AOK Bremen/Bremerhaven

Satzung

vom 03.12.2001

in der Fassung

der 55. Änderung der Satzung der
AOK Bremen/Bremerhaven
vom 16.03.2026

AOK Bremen/Bremerhaven

Satzung

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	8
§ 2	Aufgabenstellung	9
Zweiter Abschnitt:	**Versicherter Personenkreis**	
§ 3	Mitglieder	10
§ 4	Familienangehörige	11
§ 5	Beginn und Ende der Mitgliedschaft	11
Dritter Abschnitt:	**Leistungen**	
§ 6	Art und Umfang der Leistungen	12, 13
§ 6a	Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge	14
§ 7	Leistungen zur Prävention, Selbsthilfe und Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	15
§ 8	(leer)	16
§ 9	Zuschuss bei ambulanten Vorsorgekuren	17
§ 10	Mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	18
§ 10a	Osteopathie	19
§ 10b	Homöopathie	20
§ 10c	Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe	21
§ 10d	Gesundheits- und Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Geburt	22
§ 10e	Sportmedizinische Untersuchungen	23
§ 10f	Zahnschutzschienen	24
§ 10g	ergänzendes Hautkrebsvorsorge-Verfahren	25
§ 10h	Hebammenrufbereitschaft	26
§ 10i	Professionelle Zahnreinigung	27
§ 10j	Schwimmschutz	28
§ 10k	zusätzliche Vorsorge-/ Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche	29, 30
§ 10l	Diabetes-Typ-1-Früherkennungsuntersuchung für Kinder im Alter zwischen 2 und 6 Jahren	31
§ 10m	Erweiterte Vorsorgeleistungen	32
§ 10n	Früherkennung und Frühförderung	33
§ 10o	Kopforthesen	33
§ 10p	Häusliche Krankenpflege	34
§ 11	AOK-Duo/Zweitmeinung	34
§ 12	Mehrleistungen zur Haushaltshilfe	35
§ 13	Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V	36
§ 14	Kostenerstattung	37, 38
§ 15	Teilkostenerstattung	39
§ 16	Empfangsberechtigung	40
§ 16a	Leistungsausschluss	41

Vierter Abschnitt: Weiterentwicklung in der Versorgung, Wahltarife

§ 17	(leer)	42
§ 17a	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	43, 44
§ 17b	Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V	45
§ 17c	Besondere Versorgung nach § 140a SGB V/Wahltarife nach § 53 Abs. 3 SGB V	46
§ 17d	Hausarztzentrierte Versorgung/Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V	47, 48
§ 17e	Bonus für Arbeitgeber und Versicherte bei Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 65a Abs. 2 SGB V	49
§ 17f	Krankengeld-Wahltarif	50, 51, 52, 53
§ 17g	(leer)	54, 55
§ 17h	(leer)	56, 57, 58, 59, 60
§ 17i	(leer)	61, 62, 63, 64, 65, 66
§ 17j	AOK-Selbstbehalttarif	67, 68

Fünfter Abschnitt: Beiträge

§ 18	Beiträge	69
§ 18a	Zusatzbeitrag	69
§ 19	Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder	70
§ 20	(leer)	71
§ 21	Fälligkeit und Zahlung der Beiträge	72
§ 21a	(leer)	73
§ 22	Nachweis der Gesamtsozialversicherungs-beiträge	74
§ 23	Vorschüsse	75
§ 23a	(leer)	76

Sechster Abschnitt: Widerspruchsstelle

		Seite
§ 24	Widerspruchsausschuss	77

Siebter Abschnitt: Organe

§ 25	Organe der AOK	78
§ 26	Verwaltungsrat und seine Mitglieder	79
§ 27	Aufgaben des Verwaltungsrates	80, 81, 82
§ 28	Vorstand	83
§ 29	Vertretung der AOK	84
§ 30	Versichertenälteste, Vertrauensleute	85
§ 31	Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder	86

Achter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 32 Rücklage 87
§ 33 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Abnahme der Jahresrechnung 88

