AOK Bremen/Bremerhaven

Satzung

vom 03.12.2001

in der Fassung

der 43. Änderung der Satzung der
AOK Bremen/Bremerhaven
vom 01.10.2019/11.05.2019

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 -

		Seite
Erster Abschnitt:	**Name und Aufgabenstellung**	
§ 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 und Selbsthilfe	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	Primäre Prävention durch Schutzimpfungen	21
§ 10d	Gesundheits- und Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Geburt	22
§ 10e	Sportmedizinische Untersuchungen	23
§ 10f	Zahnschutzschienen	24
§ 10g	Zusätzliche Leistungen zur künstlichen Befruchtung	25
§ 10h	Hebammenrufbereitschaft	26
§ 10i	Professionelle Zahnreinigung	27
§ 10j	Schwimmschutz	28
§ 10k	Flash Glukose-Messsystem „FreeStyle Libre“	29
§ 10l	Diabetes-Typ-1-Früherkennungsuntersuchung für Kinder im Alter zwischen 2 und 6 Jahren	30
§ 10m	Leistungen zur Prävention frühkindlicher Karies	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	AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus	40, 41,42
§ 17a	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	43
§ 17b	Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V	44
§ 17c	Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 140a SGB V/Wahltarife nach § 53 Abs. 3 SGB V	45
§ 17d	Hausarztzentrierte Versorgung	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	Modellvorhaben „Jugendbonus“/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V	53, 54
§ 17h	Wahltarif „Kostenerstattung bei Zahnersatz“	55, 56, 57, 58, 59
§ 17i	Wahltarif „Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt“	60, 61, 62, 63, 64, 65
§ 17j	AOK-Selbstbehalttarif	65, 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 18 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,

   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.

Stand: 01.01.2016

§ 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 und Selbsthilfe

(1) Die AOK stellt Leistungen zur Primärprävention zur Verfügung, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschlossenen Leitfaden Prävention (in der jeweils gültigen Fassung) entsprechen. Diese Leistungen umfassen den individuellen Ansatz und den Settingansatz. Im Settingansatz liegt der Schwerpunkt auf gesundheitsfördernden Schulen und Kitas. Die Leistungen nach dem individuellen Ansatz beinhalten insbesondere die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement sowie Suchtmittelkonsum. Grundsätzlich werden diese Leistungen als Sachleistung in Form eigener Kurse erbracht. Eine Erstattung der Kosten für Kursteilnahmen bei zertifizierten Fremdanbietern ist in den Ausführungsbestimmungen des Vorstandes geregelt. Nach Vorlage einer personifizierten Teilnahmebescheinigung werden 80 v. H. der Rechnung, bis zu maximal 110 EUR pro Kurs, erstattet.

(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 Leitfaden 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 Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschlossenen Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche. Mindestens 50 % der jeweils gesetzlich vorgegebenen Fördermittel sind für eine kassenartenübergreifende Gemeinschafts-förderung 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 der Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen.

Stand: 01.10.2019

§ 8
(Leerparagraph)

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 („750 € PLUS“)

(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 und der Erstattungsbetrag für die Mehrleistungen ist auf insgesamt 750 Euro je Kalenderjahr und Versicherten begrenzt, soweit in den §§ 10a bis 10o nichts Abweichendes bestimmt ist. Zur Erstattung sind personifizierte Rechnungen vorzulegen. Ein Anspruch auf Mehrleistungen besteht nur für die Leistungen, die während einer bestehenden Versicherung erbracht wurden. Eine anteilige Berechnung des Höchstbetrages von 750 Euro je Kalenderjahr nach der Dauer der Versicherung erfolgt weder bei einem Beginn noch bei einem Ende der Versicherung im Laufe des Kalenderjahres.

(2) Näheres zu Art, Dauer und Umfang ergibt sich aus den §§ 10a bis 10o.

Stand: 01.01.2019

§ 10a
Osteopathie

(1) Versicherte können osteopathische Leistungen 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: 01.01.2017

§ 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
Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

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

Stand: 01.01.2016

§ 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:

- Toxoplasmosetest
- Eine zusätzliche Ultraschalluntersuchung
- Nackenfaltenmessung
- Triple Test
- Unterbringung einer Begleitperson im Elternzimmer, sofern sie bei der AOK Bremen/Bremerhaven versichert ist
- Geburtsvorbereitung für eine Begleitperson, sofern sie bei der AOK Bremen/Bremerhaven versichert ist
- Entspannungskurse für Schwangere
- Bewegungskurse für Schwangere
- Streptokokkentest

Stand: 01.01.2017

§ 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 mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ 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
Zusätzliche Leistungen zur künstlichen Befruchtung

(1) Die AOK übernimmt für ihre Versicherten, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung entsprechend den Regelungen des § 27a SGB V haben, zusätzlich zu den gesetzlich geregelten Ansprüchen in Höhe von 50 v.H. der Behandlungskosten für jeden Versuch weitere 50 v.H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme. § 10 Abs. 1 Satz 2 erster Halbsatz gilt nicht.

(2) Maßgebend für die Beurteilung der medizinischen Erfordernisse sind grundsätzlich die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.

(3) Die Kostenerstattung erfolgt auf Grund eines vor Behandlungsbeginn genehmigten ärztlichen Behandlungsplanes nach Vorlage der Rechnungsoriginale.

(4) Für die Übernahme der zusätzlichen Leistungen gilt die Maßgabe, dass beide Ehepartner während des Behandlungszeitraums bei der AOK Bremen/Bremerhaven versichert sind.

§ 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 erster Halbsatz 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.

