an den gewählten Hausarzt mindestens ein Jahr gebunden. Seine Teilnahme kann er frühestens mit einer Frist von vier Wochen zum Ende des Teilnahmejahres gegenüber der AOK kündigen. Im Übrigen gilt eine Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende. Kündigt er nicht, so verlängert sich seine Teilnahme um ein weiteres Jahr. Ein Wechsel des gewählten Hausarztes ist nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, Störung des Vertrauensverhältnisses) möglich.
- (4) Die AOK kann die Teilnahme des Versicherten zum Ende eines jeden Quartals beenden oder eine Teilnahme ablehnen, wenn der Versicherte gegen seine Pflichten nach Abs. 2 verstößt, dies gilt insbesondere im Wiederholungsfall. Der Versicherte kann für Mehrkosten, die durch sein nicht vertragskonformes Verhalten entstehen, haftbar gemacht werden, z. B. bei unzulässiger direkter Inanspruchnahme von Fachärzten ohne Überweisung. Dies gilt auch, wenn ein anderer als sein gewählter Hausarzt aufgesucht wird. Pflichtwidrigkeit ist ausgeschlossen in Fällen der Vertretung bzw. bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z. B. Notfall oder Urlaub).

- (5) Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V ruht, weil sie sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der AOK in Verzug befinden oder Versicherte, die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, dürfen nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in das das Ereignis fällt.
- (6) Der Versicherte wird vor der Einschreibung durch die AOK oder den einschreibenden Hausarzt über die mit der HzV verbundenen Rechte und Pflichten aufgeklärt.
- (7) Die AOK führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die teilnehmenden Versicherten und über die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung.
- (8) Sofern Einsparungen und Effizienzsteigerungen nach § 53 Abs. 3 SGB V zu erwarten sind, erhalten teilnehmende Versicherte für die Dauer ihrer Teilnahme an der HzV eine Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung.

Stand: 01.01.2021

§ 17e

Bonus für Arbeitgeber und Versicherte bei Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 65a 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 des Vorstandes 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. Die Bonushöhe darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Gesundheitsförderung nicht übersteigen. Das Nähere dazu wird in einer Richtlinie des Vorstandes definiert. Der Bonus für den teilnehmenden Versicherten beträgt 100,00 Euro. Der Bonus kann in Folge maximal 3 Jahre gewährt werden.

§ 17f
Krankengeld-Wahltarif

(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.

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) Die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes nach § 53 Abs. 6 SGB V bedarf der Schriftform. Diese Wahlerklärung wirkt zum Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie mit der Beitrittserklärung spätestens zum Beginn der Mitgliedschaft abgegeben wird, ansonsten jeweils vom Beginn des, auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats an, es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt. Die Wahlerklärung wirkt rückwirkend ab Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis bzw. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 innerhalb der Frist nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

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

1. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Mitglieder können eine Ausprägung des Krankengeld-Wahltarifs wählen, die 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 eine Ausprägung des Krankengeld-Wahltarifs wählen, die einen Krankengeldanspruch vom 15. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG 15).

(4) Das Wahltarif-Krankengeld

1. beträgt in der Tarifaufprägung 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 Tarifaufprägung 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 im Tarif 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.

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

(5) Die Prämie beträgt für die Tarifaufprägung:

1. KG 22 0,60 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§§ 226 und 240 SGB V) maßgebend sind; für die hauptberuflich 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.

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

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 5 wird zum gleichen Zeitpunkt fällig, wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.
2. Die Prämien sind nicht während des Anspruchs auf Krankengeld (Wahltarif-Krankengeld und gesetzliches Krankengeld) zu entrichten.
3. Die Prämienzahlung endet in den Fällen der Absätze 11 Sätze 1 und 3 sowie des Abs. 12.
4. Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der fällig werdenden Prämien zu erteilen.

(7) Der Anspruch auf Wahltarif-Krankengeld ruht bzw. ist ausgeschlossen

1. sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, von diesem Zeitpunkt an bis zum Tage der vollständigen Entrichtung der rückständigen Prämien und der der AOK wegen der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten; eine Zahlung von Krankengeld innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird,
2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; wird die Mitwirkung nachgeholt, wird das Ruhen des Leistungsanspruchs rückwirkend aufgehoben,

3. nach Absatz 12 Nr. 6 ab dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird.

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,

4. sofern Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.
- (8) 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. Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. Satz 1 gilt nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden, der nach Antragstellung eingetreten ist.
 - (9) Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahltarif-Krankengeldes angerechnet.
 - (10) Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
 - (11) Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich. Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:
 1. bei Erhalt von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II,
 2. bei Erhalt von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
 3. bei Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung nach § 802c ZPO,
 4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3 a SGB V.

Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam.

Ein Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V besteht nicht.

- (12) Unabhängig von einer Kündigung endet der Krankengeld-Wahltarif
1. wenn der Versicherte nicht mehr zum Personenkreis nach Absatz 1 zählt, es sei denn, die Versicherung oder die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 ist längstens einen Monat unterbrochen oder der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 1 und 2,
 2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
 3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen,
 4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,
 5. wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des 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 sei denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,
 7. durch Tod.
- (13) 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. Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 1 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf. Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifes. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend bei rechtswirksamer Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V.
- (14) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Bremen/Bremerhaven den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit allen AOKs durch.

**§ 17g
(Leerparagraph)**

Stand: 19.12.2022

**§ 17h
(Leerparagraph)**

Stand: 01.01.2020

**§ 17i
(Leerparagraf)**

Stand: 01.01.2020

§ 17j AOK-Selbstbehalttarif

- (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-Selbstbehalttarif. 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 AOK-Selbstbehalttarif 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. 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 AOK-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 zwei Mal die fälligen Selbstbehalte trotz Hinweis auf die Folgen durch die AOK nicht entrichtet hat.
- (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. Wird die Einkommengrenze für die gewählte Tarifstufe unterschritten und dieses durch die AOK rückwirkend festgestellt, erfolgt rückwirkend ab 01.01. des Abrechnungsjahres, frühestens jedoch ab Teilnahmebeginn, eine Rückstufung in die Tarifstufe, welche dem festgestellten Einkommen entspricht.

Tarif-klasse	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 Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE-Grenze) kann in jeder AOK-Geschäftsstelle erfragt werden.**

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.

- (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.

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 § 17g dieser Satzung (Modellvorhaben „Jugendbonus“/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V) ist nicht möglich.
- (6) Der AOK-Selbstbehalttarif beginnt am 01.04.2019.“

**Fünfter Abschnitt:
Beiträge**

**§ 18
Beiträge**

- (1) Es gilt der allgemeine Beitragssatz gemäß § 241 SGB V.
- (2) Es gilt der ermäßigte Beitragssatz gemäß § 243 SGB V.

Stand: 01.01.2012

**§ 18a
Zusatzbeitrag**

Von Mitgliedern wird auf der Grundlage des § 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben. Dieser beträgt 1,6 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

Stand: 01.01.2022

§ 19

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 Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge.

Stand: 01.04.2009

§ 20
(Leerparagraf)

§ 21
Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

Laufende Beiträge, die geschuldet werden, werden entsprechend den Regelungen dieser Satzung und den Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen fällig.