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

§ 34 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung 89

Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und In-Kraft-Treten

§ 35 Bekanntmachungen 90
§ 36 In-Kraft-Treten 91

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	92
Zweiter Abschnitt:	**Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber**	
§ 2	Beteiligte Arbeitgeber	93
Dritter Abschnitt:	**Erstattungsanspruch, Vorschüsse an Arbeitgeber**	
§ 3	Erstattungen	94
§ 4	Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen	95
§ 5	Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	96
Vierter Abschnitt:	**Höhe, Nachweis und Fälligkeit der Umlage, Vorschüsse**	
§ 6	Aufbringung der Mittel, Umlage	97
§ 7	Vorschüsse von beteiligten Arbeitgebern	98
Fünfter Abschnitt:	**Verwaltung der Mittel**	
§ 8	Verwaltung der Mittel	99
Sechster Abschnitt:	**Verwaltungsrat**	
§ 9	Verwaltungsrat	100
Siebter Abschnitt:	**Widerspruchsstellen**	
§ 10	Widerspruchsstelle, Einspruchsstelle	101
Achter Abschnitt:	**In-Kraft-Treten**	
§ 11	In-Kraft-Treten	102

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	103
§ 2	Ersatz des Arbeitsverdienstes	104
§ 3	Pauschbetrag für Zeitaufwand	105
§ 4	Gruppenvorbesprechungen des Verwaltungsrates	106
§ 5	Entschädigung für den Verwaltungsratsvorsitzenden und seinen Stellvertreter	107
§ 6	Schlussvorschriften	108
§ 7	In-Kraft-Treten	109

Anlage 2 zur Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven

(Ausführungsbestimmungen zum Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V, § 17a der Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven)

		Seite
1.	Teilnahme	1110
2.	Bonifizierung und Auszahlung der Prämie	1110
3.	AOK-Bonusprogramm	110, 111
4.	Maßnahmen	111
4. 1	Gesundheitsuntersuchung Check-Up	111
4. 2	Hautkrebsscreening	112
4. 3	Kinder- und Jugendvorsorge	112
4. 4	Krebsfrüherkennung	112
4. 5	Mutterschaftsvorsorge	112
4 .6	Schutzimpfungen	112
4. 7	Professionelle Zahnreinigung (PZR)	113
4. 8	Zahnvorsorge	113
4. 9	Sportverein/Fitnessstudio/Hochschulsport	113
4.10	Raucherentwöhnungskurs	113
4.11	Anerkanntes Sportabzeichen	114
4.12	Sonderaktionen	114

Seite

4.13	Sportmedizinische Untersuchung	114
4.14	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU)	114
4.15	Sonderaktionen mit erhöhtem Bonus	114
5.	Applikation „Meine AOK“	114
6.	Beendigung	115
7.	Missbräuchliche Nutzung	115
8.	Datenschutz	115
8.1	Verarbeitung von Daten	115
8.2	Sozialdatenschutz bei Verwendung der Applikation „Meine AOK“	115
9.	Inkrafttreten	116

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, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und deren Vermeidung aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.

(2) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Dabei hilft ihnen die AOK durch Aufklärung, Beratung und Leistungen.

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

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

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

(6) Die AOK wirkt bei Leistungserbringern und Versicherten durch Verträge, Information und Beratung auf eine preisgünstige Versorgung hin.

Stand: 01.04.2009

Zweiter Abschnitt:
Versicherter Personenkreis

§ 3
Mitglieder

(1) Als versicherungspflichtige Mitglieder können bei der AOK versichert sein

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

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

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

- Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
- Personen, deren Familienversicherung erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,
- Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind,
- Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge,
- Schwerbehinderte Menschen i. S. des SGB IX, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beigetreten sind,
- Arbeiter und Angestellte, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete,

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

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

§ 4
Familienangehörige

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

§ 5
Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Personen beginnt, soweit sich aus § 186 Abs. 10 und 11 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht (versicherungspflichtige Mitglieder).

(2) Die Mitgliedschaft versicherungsberechtigter Personen beginnt, sofern sich aus § 188 Abs. 2 und 4 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag ihres Beitritts (freiwillige Mitglieder).