Stand: 01.01.2018

§ 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. Die 80 v.H.-Regelung des § 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 und eine Paukendrainage vorhanden ist.

§ 10k
Flash Glukose-Messsystem „FreeStyle Libre"

(1) Versicherte der AOK haben Anspruch auf die vollständige Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash Glukose-Messsystem „FreeStyle Libre". Den Versicherten entsteht eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V.

(2) Die Anspruchsvoraussetzungen sind:

- Die Versicherten führen eine intensivierte konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie durch.
- Ein zugelassener Vertragsarzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat die Notwendigkeit auf einer Verordnung bestätigt. Vertragsärzte bzw. berechtigte Ärzte in diesem Sinne sind:

  - Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
  - Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie" oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG)" bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
  - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie".

- Das mit dem behandelnden Vertragsarzt oder dem berechtigten Arzt festgelegte Therapieziel zur Stoffwechseleinstellung konnte bisher nicht erreicht werden.
- Die Versicherten sind in der sicheren Anwendung des Flash Glukose-Messsytems „FreeStyle Libre" geschult.
- Mit dem behandelnden Vertragsarzt oder berechtigten Arzt wurde vor Behandlungsbeginn ein Therapieziel festgelegt und der weitere Behandlungsverlauf dokumentiert.
- Die Nutzung des Flash Glukose-Messsytems „FreeStyle Libre" ist ohne Zugriff Dritter, insbesondere des Herstellers, auf die personenbezogenen oder -beziehbaren Daten der Versicherten möglich.

(3) § 10 Abs. 1 Satz 2 erster Halbsatz gilt nicht.

Stand: 01.01.2018

§ 10l
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.

§ 10m
Leistungen zur Prävention frühkindlicher Karies

Die AOK erstattet für Versicherte im Alter von 0 bis 29 Monaten einmal jährlich die Kosten für Leistungen zur Prävention frühkindlicher Karies.

Stand: 01.01.2018

§ 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 erster Halbsatz bis zu einer Höhe von 100 Euro anerkannt.

(2) Darüber hinaus übernimmt die AOK ohne Geltung des § 10 Abs. 1 Satz 2 erster Halbsatz 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: 29.10.2018

§ 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 erster Halbsatz gilt nicht. Bei Ausschluss durch den Gemeinsamen Bundesauschuss entfällt eine Kostenübernahme.

§ 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 5 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 Apothekenverkaufs-preis (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: 11.05.2019

§ 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).

Stand: 01.01.2015

§ 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 Leistungsinanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 soll die AOK insbesondere dann verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten liegt.

(2) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann die AOK den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.

(3) Der Versicherte ist über die vom Leistungsausschluss betroffenen Erkrankungen zu informieren.

Stand: 01.04.2007

Vierter Abschnitt:
Weiterentwicklung in der Versorgung, Wahltarife

§ 17
AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus

(1) Die AOK bietet einen Selbstbehalt-Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V mit einem Grundbonus für den Selbstbehalt (Eigenbeteiligungen) in Verbindung mit einem Gesundheitsbonus nach § 65 a SGB V als "AOK-Bonus-Wahltarif" an.

(2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des "AOK-Bonus-Wahltarif". Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und frühestens zu dem vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt und 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.

Die Mitgliedschaft bei der AOK kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 SGB V gekündigt werden. Der "AOK-Bonus-Wahltarif" kann unter Verzicht auf die Einhaltung der Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 SGB V durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK gekündigt werden, wenn die weitere Teilnahme für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. Der "AOK-Bonus-Wahltarif" kann dann abweichend von Satz 4 zum Ende des Monats gekündigt werden, in dem die Kündigung der AOK zugeht. Ein besonderer Härtefall ist insbesondere anzuerkennen 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 oder gleichartiger Leistungen der Kriegsopferfürsorge.

(3) Mitgliedern mit einem jährlichen Einkommen bis 18.000,99 Euro brutto steht ein Grundbonus von 80,00 Euro kalenderjährlich zu (Tarifstufe I). Mitglieder mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von 18.001,00 Euro bis zu der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V erhalten einen Grundbonus in Höhe von 110,00 Euro (Tarifstufe II). Für Mitglieder mit einem jährlichen Bruttoeinkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V beträgt der Grundbonus 200,00 Euro (Tarifstufe III). Maßgeblich ist das Jahresarbeitsentgelt des abzurechnenden Teilnahmejahres. Die Wahl einer niedrigeren Tarifstufe ist möglich. Die Wahl einer höheren Tarifstufe ist nicht zulässig. Wird die Einkommensgrenze für die gewählte Tarifstufe unterschritten und dieses durch die AOK rückwirkend festgestellt, erfolgt rückwirkend ab 01.01. des Abrechungsjahres, frühestens jedoch ab Teilnahmebeginn, eine Rückstufung in die Tarifstufe, welche dem festgestellten Einkommen entspricht.

(4) Mitgliedern steht ein Gesundheitsbonus in Höhe von 70,00 Euro kalenderjährlich zu, wenn sie Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V und Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und öffentlich empfohlene Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V nachweisen. Es genügt auch die Vorlage eines Leistungsabzeichens des Deutschen Olympischen Sportbundes und seiner Mitgliedsorganisationen, welche nach Maßgabe des § 20 Abs. 1 SGV V qualitätsgesichert sind. Gleichartige Nachweise der körperlichen Fitness können im Einzelfall anerkannt werden. Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen dürfen nicht älter als ein Jahr sein. Eine gleichzeitige Berücksichtigung der Nachweise nach Satz 1 und 2 im Rahmen des § 17a (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten) ist ausgeschlossen.