Stand: 01.04.2009

**§ 21a
(Leerparagraph)**

§ 22

Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

Der Arbeitgeber hat der AOK einen Beitragsnachweis durch Datenübertragung zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Beiträge zu übermitteln.

Stand: 01.04.2009

§ 23
Vorschüsse

Die AOK kann von Arbeitgebern, die

1. innerhalb des Kassenbezirks keine feste Betriebsstätte haben oder sich nur vorübergehend im Kassenbezirk aufhalten
oder
2. a) länger als 2 Wochen mit der Beitragszahlung in Verzug sind
oder
b) sich in einem Insolvenzverfahren befinden
oder
c) sich innerhalb der letzten 12 Monate in einem Verwaltungsvollstreckungsverfahren oder in einem sonstigen Vollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben
oder
d) Zahlungsausfälle befürchten lassen
oder
3. keine Beitragsnachweise einreichen
oder
4. einen längeren Entgeltabrechnungszeitraum als einen Monat haben und nicht mindestens monatliche Abschläge auf die Arbeitsentgelte leisten,

Vorschüsse in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat fordern. Dabei ist eine Frist von mindestens 3 Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

Stand: 01.07.2004

§ 23a
(Leerparagraph)

**Sechster Abschnitt:
Widerspruchsstelle**

**§ 24
Widerspruchsausschuss**

- (1) Bei der AOK Bremen/Bremerhaven, Bürgermeister-Smidt-Straße 95, 28195 Bremen, wird als Widerspruchsstelle nach § 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG ein Widerspruchsausschuss eingerichtet. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses und ihre Stellvertreter werden vom Verwaltungsrat bestellt.
- (2) Dem Widerspruchsausschuss gehören als Mitglieder je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber des Verwaltungsrates sowie der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter mit beratender Stimme an. Zu Mitgliedern des Widerspruchsausschusses können auch Stellvertreter von Mitgliedern des Verwaltungsrates bestellt werden. Für jedes Mitglied sind je 4 Stellvertreter zu bestimmen. Der Widerspruchsausschuss nimmt seine Aufgaben in der Besetzung mit je zwei Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber des Verwaltungsrates mit der Maßgabe wahr, dass nach dem Rotationsprinzip eine gleichmäßige Heranziehung sowohl der Mitglieder des Widerspruchsausschusses als auch ihrer jeweiligen Stellvertreter stattfindet.
- (3) Der Widerspruchsausschuss entscheidet über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist. Näheres über die Führung der Verwaltungsgeschäfte bestimmt der Vorstand in Richtlinien (§ 36 a i. V. m. § 35 Abs. 2 und § 35 a Abs. 1 Satz 3 SGB IV).
- (4) Der Widerspruchsausschuss nimmt zugleich Aufgaben der Einspruchsstelle nach den §§ 112 Abs. 2 SGB IV, 69 OWiG wahr.
- (5) Für Mitglieder des Widerspruchsausschusses, die der Selbstverwaltung angehören, gelten u. a. die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes, Amtsverlust, Amtsdauer, Beratung, Beschlussfassung, Haftung und Entschädigung entsprechend.

**Siebter Abschnitt:
Organe**

**§ 25
Organe der AOK**

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

§ 26

Verwaltungsrat und seine Mitglieder

- (1) Der Verwaltungsrat der AOK besteht aus je 10 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber (§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).
- (2) Die Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz jährlich zum 1. Januar.
- (3) Für die Stellvertretung der Verwaltungsratsmitglieder gilt persönliche Stellvertretung (§ 43 Abs. 2 Sätze 1 u. 3 i. V. m. § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB IV).

§ 27**Aufgaben des Verwaltungsrates**

- (1) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK sowie in den übrigen durch Gesetz und sonstiges maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, § 33 Abs. 1 SGB IV). Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 a und 1 b SGB V).
- (2) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:
1. Grundsatzentscheidungen der sozial- und unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK in gesundheits- und sozialpolitischen und strategischen Fragen,
 2. Wahl des Vorstandes und Beauftragung eines leitenden Beschäftigten der AOK mit dessen Stellvertretung,
 3. Vereinbarung von strategischen Zielen der Sozial- und Unternehmenspolitik mit dem Vorstand innerhalb der Grenzen der Grundsatzentscheidungen,
 4. Überwachung des Vorstandes u. a. durch Entgegennahme der Berichte des Vorstandes über die Umsetzung von Grundsatzentscheidungen, die finanzielle Situation und Entwicklung sowie die Erreichung der Jahresziele (§ 197 Abs. 1 Nr. 1a SGB V, § 35 a Abs. 2 SGB IV),
 5. Bestellung eines externen Prüfers für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV, § 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V) und Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung.
 6. Feststellung des Haushaltsplanes (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
 7. Beschluss über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
 8. Beschluss über die Auflösung der AOK oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen (§ 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
 9. Aufstellung und Änderung der Satzung,
 10. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat,
 11. die Wahrnehmung von Aufgaben in anderen, durch Gesetz oder maßgebendes Recht bestimmten Fällen.

- (3) Bei Satzungsänderungen ist der Verwaltungsrat nur beschlussfähig, wenn zwei Drittel der Mitglieder, aus denen sich der Verwaltungsrat zusammensetzt, anwesend und stimmberechtigt sind. Beschlüsse über die Änderung der Satzung bedürfen der einfachen Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder. Im übrigen gilt § 64 SGB IV.
- (4) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen über:
1. Änderung der Satzung und der Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben.
 2. Änderungen der Satzung und der Dienstordnung, sowie Änderungen von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhaltes zur Beseitigung offenkundiger Unrichtigkeiten handelt,
 3. Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden,
 4. Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen oder besonders eilbedürftig sind. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, stellen die Verwaltungsratsvorsitzenden gemeinsam fest.

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 der schriftlichen Abstimmung Stimmgleichheit, so wird über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates beraten und abgestimmt. Kommt auch bei der zweiten Abstimmung keine Mehrheit zustande, so gilt der Antrag als abgelehnt.

- (5) Zur Aufgabenwahrung finden jährlich mindestens vier Sitzungen des Verwaltungsrates statt; der Vorsitzende des Verwaltungsrates beruft zu den Sitzungen ein. Er soll hierbei im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden handeln. Darüber hinaus kann der Vorsitzende des Verwaltungsrates im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates bei Bedarf weitere Sitzungen einberufen, insbesondere wenn
1. mindestens ein Drittel der Verwaltungsratsmitglieder oder
 2. der Vorstand dieses beantragt oder
 3. die Aufsichtsbehörde es verlangt.

Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

- (6) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere:
1. Die Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht verstoßen (§ 38 SGB IV),
 2. die Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei der Ergänzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB IV),
 3. Anzeige und Benachrichtigung über das Ergebnis der Wahl und über Änderungen in der Zusammensetzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 3 SGB IV).

**§ 28
Vorstand**

- (1) Der Vorstand besteht aus einem Mitglied. Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahre, Wiederwahl ist möglich.
- (2) Der Vorstand führt die Geschäfte der AOK, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen.
- (3) Der Vorstand handelt unter Berücksichtigung der vom Verwaltungsrat bestimmten Grundsatzentscheidungen und trifft alle zu ihrer Realisierung erforderlichen Entscheidungen.
- (4) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:
 1. Die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Aufgaben in der Unternehmenspolitik und -strategie, der Sozial- und Gesundheitspolitik,
 2. Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über
 - a) Umsetzung von Grundsatzentscheidungen,
 - b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
 - c) die Einhaltung der Jahresziele,
 3. Aufstellung von Richtlinien für den Vorstand,
 4. Bericht gegenüber den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen,
 5. sonstige Aufgaben, die durch Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht dem Vorstand zugewiesen sind.