(3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt, mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt.

(4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet im Falle des Austritts 2 Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt. Die freiwillige Mitgliedschaft kann ohne Einhaltung der Kündigungsfrist beendet werden, wenn für das Mitglied nach Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V besteht.

(5) Die Bindungsfrist von 12 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet wird. Die sich aus der Teilnahme an Wahltarifen ergebenden besonderen Mindestbindungsfristen (§ 53 Abs. 8 Sätze 1 und 2 SGB V) gelten nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.

Stand: 01.01.2022

Dritter Abschnitt:
Leistungen

§ 6
Art und Umfang der Leistungen

(1) Die AOK wirkt darauf hin, dass

- ihre Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise umfassend und schnell erhalten,

- die zur Leistungserbringung erforderlichen Personen, Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen und

- der Zugang zu den Leistungen einfach gestaltet wird.

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

1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerungen, insbesondere Prävention, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten;

2. bei Krankheit

   a) Krankenbehandlung, insbesondere

      - ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
      - zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
      - Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln,
      - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
      - Soziotherapie,
      - spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
      - Krankenhausbehandlung,
      - Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen,
      - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
      - Digitale Gesundheitsanwendungen

   b) strukturierte Behandlungsprogramme,

   c) Krankengeld;

3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft

   – ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
   – Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln,
   – Entbindung,
   – häusliche Pflege und Haushaltshilfe,
   – Mutterschaftsgeld;

4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch nach § 24 b SGB V;

5. Beratung und Information zu ihren Rechten als Patienten sowie zum gesundheitlichen Verbraucherschutz im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen;

6. Unterstützung bei Behandlungsfehlern.

Stand: 01.01.2022

§ 6a
Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

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

Stand: 01.01.2004

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

(1) Die AOK stellt Leistungen zur Primärprävention zur Verfügung, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfaden Prävention (in der jeweils gültigen Fassung) entsprechen. Diese Leistungen umfassen den individuellen Ansatz und den Setting-Ansatz. Sie beinhalten im individuellen Ansatz insbesondere die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement sowie Suchtmittelkonsum. Im Setting-Ansatz liegt der Schwerpunkt auf gesundheitsfördernden Maßnahmen in Schulen, Kindertagesstätten, Kommunen und Pflegeeinrichtungen.

(2) Die AOK erbringt Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Maßgabe des § 20b SGB V, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen 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 GKV-Spitzenverband beschlossenen Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche. Mindestens 70 % der jeweils gesetzlich vorgegebenen Fördermittel sind für die kassenartenübergreifende Pauschalförderung aufzubringen und von der AOK auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam mit den anderen Krankenkassen nach Beratung mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu vergeben. Erreicht die AOK den jeweils gesetzlich vorgegebenen Förderbetrag in einem Jahr nicht, so hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die kassenartenübergreifende Pauschalförderung zur Verfügung zu stellen.

(4) Die AOK trägt mit Sachleistungen zur Förderung des selbstbestimmten, gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren nach Maßgabe des § 20k SGB V sowie auf Grundlage der Festlegung des GKV-Spitzenverbandes zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz bei.

§ 8
(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

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

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

Stand: 19.12.2022

§ 10a
Osteopathie

(1) Versicherte können osteopathische Leistungen maximal drei Mal im Kalenderjahr in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und diese Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ausgeschlossen wurde.

(2) Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem zur Ausübung der Heilkunde berechtigten Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung absolviert hat.

Stand: 01.01.2021

§ 10b
Homöopathie

Die AOK erstattet die Kosten gemäß § 10 Abs. 1 für die homöopathische Erstanamnese und die homöopathische Folgebehandlung, sofern diese von Vertragsärzten mit der Zusatzqualifikation Homöopathie erbracht werden und nicht bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind.

Stand: 01.01.2018

§ 10c
Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

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

Stand: 01.01.2020

§ 10d
Gesundheits- und Vorsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Geburt

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

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

Stand: 19.12.2022

§ 10e
Sportmedizinische Untersuchungen

(1) Die AOK erstattet für Versicherte kalenderjährlich eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung um Hinweise auf gesundheitliche Probleme zu erhalten, um mögliche Erkrankungen zu verhüten, frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden.