(5) Mitgliedern steht ein kalenderjährlicher Zusatzbonus zu, wenn sie in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren, in denen sie am Tarif teilgenommen haben, keine Eigenbeteiligung nach Absatz 6 tragen mussten. Das erste Kalenderjahr der Tarifteilnahme gilt in diesem Zusammenhang als erfüllt, wenn mindestens 3 Monate des Jahres mit einer Zugehörigkeit zum Tarif belegt sind. Der Zusatzbonus beträgt pro vollständiges Kalenderjahr 50,00 Euro in Tarifstufe I, 60,00 Euro in Tarifstufe II und 90,00 Euro in Tarifstufe III. Die Zahlung des Zusatzbonus für die ersten drei Teilnahmejahre erfolgt zusammenhängend erstmalig mit der Abrechnung des dritten Teilnahmejahres, sofern die Voraussetzung für den Zusatzbonus erfüllt wurde. In Folgejahren erfolgt die Zahlung jährlich, bei Erfüllung der in Satz 1 genannten Voraussetzung, mit der jährlichen Abrechnung des Tarifes. Muss das Mitglied in einem Kalenderjahr eine Eigenbeteiligung nach Abs. 6 tragen, wird kein Zusatzbonus gewährt. Vor der nächsten Zahlung des Zusatzbonus muss der Zeitraum von drei vollständigen Kalenderjahren ohne Zahlung einer Eigenbeteiligung erneut erfüllt werden.

(6) Mitglieder tragen Eigenbeteiligungen bis zu einem kalenderjährlichen Höchstbetrag von 160,00 Euro in Tarifstufe I, 220,00 Euro in Tarifstufe II 400,00 Euro in Tarifstufe III. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung einhergeht, 20,00 Euro in Tarifstufe I, 27,50 Euro in Tarifstufe II, 50,00 Euro in Tarifstufe III. Die Eigenbeteiligung je stationärer Krankenhausbehandlung beträgt 40,00 Euro in Tarifstufe I, 55,00 Euro in Tarifstufe II, 100,00 Euro in Tarifstufe III. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Leistungen, die aufgrund einer Schwangerschaft einschließlich der Entbindung entstehen, werden nicht einbezogen. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen.

(7) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Eigenbeteiligungen für das Kalenderjahr bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Der sich aus den Selbstbehalt-Tarifelementen (Grundbonus nach Abs. 3 und Zusatzbonus nach Abs. 5) für das Mitglied ergebende Auszahlungsbetrag darf 20 v. H. der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten. Ist die Summe der Boni höher als die der Eigenbeteiligungen, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Ist die Summe der Eigenbeteiligungen höher als die Summe der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig, auch wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde.

(8) Beginnt die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus, der Zusatzbonus, der Gesundheitsbonus und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Gleiches gilt bei Ende der Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres; hiervon ausgenommen ist der Zusatzbonus, da der Anspruch auf einen Zusatzbonus nach Abs. 5 dieser Satzung nur für volle Kalenderjahre besteht.

(9) Der aus der Teilnahme am Wahltarif entstehende Anspruch auf Bonus sowie die Eigenbeteiligung ruhen für Zeiten, in denen eine Familienversicherung besteht oder in denen aus anderen Gründen (z. B. Unterbrechung der Versicherung ohne Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse) keine Beiträge zu zahlen sind oder die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden. Der Ruhenszeitraum beginnt nach Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzungen des Ruhens eintreten und endet mit Ablauf des Monats, in dem sie wieder entfallen, spätestens jedoch mit Ablauf des auf den Eintritt des Ruhenstatbestandes folgenden Kalenderjahres.

(10) Der AOK-Bonus-Wahltarif endet für alle eingeschriebenen Teilnehmer zum 31.12.2019. Eine letzte Einschreibung ist zum 01.04.2019 möglich.

Stand: 01.04.2019

§ 17a
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

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

(2) Versicherte erhalten bei regelmäßiger Inanspruchnahme von

a) qualitätsgesicherten Leistungen zur Primärprävention nach § 7
b) Maßnahmen, die nachweislich der Gesundheitsförderung dienen oder gesundheitsbewusste Verhaltensweisen fördern, nach Maßgabe der Ausführungsbestimmungen
a) Leistungen zur Früherkennung nach § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen)
b) Leistungen zur Früherkennung nach § 26 SGB V (Kinderuntersuchungen)
c) öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen nach § 8

in den in den Ausführungsbestimmungen genannten Kombinationen einen Bonus.

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

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

(4) Der Bonus wird den Versicherten als Sach- oder Geldprämie gegen Nachweis gemäß Abs. 3 zur Verfügung gestellt. Prämienfähige Aktivitäten können entweder nach dieser Vorschrift oder nach § 17 Absatz 4 berücksichtigt werden.

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

Stand: 01.01.2010

§ 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 ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V und Integrierte 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 ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V) und zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V) an.

(2) Die Teilnahme ist freiwillig. Sie ist schriftlich gegenüber der AOK zu erklären (Einschreibung). Die näheren Teilnahmebedingungen ergeben sich aus den zu den in Abs. 1 aufgeführten besonderen Versorgungsformen geschlossenen Verträgen.

Stand: 01.01.2011

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

(1) Die AOK bietet ihren Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr als Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage entsprechender Versorgungsverträge an (HzV). Die Teilnahme ist freiwillig und muss schriftlich 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 mit Ausnahme der Kinder- und Jugendärzte, 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, Frauenärzten sowie Kinder- und Jugendärzten. 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 einem Monat zum Ende des Teilnahmejahres gegenüber der AOK kündigen. 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. Zusätzlich erstellt die AOK ein Informationsblatt, das insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte sowie die Rechte und Pflichten der Versicherten enthält. Die Versicherten erhalten das Informationsblatt mit der Teilnahmebestätigung oder auf Anforderung kostenfrei übersandt.