Stand: 01.07.2013

§ 29
Vertretung der AOK

- (1) Der Vorstand vertritt die AOK unbeschadet des Absatzes 2 gerichtlich und außergerichtlich.
- (2) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK gegenüber dem Vorstand (§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Das Vertretungsrecht wird durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates gemeinsam ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

§ 30

Versichertenälteste, Vertrauensleute

- (1) Von den Vertretern der Versicherten im Verwaltungsrat können Versichertenälteste und von den Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat können Vertrauensleute gewählt werden (§ 39 Abs. 2 Nrn. 2 und 3 SGB IV). Für jeden dieser Gewählten ist ein Stellvertreter zur Vertretung im Falle der Verhinderung zu wählen. Der Stellvertreter rückt bei Ausscheiden des Versichertenältesten oder des Vertrauensmannes im Amt nach. Für die Amtsdauer gilt § 58 Abs. 2 SGB IV entsprechend.
- (2) Versichertenälteste können gewählt werden für Betriebe.
- (3) Die Versichertenältesten haben insbesondere die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung mit den Versicherten und den Anspruchsberechtigten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen (§ 39 Abs. 3 Satz 1 SGB IV).
- (4) Vertrauensleute können gewählt werden für Gruppen von Arbeitgebern.
- (5) Die Vertrauensleute haben insbesondere die Aufgabe, die Interessen der AOK in den Betrieben wahrzunehmen und die Arbeitgeber in Fragen der Krankenversicherung zu beraten.

§ 31

Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten oder andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, die Rechte und Pflichten eines Mitgliedes des Verwaltungsrates (§ 40 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB IV).
- (2) Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten Entschädigungen und Erstattungen nach der als Anlage 1 beigefügten Regelung (§ 41 SGB IV).
- (3) Die Mitglieder des Verwaltungsrates haften nach Maßgabe des § 42 SGB IV.

**Achter Abschnitt:
Verwaltung der Mittel**

**§ 32
Rücklage**

Die Rücklage beträgt 20 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Zwecke.

§ 33

**Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
Abnahme der Jahresrechnung**

- (1) Der Verwaltungsrat bildet einen Rechnungsprüfungsausschuss. Er ist befugt, sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen sowie die Vermögensbestände zu prüfen. Er kann einzelne Mitglieder hiermit beauftragen.
- (2) Der vom Vorstand bestimmte Prüfungsausschuss hat die AOK mindestens zweimal im Jahr unvermutet zu prüfen. Der Vorstand kann sich anstelle des Prüfungsausschusses eines Revisors bedienen, soweit dieser nicht an den Verwaltungsgeschäften beteiligt ist. Die Prüfung erstreckt sich auch darauf, ob das Vermögen vorschriftsmäßig angelegt ist und wie die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden.
- (3) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt; der Vorstand veranlasst eine interne Rechnungsprüfung (§ 77 Abs. 1 SGB IV, § 31 SVHV).
- (4) Der Verwaltungsrat bestellt den externen Prüfer für die Jahresrechnung (§ 31 SVHV). Die Abnahme der Jahresrechnung erfolgt durch den Verwaltungsrat.

Stand: 01.04.2009

**Neunter Abschnitt:
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung
(Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG)**

**§ 34
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen
für Entgeltfortzahlung**

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

Stand: 01.01.2006

**Zehnter Abschnitt:
Bekanntmachungen und In-Kraft-Treten**

**§ 35
Bekanntmachungen/Veröffentlichungen**

- (1) Bekanntmachungen sind in den Geschäftsräumen der AOK für mindestens 1 Woche öffentlich auszuhängen; die Veröffentlichung der Satzung gilt mit dem Tage des Anheftens der Satzung als vollzogen. Über Veröffentlichungen in Tageszeitungen, welche die amtlichen Bekanntmachungen enthalten, entscheidet der Vorstand.
- (2) Die AOK veröffentlicht nach § 305b SGB V zum 30. November eines Jahres ihre Jahresrechnungsergebnisse für das Vorjahr im elektronischen Bundesanzeiger und auf der eigenen Internetpräsenz (www.aok.de/bremen). Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 in der Kundenzeitschrift „Bleibgesund“ der AOK veröffentlicht.

§ 36
In-Kraft-Treten

Die Satzung tritt am 01.01.2002 in Kraft.

Mit dem Tag des In-Kraft-Tretens dieser Satzung verliert die Satzung vom 19.03.1991 in der Fassung der 20. Änderung vom 12.03.2001 ihre Geltung.

Der Verwaltungsrat hat die vorstehende Fassung der Satzung in seiner Sitzung vom 03.12.2001 beschlossen.

Der Verwaltungsrat
der AOK Bremen/Bremerhaven

Otto Brauch
Vorsitzender

Der Vorstand
der AOK Bremen/Bremerhaven

Norbert Kaufhold
Vorsitzender

Anhang zur Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven

(Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem
Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG)

**Erster Abschnitt:
Maßgebende Rechtsnormen**

§ 1

Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und Bestimmungen der Satzung der AOK entsprechende Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

**Zweiter Abschnitt:
Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber**

**§ 2
Beteiligte Arbeitgeber**

- (1) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) nehmen Arbeitgeber teil, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen. Bei der Berechnung der Gesamtzahl der beschäftigten Arbeitnehmer bleiben
 - die zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten,
 - Hausgewerbetreibende (§ 12 SGB IV) und schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IXaußer Ansatz. Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die wöchentlich regelmäßig nicht mehr als 10 Stunden zu leisten haben, werden mit 0,25, diejenigen, die nicht mehr als 20 Stunden zu leisten haben, mit 0,5 und diejenigen, die nicht mehr als 30 Stunden zu leisten haben, mit 0,75 angesetzt.
- (2) Am Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) nehmen alle Arbeitgeber teil.
- (3) Nicht an dem Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 AAG (U1-Verfahren) beteiligt sind die in § 11 Abs. 1 AAG genannten Personen, Einrichtungen und Verbände.
- (4) Nicht an dem Ausgleichsverfahren nach § 1 Abs. 1 (U1-Verfahren) und Abs. 2 AAG (U2-Verfahren) beteiligt sind die in § 11 Abs. 2 AAG genannten Personen, Dienststellen und Einrichtungen.

**Dritter Abschnitt:
Erstattungsanspruch, Vorschüsse an
Arbeitgeber**

**§ 3
Erstattungen**

(1) Die AOK erstattet

1. den nach § 1 Abs. 1 AAG ausgleichsberechtigten Arbeitgebern 60 v. H. des nach den in den § 3 Abs. 1 und 2 und in § 9 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG) bezeichneten Zeitraumes an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgeltes und der nach § 12 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz (BbiG) an Auszubildende fortgezahlten Vergütung, wobei die Aufwendungen höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden.
2. den Arbeitgebern nach § 1 Abs. 2 AAG für Aufwendungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft
 - a) 100 v. H. des vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld
 - b) 100 v. H. des vom Arbeitgeber bei Beschäftigungsverboten nach § 11 Mutterschutzgesetz gezahlten Arbeitsentgelts und
 - c) zusätzlich zu den in Buchstabe b) genannten Erstattungen, die darauf entfallenden Arbeitgeberanteile der Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V, § 61 SGB XI und § 172a SGB VI.