(2) Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.

(3) Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten durchgeführt wird.

Stand: 01.04.2020

§ 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
ergänzendes Hautkrebsvorsorge-Verfahren

(1) Die AOK Bremen/Bremerhaven erstattet Kosten für die Hautkrebsvorsorge. Anspruchsberechtigt sind alle zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der AOK Bremen/Bremerhaven versicherten Personen ab der Vollendung des 15. Lebensjahres bis einschließlich der Vollendung des 35. Lebensjahres.

(2) Versicherte ab Vollendung des 35. Lebensjahres haben alle zwei Jahre einen gesetzlichen Anspruch auf ein Hautkrebsscreening. Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr erhalten Versicherte diese Leistung in kürzeren Rhythmen als gesetzlich festgelegt, sofern die Voraussetzungen des Abs. 3 erfüllt sind.

(3) Voraussetzung für die in Abs. 1 und Abs. 2 Satz 2 genannten anspruchsberechtigten Personen ist, dass

- eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen und

- die Leistung durch Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten bzw. Dermatologen erbracht wird.

(4) Der Personenkreis nach Abs. 1 hat einmal jährlich Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt nach Abs. 3 gemäß dem vierten Kapitel des SGB V bzw. durch die nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Der Personenkreis nach Abs. 2 Satz 2, hat in dem Jahr einen Anspruch, in dem kein vorrangiger Anspruch nach § 25 SGB V i. V. m. KFE-RL besteht.

(5) Inhalt der ergänzenden Hautkrebsvorsorge ist:

- gezielte Anamnese,

- visuelle Ganzkörper-Inspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,

- visuelle Untersuchung mittels Sehhilfen, Auflichtmikroskopie oder Dermatoskopie,

- Befundmitteilung und Beratung des Versicherten über das Ergebnis der Untersuchung,

- Dokumentation.

(6) Die AOK übernimmt die Kosten in Höhe des Rechnungsbetrages, maximal bis zu 35,00 € je Untersuchung nach Vorlage der Rechnung von Vertragsärztinnen, Vertragsärzten oder zugelassenen Einrichtungen.

(7) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

§ 10h
Hebammenrufbereitschaft

(1) Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt, Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die AOK Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. gemäß § 13 Abs. 4 SGB V zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. § 10 Abs. 1 Satz 2 gilt nicht.

(2) Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 Euro einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der AOK die Rechnung der Hebamme vorzulegen.

Stand: 19.12.2022

§ 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. 60 Euro pro Zahnreinigung begrenzt. § 10 Abs.1 Satz 2 gilt nicht.

Stand: 16.12.2025

§ 10j
Schwimmschutz

(1) Die AOK erstattet für Versicherte einen Schwimmschutz für die Ohren. Dieser Schwimmschutz soll verhindern, dass Wasser in das Ohr gelangt, welches wiederholte Entzündungen verursacht.

(2) Voraussetzung ist, dass die medizinische Notwendigkeit von einem zugelassenen Vertragsarzt festgestellt wird.

§ 10k
zusätzliche Vorsorge-/ Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

(1) Die AOK Bremen/ Bremerhaven übernimmt für ihre Versicherten die Kosten der folgenden zusätzlichen Vorsorge-/ /Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche:
- U 10 → anspruchsberechtigt sind Kinder mit 8 bis 9 Lebensjahren (7. Geburtstag bis einen Tag vor dem 9. Geburtstag),
- U 11 → anspruchsberechtigt sind Kinder mit 10 bis 11 Lebensjahren (9. Geburtstag bis einen Tag vor dem 11. Geburtstag),
- J 2 → anspruchsberechtigt sind Jugendliche mit 16 bis 17 Lebensjahren (16. Geburtstag bis einen Tag vor dem 18. Geburtstag).