(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.

Stand: 01.01.2011

§ 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 Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 1 genannten Mitgliedern 70 v. H. des Arbeitseinkommens, welches zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Prämienbemessung nach Absatz 5 aus Arbeitseinkommen maßgebend war,
2. wird in der Tarifausprägung KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V und § 13 Abs. 3 dieser Satzung berechnet,
3. beträgt 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 Tarifausprägung:

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

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

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 5 wird zum gleichen Zeitpunkt fällig, wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.
2. Die Prämien sind auch für die Dauer des Bezugs von Krankengeld und sonstigen Entgeltersatzleistungen zu zahlen.
3. Die Prämienzahlung endet in den Fällen der Absätze 11 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.

(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 § 807 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
wenn der Versicherte nicht mehr zum Personenkreis nach Absatz 1 zählt, es sei denn, die Versicherung oder die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 ist längstens einen Monat unterbrochen oder der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 1 und 2,

2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,
5. wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird,
6. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sein denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,
7. durch Tod.

(13) 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) Für Mitglieder, die am 30.06.2014 Krankengeld aus der Tarifausprägung KG PLUS (§ 17f Abs. 3 Ziffer 3 a.F.) beziehen, besteht der Anspruch auf dieses Krankengeld unter den bisherigen Voraussetzungen weiter; der Anspruch besteht maximal bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat.

(15) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Bremen/Bremerhaven den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit allen AOKs durch.

Stand: 01.01.2016

§ 17g
Modellvorhaben „Jugendbonus“/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V

(1) Die AOK führt unter der Bezeichnung „Jugendbonus“ ein Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 SGB V durch, welches der Verbesserung der Qualität der Versorgung und der Wirtschaftlichkeitssteigerung sowie der Erprobung von Unterstützungsleistungen zur frühzeitigen Heranführung an Informations- und Präventionsangebote zur Gesunderhaltung dient. Damit unterstützt das Modellvorhaben die Weiterentwicklung von Verfahrens- und Organisationsformen der Leistungserbringung sowie von Leistungen zur Verhütung von Krankheiten.

Das Modellvorhaben richtet sich an Versicherte, die zum Teilnahmebeginn am Jugendbonus zwischen 15 und 30 Jahre alt sind und zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung nachhaltig motiviert werden sollen. Zentraler Bestandteil des Angebots für diese Zielgruppe ist die modellhafte Erprobung vollständig internetbasierter und damit besonderer, altersgruppenspezifischer Kommunikations- und Anreizformen einschließlich einer papierlosen Abwicklung von Arbeitsprozessen im Bereich der Aufklärung über gesundheitliche Belange und gesundheitsfördernden Angebote der Krankenkasse. Ziel ist es, bereits in dieser Altersgruppe die gesundheitsorientierte Lebensführung zu stärken, um so zugleich Grundlagen für ein nachhaltiges Vorsorgeverhalten zu legen. Die Teilnahme des Versicherten am Modellvorhaben wird nach Maßgabe von Absatz 3 bonifiziert.

(2) Die Teilnahme am Modellvorhaben „Jugendbonus“ ist freiwillig. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme gegenüber der AOK in elektronischer Form unter Verwendung der dafür bereit gestellten technischen Applikationen. Voraussetzung für eine Teilnahme ist, dass eine Anmeldung und Authentifizierung in der Online-Geschäftsstelle der AOK erfolgt ist. Eine gleichzeitige Teilnahme am „Jugendbonus“ und am AOK-Bonuswahltarif mit Zusatzbonus nach § 17 oder am Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 17a ist ausgeschlossen. Die Teilnahme kann bis spätestens 01.01.2022 erklärt werden und beginnt frühestens mit dem Beginn der Versicherung und der aktiven Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitung.

Die Teilnahme kann jederzeit vom Versicherten gekündigt werden.

Die Teilnahme endet
- mit Beendigung der Versicherung,
- mit Ablauf des Monats, in welchem die Kündigung des Modellvorhabens schriftlich oder elektronisch bei der AOK eingegangen ist,
- bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen,
- 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 können vom Versicherten zurückgefordert werden. Wurde ein Teilnehmer vom Jugendbonus ausgeschlossen, gilt er im Falle einer erneuten Anmeldung als nicht teilnahmeberechtigt.

Für die Dauer ihrer Teilnahme am Modellvorhaben „Jugendbonus“ wird diesen 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 an diesem Wahltarif.

(3) Teilnehmende Versicherte erhalten im Rahmen des Modellvorhabens einen Bonus in Höhe von maximal 130,00 Euro pro Kalenderjahr der Teilnahme. Voraussetzung ist neben der Bereitschaft zur Mitwirkung an neuen internetbasierten Kommunikations- und Verwaltungsabläufen der erfolgreiche Nachweis von Aktivitäten, welche aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse ein positives Vorsorgeverhalten belegen sowie die Mitwirkung an der wissenschaftlichen Begleitung. Als Nachweis geeignet sind im Rahmen des Modellvorhabens anerkannte zielgruppengerechte Aktivitäten, die der Vorsorge dienen bzw. die zur Steigerung der körperlichen und geistigen Fitness sowie zur Förderung von Lebensbewältigungskompetenzen des Versicherten führen. Die Anerkennung von Aktivitäten erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der AOK, welche sich allein nach Maßgabe der Gesetze und dieser Satzung richtet.