- (2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der in Abs. 1 Nr. 1 aufgeführte Erstattungssatz auf 50 v. H. ermäßigt oder auf 70 v. H. erhöht. An seinen Antrag ist der Arbeitgeber für ein Kalenderjahr gebunden.

§ 4
Abgeltung der Arbeitgeberanteile
an den Sozialversicherungsbeiträgen

Mit den in § 3 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 genannten Erstattungssätzen sind auch die auf die erstattungsfähigen Aufwendungen entfallenden Arbeitgeberanteile der Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie die Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V, § 61 SGB XI und § 172a SGB VI abgegolten.

§ 5
Vorschüsse an ausgleichsberechtigte
Arbeitgeber

Dem Arbeitgeber können auf Antrag angemessene Vorschüsse für die Erfüllung einer Verpflichtung nach den in § 3 genannten Rechtsgrundlagen gewährt werden.

Über die Gewährung von Vorschüssen kann der Vorstand Richtlinien erlassen.

**Vierter Abschnitt
Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage, Vorschüsse**

**§ 6
Aufbringung der Mittel, Umlage**

- (1) Die Mittel zur Durchführung der Ausgleichsverfahren U1 und U2 werden jeweils durch gesonderte Umlagen, die die erforderlichen Verwaltungskosten angemessen berücksichtigen, von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.
- (2) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (§ 3 Abs. 1 Nr. 1) beträgt 2,6 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.
- (3) Die ermäßigte Umlage nach § 3 Abs. 2 Satz 1 beträgt 2,1 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG. Die erhöhte Umlage nach § 3 Abs. 2 Satz 1 beträgt 3,8 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.
- (4) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Abs. 1 Nr. 2) beträgt 0,6 v. H.
- (5) Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für Beiträge für krankenversicherungspflichtig Beschäftigte geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin fällig.

Stand: 01.10.2022

§ 7
Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern

Die AOK kann von umlagepflichtigen Arbeitgebern den Regelungen in Angelegenheiten der Krankenversicherung entsprechende Vorschüsse verlangen.

**Fünfter Abschnitt:
Verwaltung der Mittel**

**§ 8
Verwaltung der Mittel**

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

- (2) Es werden getrennte Betriebsmittel gebildet
 1. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit, U1-Verfahren (§ 3 Abs. 1 Nr. 1),
 2. für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft und Schwangerschaft, U2-Verfahren (§ 3 Abs. 1 Nr. 2).

Die Betriebsmittel dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen.

- (3) Für den Haushaltsplan und die Jahresrechnung gelten die Bestimmungen der Satzung der AOK entsprechend.

**Sechster Abschnitt:
Verwaltungsrat**

**§ 9
Verwaltungsrat**

- (1) In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.
- (2) Im Verwaltungsrat übt in Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nach dem AAG jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates gewählt worden ist.
- (3) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat wählen aus ihrer Mitte einen stellvertretenden Vorsitzenden.

**Siebter Abschnitt:
Widerspruchsstellen**

**§ 10
Widerspruchsstelle, Einspruchsstelle**

Die Bestimmungen der Satzung über Besetzung, Aufgaben und Befugnisse der Widerspruchsstelle und Einspruchsstelle gelten mit der Maßgabe, dass in Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgebereaufwendungen nach dem AAG im Widerspruchsausschuss nur Vertreter der Arbeitgeber mitwirken.

Achter Abschnitt:

**§ 11
In-Kraft-Treten**

Dieser Anhang zur Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven tritt am 01. Januar 2006 in Kraft.

Der Verwaltungsrat der Ausgleichskasse
der AOK Bremen/Bremerhaven

Heiner Bögemann
Vorsitzender

Der Vorstand der Ausgleichskasse
Der AOK Bremen/Bremerhaven

Norbert Kaufhold
Vorsitzender

Anlage 1 zur Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven

(Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates der AOK Bremen/Bremerhaven, § 31 Abs. 2 der Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven)

§ 1

Erstattung der baren Auslagen

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates oder ihre Stellvertreter erhalten Tage- und Übernachtungsgeld als Entschädigung für ihre baren Auslagen nach den Vorschriften des Bremischen Reisekostengesetzes. Für die Teilnahme an einer Sitzung am Wohnort wird als Ersatz der baren Auslagen Tagegeld in gleicher Höhe gezahlt.
- (2) Die Fahrkostenerstattung für die Mitglieder der Selbstverwaltung der AOK Bremen/Bremerhaven erfolgt entsprechend den Vorschriften des Bremischen Reisekostengesetzes.
- (3) Bei der Inanspruchnahme eines Kraftfahrers durch das Organmitglied werden in entsprechender Anwendung der Absätze 1 und 2 für den Fahrer Tagegeld und Übernachtungsgeld nach den Vorschriften des Bremischen Reisekostengesetzes gezahlt, wenn dem Organmitglied die Führung eines Kraftfahrzeuges durch eine körperliche Behinderung erschwert oder nicht möglich ist.

§ 2**Ersatz des Arbeitsverdienstes**

Die Mitglieder des Selbstverwaltungsorgans erhalten den tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge nach § 163 Abs. 3 und 4 SGB VI erstattet. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens ein Fünfundsiebzigstel der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Sozialgesetzbuches IV). Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaussfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ein Drittel des in Satz 2 genannten Höchstbetrages zu ersetzen. Der Verdienstaussfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen.

§ 3

Pauschbetrag für Zeitaufwand

- (1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates oder ihre Stellvertreter erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung als Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Abs. 3 Satz 1 des Sozialgesetzbuches IV) 79 Euro. Den Pauschbetrag erhalten sie auch bei Teilnahme an Verhandlungen mit Dritten, wenn sie auf Beschluss des jeweiligen Organs daran teilnehmen. Virtuelle oder hybride Beratungen, denen eine schriftliche Abstimmung folgt, sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten.
- (2) Die Vorsitzenden von Ausschüssen erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand nach Abs. 1; dies gilt nicht für Ausschusssitzungen unter Vorsitz des Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates.

§ 4
Gruppenvorbesprechungen und
Ausschusssitzungen des Verwaltungsrates

Für Gruppenvorbesprechungen, in denen die auf der Tagesordnung der Sitzung des Verwaltungsrates stehenden Fragen behandelt werden und die einen oder mehrere Tage vor der Sitzung des Verwaltungsrates stattfinden sowie für Ausschusssitzungen gelten die Vorschriften dieser Entschädigungsregelung sinngemäß.