(2) Ziel der durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen ist es, die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen früh und nachhaltig zu fördern, um mögliche Entwicklungsstörungen zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen und ihnen entgegenwirken zu können.
Die Vorsorgeuntersuchungen umfassen jeweils die Erhebung der Vorgeschichte einschließlich der Verdachtsdiagnosen der letzten Vorsorgeuntersuchung, die Prüfung des Impfstatus sowie eine eingehende Untersuchung mit den unter der jeweiligen Vorsorgeuntersuchung nachfolgend aufgeführten Zielen und Schwerpunkten:

		Ziele und Schwerpunkte
U10	7. Geburtstag bis 1 Tag vor dem 9. Geburtstag	→ Schulleistungsstörungen → Sozialisations- und Verhaltensstörungen → Zahn-, Mund- und Kieferanomalien → Medienverhalten
U11	8. Geburtstag bis 1 Tag vor dem 11. Geburtstag	→ Schulleistungsstörungen → Sozialisations- und Verhaltensstörungen → Zahn-, Mund- und Kieferanomalien → Medienverhalten → Pubertätsentwicklung
J2	16. Geburtstag bis 1 Tag vor dem 18. Geburtstag	→ Medizinische Risiken (Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes) → Körperhaltung und Fitness → Sozialisations- und Verhaltensstörungen → Entwicklung der Sexualität → Medienverhalten → Umgang mit Drogen

Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen besteht Anspruch auf Dokumentation der Untersuchungsergebnisse im „Gesundheits-Checkheft für Kinder und Jugendliche“ der BVKJ-Service-GmbH sowie auf eine ausführliche Beratung.

(3) Die AOK übernimmt einmalig je Versicherten die Kosten für die aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen in Höhe von maximal 58,00€ je Untersuchung nach Vorlage der Rechnung von Vertragsärztinnen, Vertragsärzten oder zugelassenen Einrichtungen.

(4) Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur, soweit die Inanspruchnahme der Zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen nicht gesetzlich an anderer Stelle oder in Verträgen nach dem SGB V geregelt ist.

Stand: 01.11.2025

§ 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.

Stand: 01.01.2018

§ 10m
Erweiterte Vorsorgeleistungen

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

Stand: 19.12.2022

§ 10n
Früherkennung und Frühförderung

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

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

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

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

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

Stand: 19.12.2022

§ 10o
Kopforthesen

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

Stand: 19.12.2022

§ 10p
Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten neben der Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V) zusätzlich Leistungen der Grundpflege und Hauswirtschaftliche Versorgung, soweit diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung notwendig sind und eine im Haushalt lebende Person den Versicherten in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(2) Der Anspruch nach Abs. 1 besteht bis zu sieben Tage je Krankheitsfall, wenn als Behandlungspflege „Infusionen,s.c." entsprechend der Nr.16a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) ärztlich verordnet wird.

(3) Der Anspruch nach Abs. 1 entfällt nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches.

Stand: 16.12.2025

§ 11
AOK-Duo/Zweitmeinung

(1) Voraussetzung ist, dass die AOK mit geeigneten Leistungserbringern Verträge über die Leistungen nach Abs. 1 geschlossen hat. Die Leistungserbringer haben die besonderen Anforderungen nach § 27b Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V i. V. m. § 7 der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (ZmRL) zu erfüllen und garantieren eine qualitätsgesicherte, auf dem aktuellen Stand der medizinischen und medizintechnischen Erkenntnisse basierende Zweitmeinung. Vor der Einholung der Zweitmeinung ist die AOK seitens des Versicherten über das Vorhaben in Kenntnis zu setzen. Die AOK vermittelt den Kontakt zu einem Leistungserbringer nach Satz 1.

(2) Im Zweitmeinungsverfahren wird eine unabhängige, neutrale ärztliche zweite Meinung darüber eingeholt, ob der ärztlich angeratene Eingriff oder die ärztlich angeratene Therapieempfehlung die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhalten die Versicherten eine Empfehlung (Zweitmeinung). Im Rahmen der Indikationsstellung bereits erhobene Befunde sind von den Leistungserbringern für die Zweitmeinung zu berücksichtigen. Diese sind von den Versicherten den Leistungserbringern zur Verfügung zu stellen. Unabhängig von dem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es den Versicherten frei, den geplanten Eingriff oder die angeratene Therapieempfehlung durchführen zu lassen.