Das Nähere zu den Teilnahmebedingungen und den Einzelheiten der Durchführung des Modellvorhabens sowie den Voraussetzungen der Anerkennung von Aktivitäten für die Bonifizierung wird in den als Anlage 2 beigefügten Ausführungsbestimmungen zum Modellvorhaben „Jugendbonus“/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V geregelt, die Bestandteil der Satzung sind. 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.

(4) Das Modellvorhaben/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V beginnt am 15.03.2016 und endet zum 14.03.2024.

(5) 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.

Stand: 15.03.2016

§ 17h
Wahltarif „Kostenerstattung bei Zahnersatz“

(1) Mitglieder mit Wohnsitz in Deutschland sowie in Deutschland versicherungspflichtig beschäftigte Mitglieder mit Wohnsitz im angrenzenden Ausland (Grenzgänger), die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen mit Wohnsitz in Deutschland bzw. im Wohnland des Grenzgängers einen Tarif nach § 53 Abs. 4 SGB V für die Erstattung von Kosten bei medizinisch notwendigem Zahnersatz wählen. Der Tarif kann außerdem von im angrenzenden Ausland lebenden Mitgliedern gewählt werden, die eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und für die ohne den Rentenbezug bzw. die Rentenantragstellung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V aus der Mitgliedschaft eines Grenzgängers im Sinne von Satz 1 bestehen würde.

(2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des Kalendermonats, der auf den Zugang der Wahlerklärung bei der AOK Bremen/Bremerhaven folgt, frühestens jedoch

- zum Beginn des Kalendermonats, der auf den Versicherungsbeginn im laufenden Monat folgt und
- zu dem vom Mitglied gewählten Monatsersten.

Die Teilnahme am Tarif beginnt abweichend hiervon auf Wunsch des Versicherten rückwirkend mit Beginn der Versicherung, wenn die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen wegen Beginns einer eigenen Mitgliedschaft endet und der Tarif aus diesem Grund innerhalb von zwei Monaten nach dem Tag neu gewählt wurde, an dem der Versicherte vom Ende der Tarifteilnahme Kenntnis erlangt hat; dies gilt entsprechend in den Fällen, in denen die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen endet, weil die Familienversicherung nunmehr aus der Mitgliedschaft eines anderen Mitglieds abgeleitet wird.

(3) Der Versicherte ist an die Wahl des Tarifes ein Jahr vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist). Die Bindungswirkung entsteht sowohl für das Mitglied als auch für die nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde.

Die Teilnahme am Tarif wird durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei der AOK Bremen/Bremerhaven nicht berührt; dies gilt insbesondere auch bei einem Wechsel in eine Familienversicherung oder in eine Mitgliedschaft, in der die Beiträge komplett von Dritten getragen werden.

(4) Erstattet werden die dem Versicherten in Deutschland bzw. im Rahmen einer Kooperation nach § 140 e SGB V entstandenen nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz, sofern dieser von einem Vertragszahnarzt eingegliedert wurde und sowohl das Datum der Erstellung des Heil- und Kostenplans bzw. Kostenvoranschlags als auch das Datum der Eingliederung des Zahnersatzes in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fallen. Der Anspruch besteht bis zur Höhe des zweifachen Leistungsbetrages nach § 55 Abs. 1 SGB V begrenzt auf den Rechnungsbetrag; ggf. nach § 13, § 14 oder § 55 SGB V erstattete bzw. vom Zahnarzt gem. § 87 Abs. 1a Satz 8 SGB V mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechnete Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind hierauf anzurechnen. § 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend.

Der Anspruch auf Erstattung ist in den ersten drei Jahren nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes abweichend von Satz 2 wie folgt begrenzt:

1. Jahr maximal 250,00 EUR
2. Jahr maximal 500,00 EUR
3. Jahr maximal 750,00 EUR

Wird der Kostenerstattungstarif über das dritte Jahr nach Abs. 7 fortgeführt, besteht ein voller Kostenerstattungsanspruch nach Satz 2.
Der Erstattungsanspruch erhöht sich mit der Dauer der Teilnahme am Tarif wie folgt:

ab dem 7. Jahr
um 5 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2

ab dem 10. Jahr
um 10 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2

ab dem 13. Jahr
um 20 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2

Neben dem Anspruch nach den Sätzen 1 bis 6 werden die dem Versicherten entstandenen nachgewiesenen Kosten für

1. medizinisch notwendige Füllungstherapien (Zahnfüllungen) soweit es sich um Mehrkosten im Sinne des § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V handelt,
2. Professionelle Zahnreinigung,

die bei einem Vertragszahnarzt durchgeführt werden, erstattet.

Der Anspruch auf Erstattung nach Satz 7 ist begrenzt und beträgt für Leistungen in den Jahren 2015 und 2016 insgesamt maximal 30 EUR in jedem Teilnahmejahr und für Leistungen ab dem Jahr 2017 insgesamt maximal 50 EUR in jedem Teilnahmejahr.

Die AOK kann bei der Festsetzung der Leistungshöhe gemäß den Sätzen 4 bis 8 auf Antrag des Versicherten Zeiten der Teilnahme an einem Wahltarif zur Kostenerstattung bei Zahnersatz (§ 53 Abs. 4 SGB V) einer anderen AOK als Teilnahmezeit berücksichtigen, wenn der Wahltarif der anderen AOK vom Leistungsinhalt und den Regelungen zur Leistungshöhe mit dem Wahltarif der AOK vergleichbar ist.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen (inkl. aller dazugehörigen Belege, z.B. Material- und Laborkosten) vorzulegen. Für Erstattungen nach Satz 7 ist außerdem das Bonusheft vorzulegen.