§ 5
Entschädigung für den Verwaltungsratsvorsitzenden
und seinen Stellvertreter

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates und sein Stellvertreter erhalten zur Abgeltung der Auslagen für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen (§ 41 Abs. 1 Satz 2 des Sozialgesetzbuches IV) einen Pauschbetrag von je 68 Euro monatlich und für ihren Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen (§ 41 Abs. 3 Satz 2 des Sozialgesetzbuches IV) einen Pauschbetrag von je 553 Euro monatlich. Der Vorsitzende oder sein Stellvertreter erhalten für jeden Monat, in dem sie an einer Sitzung außerhalb des Verwaltungsrates in gesetzlich vorgesehenen Gremien teilnehmen, einen Pauschalbetrag für Zeitaufwand für die außergewöhnliche Inanspruchnahme außerhalb von Sitzungen gem. § 3 Abs. 1.

Stand: 01.01.2022

§ 6
Schlussvorschriften

- (1) Unabhängig von der Zahl der Sitzungen wird pro Tag nur ein Sitzungsgeld gezahlt, und zwar auch dann, wenn an einem Tag je eine Sitzung oder auch mehrere von Krankenkassen- und Pflegekassenorganen stattfindet.
- (2) Den Vorsitzenden des Verwaltungsrates der Pflegekasse wird neben der Vorsitzendenpauschale für ihre entsprechende Krankenkassentätigkeit keine zusätzliche Vorsitzendenpauschale gewährt.

§ 7
In-Kraft-Treten

Diese Entschädigungsregelung tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Anlage 2 zur Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven

(Ausführungsbestimmungen zum Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und 2 SGB V unter der Bezeichnung „Jugendbonus“/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V, § 17g der Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven)

Präambel

Prävention und Gesundheitsförderung sind wirksame Strategien, um der Entstehung von Krankheiten vorzubeugen. Aufgabe der Krankenversicherung ist es gemäß § 1 SGB V auch, die Gesundheit zu erhalten und damit die Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Versicherten nachhaltig zu verbessern.

Durch ein Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und 2 SGB V erprobt die AOK Bremen/Bremerhaven unter der Bezeichnung „*Jugendbonus*“ neuartige optimierte Geschäftsprozesse und verbesserte Informationsleistungen, die auf die spezifischen Anforderungen Versicherter im Alter von 15 bis 30 Jahren zugeschnitten sind und der frühzeitigen Heranführung an Informations- und Präventionsangebote dienen. Ziel ist es, bereits in dieser Altersgruppe durch eine optimierte Kommunikation verbunden mit Anreizen das Vorsorgeverhalten nachhaltig zu verbessern und eine gesundheitsorientierte Lebensweise zu stärken, um so zugleich Grundlagen für das spätere Vorsorgeverhalten zu legen. Um Versicherte dieser Altersgruppe anzusprechen, werden im Rahmen dieses Modellvorhabens gezielt moderne internetgestützte Kommunikationsmittel und -wege zum Dialog mit der Zielgruppe genutzt, um die Informationen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig auszutauschen. Darüber hinaus dient das Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Leistungserbringung durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Für Versicherte, die an dieser besonderen Versorgungsform nach § 63 SGB V teilnehmen, wird ein Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V angeboten.

Mit den vorliegenden Ausführungsbestimmungen, welche Bestandteil gemäß § 17 g der Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven sind, wird das Nähere zu den Teilnahmebedingungen und den Einzelheiten der Durchführung des Modellvorhabens sowie den Voraussetzungen der Anerkennung von Aktivitäten für eine Bonifizierung in Form von Prämien geregelt. Der Vorstand beschließt über Anpassungen dieser Ausführungsbestimmungen, soweit dies dem Sinn und der Eigenart des Modellvorhabens entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit des Modellvorhabens verbessert oder aus sonstigen Gründen zu seiner Durchführung erforderlich ist.

1. Teilnahme

1.1 Teilnehmerkreis

Teilnahmeberechtigt am „*Jugendbonus*“ sind alle Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven, die zum Teilnahmebeginn zwischen 15 und 30 Jahre alt sind.

1.2 Erklärung der Teilnahme

Die Erklärung ihrer Teilnahme übermitteln die teilnahmeberechtigten Versicherten mit den von der AOK Bremen/Bremerhaven zur Verfügung gestellten technischen Applikationen (App) bzw. über die Online-Geschäftsstelle. Bestandteile sind:

- Angaben zum Teilnehmer (Name, Vorname, Geburtsdatum, Kassen-Nummer, KV-Nummer, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse)
- eine gesonderte Datenschutzerklärung
- Zustimmung zu den Nutzungsbedingungen
- Zustimmung zur Mitwirkung an der wissenschaftlichen Begleitung des Modellvorhabens

Da der „*Jugendbonus*“ hinsichtlich dieser Zielgruppe spezifisch ausgerichtet ist und neue Kommunikationsansätze enthält, erfolgt die vollständige Abwicklung digital über Internet/App.

Voraussetzung hierfür ist, dass sich der Versicherte im Vorfeld für die Online-Geschäftsstelle der AOK Bremen/Bremerhaven angemeldet und authentifiziert hat.

1.3 Beginn der Teilnahme

Die Teilnahme beginnt frühestens mit dem Beginn der Versicherung und der aktiven Mitwirkung an der wissenschaftlichen Begleitung (vgl. 3.3).

1.4 Beendigung der Teilnahme

Die Teilnahme endet

- mit Beendigung der Versicherung bei der AOK Bremen/Bremerhaven,
- mit Ablauf des Monats, in welchem die Kündigung des Modellvorhabens schriftlich oder elektronisch bei der AOK eingegangen ist,
- bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen und
- mit dem Ende des Modellvorhabens.

Im Falle nachgewiesener missbräuchlicher Nutzung des Modellvorhabens „*Jugendbonus*“ bzw. der zur Verfügung stehenden Abwicklungsprozesse, insbesondere durch Manipulation aufgrund falscher Angaben oder Sammlung von Boni unter Verstoß gegen die Teilnahmebedingungen, können Teilnehmer von der weiteren Teilnahme am Modellvorhaben mit sofortiger Wirkung ausgeschlossen werden. Bereits erworbene Bonusansprüche entfallen und geleistete Boni können vom Versicherten zurückgefordert werden. Wurde ein Teilnehmer vom *Jugendbonus* ausgeschlossen, gilt er im Falle einer erneuten Anmeldung als nicht teilnahmeberechtigt.

Nach Beendigung der Teilnahme können keine Aktivitäten mehr als Nachweis angerechnet werden. Das Einlösen von Prämien setzt eine bestehende Versicherung bei der AOK Bremen/Bremerhaven voraus.

1.5 Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V

Für die Dauer ihrer Teilnahme am Modellvorhaben „Jugendbonus“ wird den Versicherten ein Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V angeboten. Die Erklärung zur Teilnahme an diesem Modellvorhaben gilt zugleich als Erklärung zur Wahl dieses Tarifes, es sei denn, Versicherte widersprechen dem ausdrücklich.

Mit der Beendigung der Teilnahme am Modellvorhaben endet auch die Teilnahme am Wahltarif.