(3) Die AOK übernimmt die Kosten für die Einholung der unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift in voller Höhe. Die Abrechnung der Kosten erfolgt unmittelbar zwischen dem Leistungserbringer und der AOK.

(4) Der Anspruch nach § 27b Abs. 1 SGB V bleibt unberührt.

§ 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.

Stand: 01.01.2019

§ 13
Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V

(1) Freiwillig versicherte Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, haben Anspruch auf Krankengeld nach den für versicherungspflichtige Arbeitnehmer maßgebenden Regelungen des SGB V.

(2) Einen Krankengeldanspruch können wählen:

1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind,

2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens für sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts

oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter).

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

1. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Lohnausfall gezahlt,

2. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung aus dem abgerechneten Entgelt des Zeitraumes berechnet, der die durchschnittlichen Verhältnisse widerspiegelt (längstens der letzten 12 Monate).

Stand: 01.01.2011

§ 14
Kostenerstattung

(1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden. Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer ist möglich, wenn die AOK zuvor zugestimmt hat.

(2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung unter Verwendung des dafür bereitgestellten Vordrucks. Die gewählte Kostenerstattung beginnt mit dem auf den Zugang des Vordrucks folgenden Kalendervierteljahr und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung zum Ende des Kalendervierteljahres. Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen.

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

(4) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend

a) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 Prozent,

b) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4-6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 Prozent

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

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

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

Für einen 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: 01.01.2022

§ 15
Teilkostenerstattung

(1) Die bei der AOK versicherten DO-Angestellten und Versorgungsempfänger, die von dem Wahlrecht des § 14 Abs. 2 SGB V Gebrauch gemacht haben, erhalten eine Teilkostenerstattung. Diese basiert auf den beihilfefähigen Aufwendungen nach dem jeweils geltenden Beihilferecht. An die Stelle der hiernach zu bewirkenden Leistung und des Beihilfeanspruchs nach der Dienstordnung treten die nach dem SGB V und der RVO vorgesehenen Kassenleistungen. Im Übrigen bleibt der Beihilfeanspruch insoweit erhalten, als er für freiwillig versicherte Tarifangestellte der Krankenkasse besteht, die einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V erhalten.

(2) Mitgliedern mit Ansprüchen gem. Abs. 1 werden entsprechend der Leistungsbeschränkung 50 v. H. des um den Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V verminderten monatlichen Beitrages als Prämie ausgezahlt (§ 53 Abs. 7 und 8 SGB V).

(3) Die Prämienzahlung wird mit dem vom DO-Angestellten/ Versorgungsempfänger zu entrichtenden monatlichen Beitrag verrechnet.

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

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 hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.

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

Stand: 01.01.2022

Vierter Abschnitt:
Weiterentwicklung in der Versorgung, Wahltarife

§ 17
(Leerparagraph)

Stand: 01.01.2020

§ 17a
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die AOK Bremen/Bremerhaven bietet ihren Versicherten ein Bonusprogramm, das in elektronischer Form (papierlos) oder auch in Papierform durchgeführt werden kann. Zur organisatorischen Abwicklung des Bonusprogramms werden die Versicherten gebeten, ihren Wunsch zur Teilnahme zu erklären. Dies hat lediglich deklaratorischen Charakter. Auswirkungen auf die Leistungsansprüche ergeben sich bei ausbleibender Erklärung nicht. Versicherte ab vollendetem 15. Lebensjahr erklären die Teilnahme am Bonusprogramm elektronisch nach vorheriger Registrierung und Authentifizierung im Onlineportal „Meine AOK“ der AOK Bremen/Bremerhaven unter Verwendung der dafür bereitgestellten technischen Applikation „Meine AOK“ der AOK Bremen/Bremerhaven, schriftlich oder in anderer Form. Die Leistungsansprüche aus dem Bonusprogramm ergeben sich nach dem Gesetz und diesen Ausführungsbestimmungen.