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK Bremen/Bremerhaven eingeht; er bezieht sich nur auf Leistungen, die nach diesem Datum beginnen, es sei denn, die Prämie ist noch nicht fällig geworden.

Sofern eine Prämie nach Absatz 5 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tage, an dem die Prämie sowie die der AOK Bremen/Bremerhaven aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig entrichtet werden. Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie sowie die der AOK Bremen/Bremerhaven aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachentrichtet werden oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft.

Ein fehlendes Verschulden des Mitglieds an der verspäteten Zahlung ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn

1. der verspätete Zahlungseingang nachweislich durch das vom Mitglied mit der Überweisung beauftragte Geldinstitut verschuldet wurde,

2. die termingerechte Zahlung bedingt durch einen stationären Krankenhausaufenthalt des Mitglieds nicht fristgerecht vorgenommen werden konnte,

3. die termingerechte Zahlung aus anderen schwerwiegenden Gründen, die in der Person des Mitglieds liegen oder sich aus dessen persönlichem Umfeld ergeben, nicht möglich war.

Aus anderen als den o. a. Gründen kann ein fehlendes Verschulden im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn die vom Mitglied vorgebrachten und durch schriftliche Erklärung nachgewiesen Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalles stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde.

(5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Monatsprämie zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am Monatsersten für den laufenden Kalendermonat fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Monat am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig. Bei jährlicher Zahlungsweise ist die Prämie fällig am 1. des Monats (Zahltag) zu Beginn des jeweiligen Teilnahmejahres.

Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Monat wird die Prämie anteilig nach Kalendertagen berechnet; dies gilt sinngemäß in den Fällen des Absatz 7 Satz 3.

Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 4 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend.

Entstehen der AOK Bremen/Bremerhaven durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten.

(6) Es gelten folgende Konditionen:

Altersklasse	Monatsprämien in Euro
0 bis 20 Jahre	2,10
21 bis 40 Jahre	6,80
41 bis 60 Jahre	10,90
ab 61 Jahre	14,20

Maßgeblich für die Bestimmung der Monatsprämie ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Kalendermonats, für den die Prämie zu entrichten ist.

Die Monatsprämie ist jeweils für das Mitglied und jeden nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, zu entrichten.

Wählt das Mitglied eine jährliche Zahlung im Voraus, wird ein Prämiennachlass in Höhe von 4 v. H. gewährt.

(7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK Bremen/Bremerhaven die schriftliche Kündigung zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der einjährigen Bindungsfrist nach Absatz 3 dieser Satzung; für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK Bremen/Bremerhaven nicht möglich. § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V gilt.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der AOK Bremen/Bremerhaven oder wenn der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt; die besondere Regelung für Grenzgänger und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.

Abweichend hiervon ruht die Teilnahme am Tarif ohne Leistungsanspruch und Prämienzahlungen für längstens drei Jahre, wenn der Versicherte aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen zu einer anderen Krankenkasse wechseln muss. Versicherungsunterbrechungen bis zu einem Monat sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich.

Die AOK Bremen/Bremerhaven kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist und der Einzug der Prämien im Wege der Vollstreckung nicht möglich ist; die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Beendigung des Tarifes dem Versicherten bekannt gegeben wird.

(8) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Bremen/Bremerhaven kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Prämien für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt; das Nähere ergibt sich aus Absatz 9.

Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK Bremen/Bremerhaven zugeht.

Das Mitglied kann den Tarif aus den o. a. Gründen wahlweise auch für einen oder mehrere der nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen kündigen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend.

(9) Eine unbillige Härte ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn ein Mitglied des Familienverbundes Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegsopferfürsorge bezieht.

Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. gleichgeschlechtlicher Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen regelmäßigen monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde.

(10) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Bremen/Bremerhaven den Tarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.

(11) Der Anspruch nach Absatz 4 Sätze 7 und 8 besteht für Leistungen, die in dem Zeitraum vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2021 erbracht werden.

§ 17i
Wahltarif „Kostenerstattung bei Auslandsaufenthalt"

(1) Mitglieder mit Wohnsitz in Deutschland sowie in Deutschland versicherungspflichtig beschäftigte oder hauptberuflich selbstständig tätige Mitglieder mit Wohnsitz im angrenzenden Ausland (Grenzgänger), die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen mit Wohnsitz in Deutschland bzw. im Wohnland des Grenzgängers einen Tarif nach § 53 Abs. 4 SGB V für die Erstattung von Kosten bei Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland wählen. Der Tarif kann außerdem von im angrenzenden Ausland lebenden Mitgliedern gewählt werden, die eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und für die ohne den Rentenbezug bzw. die Rentenantragstellung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V aus der Mitgliedschaft eines Grenzgängers im Sinne von Satz 1 bestehen würde.

(2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK Bremen/Bremerhaven zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Versicherung und frühestens mit dem vom Mitglied gewählten Datum.

Die Teilnahme am Tarif beginnt abweichend hiervon auf Wunsch des Versicherten rückwirkend mit Beginn der Versicherung, wenn die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen wegen Beginns einer eigenen Mitgliedschaft endet und der Tarif aus diesem Grund innerhalb von zwei Monaten nach dem Tag neu gewählt wurde, an dem der Versicherte vom Ende der Tarifteilnahme Kenntnis erlangt hat; dies gilt entsprechend in den Fällen, in denen die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen endet, weil die Familienversicherung nunmehr aus der Mitgliedschaft eines anderen Mitglieds abgeleitet wird.