2. Gegenstand

2.1 Bonifizierung

Teilnehmende Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven können für ihr im Rahmen des Modellvorhabens „Jugendbonus“ nachgewiesenes gesundheitliches Vorsorgeverhalten eine Bonifizierung in Form einer Prämie von bis zu 130,00 Euro pro Kalenderjahr der Teilnahme erhalten. Voraussetzung für die Bonifizierung ist die Bereitschaft zur Mitwirkung an neuen internetbasierten Kommunikations- und Verwaltungsabläufen sowie der erfolgreiche Nachweis von Aktivitäten, welche aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse ein positives Vorsorgeverhalten belegen. Das positive Vorsorgeverhalten wird durch den Nachweis von in diesen Ausführungsbestimmungen genannten Aktivitäten belegt. Geeignet hierfür sind insbesondere Aktivitäten aus den Feldern Vorsorge- und Früherkennung nach § 25 SGB V, Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V, empfohlene Impfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V im Sinne der Ständigen Impfkommission (STIKO). Weiterhin sind zielgruppengerechte Aktivitäten zum Nachweis dann geeignet, wenn sie einen unmittelbaren Vorteil für die körperliche und seelische Gesundheit bieten. Hierzu gehören auch die Steigerung der körperlichen und geistigen Fitness sowie der Lebensbewältigungskompetenzen des Versicherten.

Zur Bonifizierung können auch Einzelaktivitäten führen, die vom Vorstand festgelegt und im Rahmen bestimmter Aktionszeiträume durchgeführt werden. Über den Zeitpunkt sowie Art und Nachweis der Aktivitäten werden die Teilnehmer rechtzeitig elektronisch informiert.

Folgende Aktionen können insbesondere darunter fallen:

- Bundesweite Kampagnen zum Thema Gesundheit
- Landesweite Kampagnen zum Thema Gesundheit
- AOK-Aktionen (z. B. mit dem Rad zur Arbeit)
- Weltgesundheitstag
- Großereignisse in Deutschland (z. B. gesonderte Aktivitäten im Rahmen von Welt- und Europameisterschaften von gängigen Sportarten)
- und andere AOK-Aktionen

Der Vorstand kann für definierte Aktionszeiträume die Prämienwerte je Aktion erhöhen. Dabei darf der maximale jährliche Prämienbetrag nicht überschritten werden.

2.2 Zur Bonifizierung geeignete Aktivitäten

Die Anerkennung von Aktivitäten erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der AOK Bremen/Bremerhaven, welche sich allein nach Maßgabe der Gesetze und der Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven richtet. Art und Form des Nachweises werden im Anhang näher geregelt. Für eventuelle Gebühren, die für das Ausstellen einer ärztlichen Bescheinigung o. Ä. entstehen können, übernimmt die AOK Bremen/Bremerhaven keine Kosten.

Die nachfolgend näher dargestellten Aktivitäten dienen einem nachhaltigen Vorsorgeverhalten und sind daher als Nachweis für eine Bonifizierung geeignet:

2.2.1 Zahnvorsorge

Nach § 22 SGB V können sich Versicherte regelmäßig beim Zahnarzt untersuchen lassen.

2.2.2 Professionelle Zahnreinigung

Durch gezielte Vorsorge können heute Zähne bis ins hohe Alter erhalten bleiben. Hierfür sind gute Mundhygiene und gesunde Ernährung wichtige Voraussetzungen. Mit der professionellen Zahnreinigung kann darüber hinaus eine zusätzliche Intensivreinigung beim Zahnarzt durchgeführt werden.

2.2.3 Zahnversiegelung

Durch die Versiegelung der Zahnoberflächen, der Fissuren und der Grübchen erhalten die Zähne für viele Jahre einen wirksamen Schutz gegen Karies. Die Fissurenversiegelung ist aus zahnmedizinischer Sicht auch für die übrigen Zähne mit zerklüfteten Oberflächen empfehlenswert. Der Zahnarzt entscheidet bei einer Untersuchung, ob eine Versiegelung von Fissuren angezeigt ist und wann eine Behandlung erfolgen sollte, da in bestimmten Fällen auch für Erwachsene eine Fissurenversiegelung sinnvoll sein kann.

2.2.4 Früherkennungsuntersuchung für Jugendliche (J2)

Im Rahmen des Vertrags zur Durchführung und Abrechnung von zusätzlichen Vorsorge-/Früherkennungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche gemäß § 73c SGB V kann die Früherkennungsuntersuchung für Jugendliche (J2) in Anspruch genommen werden.

2.2.5 Krebsvorsorgeuntersuchung für Frauen

Frauen haben gemäß § 25 Abs. 2 SGB V ab dem Alter von 20 Jahren einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

2.2.6 Vorsorge während der Schwangerschaft

Früherkennung beginnt nicht erst im Säuglingsalter. Während der Schwangerschaft kann die werdende Mutter eine Vielzahl von Untersuchungen und Tests vornehmen lassen.

2.2.7 Hautcheck

Den Hautcheck können Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven ab dem 16. Lebensjahr einmal jährlich bei Vertragsärzten in Anspruch nehmen.

2.2.8 Impfungen

Ärztlich nachgewiesene Impfungen, die im Sinne der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden. Eine Impfung bezeichnet dabei auch mehrere Arztbesuche, falls dies zum Aufbau einer vollständigen Immunisierung notwendig ist. Auch Mehrfachimpfungen, die in einer Behandlung verabreicht werden (z. B. Masern-Mumps-Röteln-Impfung), zählen als eine Impfung.

2.2.9 Präventionskurse

Die AOK bietet ihren Versicherten vielfältige Gesundheitskurse nach § 20 SGB V in den Segmenten Bewegung (z. B. Nordic Walking, Fit & Relaxed, Pilates), Ernährung (z. B. Abnehmen ohne Krampf), Entspannung (z. B. Yoga, Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Qigong, Tai Chi), Stressmanagement und Raucherentwöhnung an, die von der AOK in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Experten und Fachkräften konzipiert wurden und von ihnen durchgeführt werden.

Die Teilnahme ist als Nachweis geeignet, wenn der Versicherte an mehr als 80% der angesetzten Termine mitgewirkt hat.

2.2.10 Online-Kurse

Neben dem Kursprogramm haben die Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven die Möglichkeit, über Internet-Dialog-Programme Kurse mit Schwerpunkt Bewegung, Ernährung, Nichtrauchen oder Entspannung zu belegen. Dies sind folgende Kurse:

- Bewegung: Laufend in Form
- Ernährung: Abnehmen mit Genuss
- Nichtrauchen: Ich werde Nichtraucher
- Entspannung: Stress im Griff

2.2.11 Kochkurs

Nur wer sich ausgewogen ernährt, bleibt langfristig gesund, beweglich und geistig fit. Versicherte können ihre Teilnahme an einem Kochkurs zur ausgewogenen Ernährung nachweisen.

2.2.12 Sportabzeichen

Versicherte können ein deutsches Sportabzeichen des Deutschen Olympischen Sportbundes und seiner Mitgliedsorganisationen, welches nach Maßgabe des § 20 Abs. 1 SGB V qualitätsgesichert ist (z. B. allgemeines Sportabzeichen, Schwimmen, Laufen/Walken) nachweisen.

2.2.13 Mitgliedschaft in einem Sportverein/Fitnessstudio/Hochschulsport

Versicherte können sich regelmäßig sportlich im Sportverein, Fitnessstudio oder am Hochschulsport betätigen.

2.2.14 App-unterstützte und selbstbestätigte Sportaktivitäten

Versicherte können außerhalb oder ergänzend zu den im Punkt 2.2.1.13 genannten Einrichtungen sportlich aktiv sein (z. B. regelmäßiges Jogging, Walking, Schwimmen, Radfahren, Mountainbiking). Ein zur App vergleichbarer Nachweis ist möglich.