(2) Versicherte, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können abweichend zu Absatz 1, ausschließlich die Papierform nutzen. Die Teilnahme kommt mit schriftlicher Einwilligung des Sorgeberechtigten zustande.

(3) Den Teilnehmern werden Bonuspunkte gewährt, wenn sie möglichst im Kalenderjahr ihrer Teilnahme nachfolgend genannte Leistungen und Maßnahmen nach § 65a Absatz 1 SGB V in Anspruch genommen haben:

a) je Schutzimpfung nach § 20i Abs. 1 SGB V sowie je Grundimmunisierung und empfohlener Auffrischung nach § 20i Abs. 3 SGB V jeweils (1000)
b) Gesundheitsuntersuchung nach §§ 25, 25a und 26 SGB V, (2000)
c) Ganzkörperuntersuchung, Haut-Check, (2000)
d) eine empfohlene Krebsfrüherkennungsuntersuchung. (2000)

(4) Den Teilnehmern werden Bonuspunkte gewährt, wenn sie möglichst im Kalenderjahr ihrer Teilnahme nachfolgend genannte Leistungen und Maßnahmen nach § 65a Absatz 1a SGB V in Anspruch genommen haben:

a) Zahnvorsorge nach §§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V (2000)
b) Professionelle Zahnreinigung (2000)
c) Mutterschaftsvorsorge-Untersuchungen je Schwangerschaft, (2000)
d) Teilnahme an einem Nichtraucherkurs, (2000)
e) eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung, um kardiale und orthopädische Erkrankungen zu verhüten, frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Eine ärztliche Bescheinigung durch einen zugelassenen Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ ist notwendig, (2000)
f) aktive Teilnahme an Sonderaktionen der AOK, (2000)
g) Ablegen eines anerkannten Sportabzeichens, (2000)
h) eine aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, Fitnessstudio oder die aktive Teilnahme am Hochschulsport (3000)

(5) Die Inanspruchnahme der Leistungen und Maßnahmen nach den Absätzen 3 und 4 haben die Teilnehmer in elektronischer Form oder in anderer geeigneter Weise, insbesondere durch Übersendung des ausgefüllten Bonusheftes, nachzuweisen. Nachweise sind möglichst bis zum 31.03. des Folgejahres zu übermitteln, damit die Bonuspunkte für das vergangene Kalenderjahr gutgeschrieben werden können. Es können nur Maßnahmen anerkannt werden, die den Anforderungen der Absätze 3 und 4 entsprechen und während der Zeit der Mitgliedschaft/Versicherung bei der AOK in Anspruch genommen wurden. Gesammelte Bonuspunkte können in die Folgejahre übertragen werden. Der Bonus wird den Versicherten als Geldprämie für Nachweise gemäß der Absätze 3 und 4 ausgezahlt. Eine Auszahlung ist in der elektronischen Variante jederzeit möglich. In Papierform erfolgt die Auszahlung der Bonuspunkte einmal jährlich nach Ablauf des Kalenderjahres durch Vorlage des Bonusheftes des Versicherten. 100 Bonuspunkte entsprechen 1,00 Euro.

(6) Die Teilnahme am Bonusprogramm können Versicherte jederzeit zum Ablauf des Kalenderjahres kündigen. Im Fall eines begründeten Verdachts auf missbräuchliche Nutzung, z. B. der Applikation „Meine AOK“, insbesondere durch Manipulation technischer Schnittstellen, aufgrund falscher Angaben oder sonstiger Verstöße, sind die Teilnehmenden anzuhören und die Leistung bzw. Auszahlung gegebenenfalls zurückzufordern.

(7) Näheres zu dem Bonusprogramm regeln die Ausführungsbestimmungen in Anlage 2 der Satzung.

(8) Das Bonusprogramm beginnt am 01.01.2023.

Stand: 16.12.2025

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

(1) Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven können an einem Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V teilnehmen, die von der AOK Bremen/Bremerhaven durchgeführt werden und für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung beantragt wurde oder beantragt wird. Dies gilt auch für strukturierte Behandlungsprogramme, die als Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V durchgeführt werden.