(3) Der Versicherte ist an die Wahl des Tarifes ein Jahr vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist). Die Bindungswirkung entsteht sowohl für das Mitglied als auch für die nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde.

Die Teilnahme am Tarif wird durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei der AOK Bremen/Bremerhaven nicht berührt; dies gilt insbesondere auch bei einem Wechsel in eine Familienversicherung oder in eine Mitgliedschaft, in der die Beiträge komplett von Dritten getragen werden.

(4) Erstattet werden die dem Versicherten im Ausland entstandenen nachgewiesenen Kosten einschließlich der Zuzahlungen/Eigenanteile für medizinisch sofort notwendige

1. ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes,

2. ärztlich verordnete stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich der ärztlich angeordneten Fahrten mit einem Kranken- oder Rettungswagen sowie des ärztlich angeordneten Flugtransportes zum nächsterreichbaren Krankenhaus und der zusätzlich entstehenden Kosten für eine Rettung von der Skipiste (Pistenrettung); dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, zusätzlich werden auch die Kosten für eine ärztlich begründete Mitaufnahme einer Begleitperson im Rahmen einer Krankenhausbehandlung eines am Wahltarif teilnehmenden Kindes für die Dauer des vollstationären Krankenhausaufenthaltes übernommen, wenn das Kind das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist; die Unterbringung der Begleitperson soll in unmittelbarer Nähe zum Patienten erfolgen;

   sowie

3. ärztlich verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel,

   die der Versicherte während eines vorübergehenden, bis zu sechswöchigen Aufenthaltes im Ausland in Anspruch genommen hat, sofern sowohl das Datum der ärztlichen Behandlung bzw. Verordnung der Leistung als auch der Beginn des Auslandsaufenthaltes in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fallen; wenn die im Ausland begonnene vollstationäre Behandlung im Zeitpunkt des Ablaufs der maximal sechswöchigen Leistungsdauer fortgesetzt werden muss, wird für erstattungsfähige Leistungen bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit und ggf. des Abschlusses des medizinisch zwingend notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes geleistet; ggf. nach § 13, § 14 oder §§ 17 bis 18 SGB V oder im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts erstattete Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind hierauf anzurechnen.

   Die Kosten für einen medizinisch zwingend notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport ins Inland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinausgehen, werden daneben übernommen; dies umfasst auch die Mehrkosten zur Rückreise, die dem Versicherten entstehen, wenn er infolge einer stationären Behandlung im Ausland die Rückreise nicht planmäßig antreten konnte, sowie die Mehrkosten für einen Rücktransport im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V).

   Die AOK kann außerdem die Kosten nach Anspruchsprüfung:

   1. für die Rückholung eines mitreisenden Kindes, Stiefkindes oder Enkelkindes des Versicherten aus dem Ausland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinausgehen erstatten, wenn
      a) sowohl der Versicherte als auch das Kind am Wahltarif teilnehmen und
      b) das Kind zum Zeitpunkt der Rückholung aus dem Ausland das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist und
      c) die Rückholung des Kindes aus dem Ausland infolge einer krankheitsbedingten stationären Krankenhausbehandlung im Ausland oder eines krankheitsbedingte Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zwingend erforderlich ist und
      d) die Betreuung des Kindes im Ausland nicht durch einen anderen Angehörigen oder eine andere Bezugsperson im Ausland sichergestellt werden kann.

2. für die Rückholung einer mitreisenden Begleitperson des am Wahltarif teilnehmenden Kindes aus dem Ausland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinausgehen erstatten, wenn
   a) das Kind zum Zeitpunkt des Rücktransports aus dem Ausland das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist und
   b) die Rückholung der Begleitperson aus dem Ausland infolge einer krankheitsbedingten stationären Krankenhausbehandlung des Kindes im Ausland oder eines krankheitsbedingten Rücktransportes des Kindes aus dem Ausland zwingend erforderlich ist.

§ 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend. Die Kostenerstattung ist ausgeschlossen bei Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegsereignisse, Bürgerkriegsereignisse oder innere Unruhen im Ausland verursacht worden sind, wenn der Versicherte sich aktiv an diesen Geschehnissen beteiligt hat oder das Auswärtige Amt vor Antritt der Auslandsreise eine Reisewarnung ausgesprochen hat.

Folgende Leistungen werden im Rahmen des Tarifs nicht erstattet:
   a. Kosten für planbare Dialyseleistungen
   b. Überführung im Todesfall
   c. Kosten für Hilfsmittel, die in Deutschland nicht übernahmefähig sind, z. B. Brillen.

Eine Kostenerstattung ist außerdem nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben haben.

Die Kostenerstattung ist nicht auf Behandlungsfälle in Ländern beschränkt, in denen im Rahmen des über- bzw. zwischenstaatlichen Rechts Sachleistungsaushilfe zulasten eines Trägers im Aufenthaltsland in Anspruch genommen werden kann.

Bei Grenzgängern und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen mit Wohnsitz im Ausland ist der Anspruch auf Leistungen, die in Deutschland oder im Wohnland in Anspruch genommen wurden, ausgeschlossen.

Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen Zeitraum von zusammenhängend längstens sechs Wochen begrenzt. Die Regelung zur nachgehenden Leistung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit nach Absatz 4 Satz 1 bleibt unberührt.

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tag ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK Bremen/Bremerhaven eingeht; er bezieht sich nur auf Leistungen, die nach diesem Datum beginnen, es sei denn, die Prämie ist noch nicht fällig geworden.