2.2.15 Soziales, ehrenamtliches Engagement

Versicherte können ihr soziales, ehrenamtliches Engagement (z.B. Mitarbeit in einem Heim, Hospiz, Krankenhaus, THW, Deutsches Rotes Kreuz, Malteser, etc.) in öffentlichen oder sozialen Einrichtungen nachweisen.

2.2.16 Aktivitäten zum Start ins Berufsleben

Durch eine „aktiv-lösungsorientierte“ und „sozial ausgewogene“ Lebensweise wird die Ausbildung eines gesunden Selbstkonzepts gestärkt. Dies kann z. B. durch die Teilnahme am Bewerbungstraining der AOK Bremen/Bremerhaven, Fit für die Prüfung sowie Jobstart, nachgewiesen werden.

2.2.17 Fahrsicherheitstraining

Versicherte können die Teilnahme an einem Fahrsicherheitstraining (Kraftfahrzeuge) unter Zugrundelegung der Richtlinien des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR-Richtlinien) nachweisen.

2.2.18 Erste-Hilfe-Kurs

Versicherte können einen qualitätsgesicherten Erste-Hilfe-Kurs (auch: Verhütung von Kinderunfällen/Erste Hilfe am Kind) oder einen Kurs zu Lebensrettenden Sofortmaßnahmen am Unfallort unter Zugrundelegung der Standards der Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe (BAGEH) nachweisen.

2.2.19 Organspende

Den meisten Menschen fällt es nicht leicht, sich für oder gegen eine Organspende am Ende des Lebens zu entscheiden. Durch das Transplantationsgesetz wurde klargestellt, dass es jeder Bürgerin und jedem Bürger ermöglicht werden soll, eine informierte und unabhängige Entscheidung zu treffen. Die Krankenkassen haben die gesetzliche Aufgabe, ihre Versicherten über die Thematik zur Organspende zu informieren, zu beraten und aufzuklären. Sie haben ihnen dazu geeignetes Informationsmaterial einschließlich eines Organspendeausweises zur Verfügung zu stellen. Das Befassen mit dieser Thematik wird durch das Vorhandensein eines auf den Versicherten ausgestellten Organspendeausweises dokumentiert, welcher als Nachweis geeignet ist.

2.2.20 Blutspende/Plasmaspende

Die Bedeutung der Blutspende und der Plasmaspende kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Sie helfen in Notfällen Leben zu retten und dienen dazu, wichtige, häufig lebensnotwendige Arzneimittel herzustellen. Sie sind somit für die gesamte Versichertengemeinschaft von unschätzbarem Wert. Blut und Plasma spenden kann jeder gesunde erwachsene Mensch ab 18 Jahre. Die Teilnahme an der Blutspende/Plasmaspende ist als Nachweis geeignet.

2.2.21 DKMS

Damit die DKMS weltweit so vielen Blutkrebspatienten wie möglich eine neue Chance auf Leben schenken kann, registriert sie immer mehr Menschen als potentielle Stammzellspender. Die Datei ist die größte der Welt und so können auch an Blutkrebs erkrankten Menschen aus eher kleinen Ländern und Bevölkerungsgruppen helfen, diese heimtückische Krankheit zu überstehen.

2.2.22 Events der AOK Bremen/Bremerhaven mit Gesundheitsbezug

Die AOK veranstaltet bzw. fördert regelmäßig Veranstaltungen/Aktionen, z. B. Mit dem Rad zur Arbeit, AOK-Halbmarathon, AOK-Winterlaufserie, etc. zur Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensweise. Die Veranstaltungen werden entsprechend gekennzeichnet und sind als Nachweis geeignet.

2.3 Anrechenbarkeit von Maßnahmen und Aktivitäten

Als Nachweis geeignet sind Maßnahmen und Aktivitäten, die während der Teilnahme am „Jugendbonus“ durchgeführt werden. Lediglich im ersten Teilnahmejahr gilt, dass eine Anrechnung von Maßnahmen und Aktivitäten

möglich ist, die vor Beginn der Teilnahme, jedoch im selben Kalenderjahr durchgeführt wurden.

2.4 Ausschließlichkeit

Nur die unter 2.2.1 ff. genannten Aktivitäten sind als Nachweis geeignet. Ebenfalls muss die Durchführung durch die in den Ausführungsbestimmungen genannten Stellen (u.a. Teilnehmer, Kursleiter der AOK oder Veranstalter) bestätigt sein.

2.5 Mehrfachnachweis

Jede der unter 2.2.1 ff. aufgeführten Aktivitäten kann pro Jahr mehrfach vom Teilnehmer nachgewiesen werden. Ausgenommen hiervon sind die Aktivitäten, deren Inanspruchnahmemöglichkeit durch das SGB V oder andere Rechtsvorschriften bestimmt sind. Die Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven gilt entsprechend. Die AOK Bremen/Bremerhaven kann einer Erweiterung der in 2.2.1 ff. hinaus genannten Aktivitäten entscheiden.

2.6 Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Die AOK Bremen/Bremerhaven behält sich Anpassungen des Modellvorhabens an geänderte rechtliche Rahmenbedingungen vor. Die vorliegenden Ausführungsbestimmungen werden in diesem Fall entsprechend geändert und die Teilnehmer informiert. Eine rückwirkende Änderung der jeweiligen Prämienhöhen zum Nachteil der Teilnehmer ist ausgeschlossen. Auf Ziffer 5 wird verwiesen.

3. Prämien

3.1 Höhe der Prämien

Der „Jugendbonus“ der AOK Bremen/Bremerhaven sieht im Rahmen der Bonifizierung Geldprämien vor. Je durchgeführter und nachgewiesener Aktivität werden dem Teilnehmerkonto Prämien bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 130,00 Euro pro Kalenderjahr gutgeschrieben. Die Höhe der jeweiligen Prämiensumme richtet sich nach den unter 2.2.1 ff. aufgeführten nachweisbaren Aktivitäten und ist im Anhang weiter ausgeführt.

In Bezug auf die unter 2.1. beschriebenen Aktionszeiträume kann eine Anpassung erfolgen bzw. eine zusätzliche Sonderprämie vorgesehen werden.

Die Höchstprämie nach 2.1 gilt entsprechend.

3.2 Auszahlungsvoraussetzungen

Die Auszahlung der Prämie wird vom Teilnehmer am „Jugendbonus“ über die Online-Geschäftsstelle der AOK Bremen/Bremerhaven bzw. die App beantragt und auf das vom Teilnehmer angegebene Konto überwiesen. Der Teilnehmer kann dabei entscheiden, ob bei jeder durchgeführten Aktivität sofort nach Einreichung die Prämie überwiesen werden soll, oder bis zur kalenderjährlichen Höchstprämie (2.1) gesammelt wird.

Reicht der Teilnehmer nach Erreichen der kalenderjährlichen Höchstprämie weitere Aktivitäten für das Kalenderjahr ein, führt dies zu keiner weiteren Prämienhöhung und kann auch nicht auf das folgende Kalenderjahr übertragen werden.