Sofern eine Prämie nach Absatz 5 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tage, an dem die Prämie sowie die der AOK Bremen/Bremerhaven aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig entrichtet werden.

Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie sowie die der AOK Bremen/Bremerhaven aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachentrichtet werden oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft.

Ein fehlendes Verschulden des Mitglieds an der verspäteten Zahlung ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn

1. der verspätete Zahlungseingang nachweislich durch das vom Mitglied mit der Überweisung beauftragte Geldinstitut verschuldet wurde,
2. die termingerechte Zahlung bedingt durch einen stationären Krankenhausaufenthalt des Mitglieds nicht fristgerecht vorgenommen werden konnte,
3. die termingerechte Zahlung aus anderen schwerwiegenden Gründen, die in der Person des Mitglieds liegen oder sich aus dessen persönlichem Umfeld ergeben, nicht möglich war.

Aus anderen als den o. a. Gründen kann ein fehlendes Verschulden im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn die vom Mitglied vorgebrachten und durch schriftliche Erklärung nachgewiesenen Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalls stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde.

(5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Jahresprämie zu zahlen, die im Voraus für das Kalenderjahr zu entrichten ist.

Die Prämie wird jeweils am 01.12. für das Folgekalenderjahr fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Jahr am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig. Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Jahr wird die Prämie anteilig berechnet. Für die Berechnung der anteiligen Prämie werden für volle Kalendermonate jeweils 1/12 der Jahresprämie zugrunde gelegt; im Übrigen erfolgt die Berechnung nach Kalendertagen. Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 4 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend. Entstehen der AOK Bremen/Bremerhaven durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten.

Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK Bremen/Bremerhaven eine Einzugsermächtigung zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Tarifbeiträge zu erteilen.

6) Es gelten folgende Konditionen:

Altersklassen	**Jahresprämie in EUR**
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	6,00
nach Vollendung des 65. Lebensjahres	12,00

Die jahresbezogene Prämie ist jeweils für das Mitglied und jeden nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, zu entrichten. Maßgeblich für die Bestimmung der Prämie ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Kalenderjahres, für das die Prämie zu entrichten ist.

(7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, in dem der AOK Bremen/Bremerhaven die schriftliche Kündigung zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der einjährigen Bindungsfrist nach Absatz 3 dieser Satzung. Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK Bremen/Bremerhaven nicht möglich. § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V gilt.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der AOK Bremen/Bremerhaven oder wenn der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt; die besondere Regelung für Grenzgänger und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.

Versicherungsunterbrechungen bis zu zwei Monaten sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich.

Die AOK Bremen/Bremerhaven kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist und der Einzug der Prämien im Wege der Vollstreckung nicht möglich ist; die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Beendigung des Tarifes dem Versicherten bekannt gegeben wird.

(8) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Bremen/Bremerhaven kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Prämien für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt; das Nähere ergibt sich aus Absatz 9.

Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK Bremen/Bremerhaven zugeht; Absatz 7 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

Das Mitglied kann den Tarif aus den o. a. Gründen wahlweise auch für einen oder mehrere der nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen kündigen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend.

(9) Eine unbillige Härte ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn ein Mitglied des Familienverbundes Leistungen nach dem SGB III (Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegsopferfürsorge bezieht.

Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. gleichgeschlechtlicher Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen regelmäßigen monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde.

(10) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Bremen/Bremerhaven den Tarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.

§ 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 Einkommensgrenze 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 Kalender-jahr in Euro**	**Pauschaler Selbst-behalt je ambulante Behandlung des Mit-glieds in Euro****	**Pauschaler Selbst-behalt je Kranken-hausauf-enthalt des Mitglieds in Euro**	**Höchst-betrag der zu trag-enden Selbst-behalte je Kalender-jahr 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 §17 (AOK-Bonus-Wahltarif mit Zusatzbonus) sowie § 17 g 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 0,7 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

Stand: 01.01.2019

§ 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
(Leerparagraph)

§ 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.

Stand: 01.07.2013

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

(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).

Stand: 01.07.2013

§ 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).

Stand: 01.07.2013

§ 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.

Stand: 01.09.2014

Achter Abschnitt:
Verwaltung der Mittel

§ 32
Rücklage

Die Rücklage beträgt 100 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.

Stand: 01.01.2018

§ 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.

Stand: 01.07.2014

§ 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 IX

außer 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 Arbeits-losenversicherung 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.

Stand: 01.01./01.07.2012

§ 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 2,3 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG.

(3) Die ermäßigte Umlage nach § 3 Abs. 2 Satz 1 beträgt 1,7 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG. Die erhöhte Umlage nach § 3 Abs. 2 Satz 1 beträgt 3,6 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 0,57 v. H..

(5) Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für Beiträge für krankenversicherungspflichtig Beschäftigte geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin fällig.

Stand: 01.01.2016

§ 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.

Stand: 01.01.2014

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 Arbeitgeberaufwendungen 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.

Stand: 01.09.2014

§ 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 Verdienstausfall 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 Verdienstausfall 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) 75 Euro. Den Pauschbetrag erhalten sie auch bei Teilnahme an Verhandlungen mit Dritten, wenn sie auf Beschluss des jeweiligen Organs daran teilnehmen.

(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.

Stand: 01.01.2019

§ 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 525 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: 01.01.2019

§ 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 Impfkommission (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 Ausführungs-bestimmungen 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 Prämienerhöhung 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 Teilnahme-bescheinigung
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.

Stand: 01.01.2015/15.03.2016