Die Prämien können nur gewährt werden, wenn die nachweisliche Mitwirkung an der wissenschaftlichen Begleitung vom Teilnehmer erfolgt ist.

3.3 Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation

Das Modellvorhaben wird nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards im Hinblick auf die Erreichung der Ziele des Modellvorhabens wissenschaftlich begleitet und ausgewertet (§ 65 SGB V). Die Versicherten stellen hierzu ihre Teilnehmerdaten bereit. Ansatzpunkt für die wissenschaftliche Untersuchung ist die Frage, ob die zentrale Programmthese, dass Effektivität und Effizienz der Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens bei der spezifischen Zielgruppe durch die besondere Produktausgestaltung, insbesondere im Hinblick auf die genutzten Kommunikationswege, statistisch signifikant erhöht werden und sich in der Realität verifizieren lässt. Zu diesem Zweck werden insbesondere folgende Parameter untersucht: Stärkung der Nutzerkompetenz hinsichtlich gesunder Lebensführung und Gesundheitsvorsorge, Ebnung von Zugangswegen zu Gesundheitsangeboten, Behebung von Wissens- und Kompetenzdefiziten im Umgang mit Gesundheitsproblemen bzw. Krankheitssituationen, qualitative Verbesserung der Beratungs- und Informationsangebote, Steigerung von Motivation und gesundheitsorientierter Lebensweise der Teilnehmer sowie Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsförderung.

4. Datenschutz

4.1 Datenerhebung

Die erhobenen Daten werden vertraulich behandelt und nicht an andere Stellen weitergegeben. Sie werden ausschließlich zum Zwecke der Durchführung des „Jugendbonus“ genutzt. Daten der Teilnehmer werden bis zum Ende der Teilnahme am „Jugendbonus“ gespeichert, darüber hinaus nur, wenn gesetzliche Aufbewahrungsfristen oder aufsichtsrechtliche Bestimmungen dies erfordern.

4.2 Ablage der eingereichten Aktivitätsnachweise

Mit dem Upload nachgewiesener Aktivitäten über die Online-Geschäftsstelle oder die App werden diese Nachweise elektronisch erfasst und archiviert. Diese Onlinenachweise bleiben Eigentum der AOK und werden nach Ermittlung der anzurechnenden Prämien so aufbewahrt, dass nur Berechtigte Zugriff darauf haben.

4.3 Elektronische Ablage von Daten

Folgende Daten des Teilnehmers am Jugendbonus werden elektronisch gespeichert:

Name, Adresse, ggf. Telefonnummer und E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Kassen-Nummer, KV-Nummer, Teilnehmer-ID, Beginn der Teilnahme, eingereichte Aktivitäten mit Durchführungsdatum, Höhe der Bonifizierung, Termine zur Prämiengewährung, Prämienhöhe.

Die Erfassung sowie die Speicherung erfolgt in den von der AOK Bremen/Bremerhaven vorhandenen EDV-Systemen.

4.4 Nachweis der Wirksamkeit

Das Modellvorhaben wird gemäß § 65 SGB V nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards begleitet und ausgewertet. Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung wird veröffentlicht.

4.5 Aufbewahrungsfristen

Sowohl elektronisch gespeicherte Daten als auch zahlungsbegründende Unterlagen sind gemäß § 12 der allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVWV) aufzubewahren bzw. zu vernichten. Dieses gilt auch für bereits ausgeschiedene Teilnehmer.

5. Beginn und Ende des Modellvorhabens/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V

Das Modellvorhaben/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V beginnt am 15.03.2016 und endet zum 14.03.2024. Es kann vorzeitig beendet werden, wenn deutlich wird, dass die zugrunde liegenden Ziele nicht erreicht werden können oder wenn sich rechtliche Grundlagen, Voraussetzungen oder Richtlinien zur Durchführung des Modellvorhabens ändern.

Anhang

Anhang zur Anlage 2 der Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven

Bonifizierbare Aktivitäten	Höhe der Prämie in EUR	Art/Form des Nachweises
Zahnvorsorge	5,00	Bildupload der Bescheinigung des Leistungserbringers (Zahnarzt)
Professionelle Zahnreinigung	10,00	Bildupload der Bescheinigung des Leistungserbringers (Zahnarzt)
Zahnversiegelung	10,00	Bildupload der Bescheinigung des Leistungserbringers (Zahnarzt)
Früherkennungsuntersuchung für Jugendliche (J2)	5,00	Bildupload der Bescheinigung des Leistungserbringers (Arzt)
Krebsvorsorgeuntersuchung für Frauen	5,00	Bildupload der Bescheinigung des Leistungserbringers (Arzt)
Vorsorge während der Schwangerschaft	5,00	Bildupload der Bescheinigung des Leistungserbringers (Arzt)
Hautcheck	10,00	Bildupload der Bescheinigung des Leistungserbringers (Arzt)
Impfungen	5,00	Bildupload der Bescheinigung des Leistungserbringers (Arzt)
Präventionskurse	20,00	Bildupload der Bescheinigung des Kursleiters

Online-Kurse	15,00	Upload der Onlinebestätigung zur Teilnahme am Kurs
Kochkurs	10,00	Bildupload der Bescheinigung des Kursleiters
Sportabzeichen	15,00	Bildupload der Urkunde
Mitgliedschaft in einem Sportverein/Fitnessstudio/Hochschulsport	15,00	Bildupload der Mitgliedskarte/des Vertrags/der Teilnahmebescheinigung
App-unterstützte oder selbstbestätigte Sportaktivitäten	5,00	Screenshot App-unterstützter Sportaktivität (Runtastic, Nike Fuelband, Pedometer, etc.)
Soziales, ehrenamtliches Engagement	20,00	Upload des Ausweises zur Angehörigkeit der Institution oder Ehrenamtes
Aktivitäten zum Start ins Berufsleben	15,00	Upload Teilnahmezertifikat
Fahrsicherheitstraining	15,00	Upload Teilnahmezertifikat
Erste-Hilfe-Kurs	15,00	Upload Teilnahmezertifikat
Organspende	5,00	Upload Organspendeausweis
Blutspende/Plasmaspende	15,00	Upload Spendennachweis
DKMS	15,00	Upload DKMS-Spendercard
Events der AOK Bremen/Bremerhaven mit Gesundheitsbezug	20,00	Upload Teilnahmezertifikat

Ergänzende Regelungen:

Prämie bei Erstmeldung:

Um nach Teilnahmebeginn einen Anreiz für eine frühzeitige ordnungsgemäße Erstmeldung einer zum Nachweis geeigneten Aktivität einschließlich der Befassung mit den zu erprobenden Verfahrensschritten zu setzen und um dem Aufbau von Hemmnissen in Bezug auf die zu erprobende vollständig internetbasierter Verfahrensdurchführung und Kommunikation zu begegnen, wird die erste erfolgreich nachgewiesene Aktivität mit einer auf 50,00 Euro erhöhten Prämie bonifiziert.

Die Regelung zur Höchstprämie nach 2.1 der Ausführungsbestimmungen bleibt hiervon unberührt und gilt ebenfalls.

Hinweis:

Für eventuelle Gebühren, die für das Ausstellen einer ärztlichen Bescheinigung o. Ä. entstehen können, übernimmt die AOK Bremen/Bremerhaven keine Kosten.