(2) Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven können weiterhin an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb der Region Bremen durchgeführt werden und für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Betreuung beantragt wurde oder beantragt wird. Dies gilt auch für strukturierte Behandlungsprogramme, die von anderen AOKs als Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V durchgeführt werden.

(3) Inhalt und Ausgestaltung der Modellvorhaben ergeben sich aus dem strukturierten Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung.

Stand: 01.01.2011

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

(1) Die AOK bietet für ihre Versicherten Wahltarife nach § 53 Abs. 3 SGB V zur besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) an.

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

Stand: 01.01.2020

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

(1) Die AOK bietet ihren Versicherten als Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V eine hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V auf der Grundlage entsprechender Versorgungsverträge an. Die Teilnahme ist freiwillig und muss schriftlich oder elektronisch gegenüber der AOK erklärt werden. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der AOK genannt ist. Die Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen der AOK ist nicht möglich. Hausärzte im Sinne dieser Satzungsregelung sind Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1a SGB V, sofern diese dem Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V beigetreten sind.

(2) Mit der Teilnahme verpflichtet sich der Versicherte, nur den von ihm gewählten Hausarzt und ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall (Notfalldienst), von Augenärzten sowie Frauenärzten. Nicht notfallbedingte Krankenhauseinweisungen sollen ebenfalls nur in Abstimmung mit dem gewählten Hausarzt bzw. mit dem Facharzt, der per Hausarztüberweisung in Anspruch genommen worden ist, erfolgen. Der gewählte Hausarzt darf nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden.

(3) Der Versicherte ist an die Pflichten aus Abs. 2 sowie an den gewählten Hausarzt mindestens ein Jahr gebunden. Seine Teilnahme kann er frühestens mit einer Frist von vier Wochen zum Ende des Teilnahmejahres gegenüber der AOK kündigen. Im Übrigen gilt eine Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende. Kündigt er nicht, so verlängert sich seine Teilnahme um ein weiteres Jahr. Ein Wechsel des gewählten Hausarztes ist nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, Störung des Vertrauensverhältnisses) möglich.

(4) Die AOK kann die Teilnahme des Versicherten zum Ende eines jeden Quartals beenden oder eine Teilnahme ablehnen, wenn der Versicherte gegen seine Pflichten nach Abs. 2 verstößt, dies gilt insbesondere im Wiederholungsfall. Der Versicherte kann für Mehrkosten, die durch sein nicht vertragskonformes Verhalten entstehen, haftbar gemacht werden, z. B. bei unzulässiger direkter Inanspruchnahme von Fachärzten ohne Überweisung. Dies gilt auch, wenn ein anderer als sein gewählter Hausarzt aufgesucht wird. Pflichtwidrigkeit ist ausgeschlossen in Fällen der Vertretung bzw. bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z. B. Notfall oder Urlaub).

(5) Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V ruht, weil sie sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der AOK in Verzug befinden oder Versicherte, die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, dürfen nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in das das Ereignis fällt.

(6) Der Versicherte wird vor der Einschreibung durch die AOK oder den einschreibenden Hausarzt über die mit der HzV verbundenen Rechte und Pflichten aufgeklärt.

(7) Die AOK führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die teilnehmenden Versicherten und über die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung.

(8) Sofern Einsparungen und Effizienzsteigerungen nach § 53 Abs. 3 SGB V zu erwarten sind, erhalten teilnehmende Versicherte für die Dauer ihrer Teilnahme an der HzV eine Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung.

Stand: 01.01.2021

§ 17e
Bonus für Arbeitgeber und Versicherte bei Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 65a Abs. 2 SGB V

(1) Die AOK fördert Arbeitgeber, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne des § 20b SGB V und der Kriterien des Leitfadens Prävention des GKV- Spitzenverbandes dauerhaft implementieren, durch einen Bonus sowohl für die Arbeitgeber als auch für die teilnehmenden Versicherten.

(2) Die AOK hält Eigenleistungen zur Umsetzung des in Abs. 1 genannten Verfahrens vor.

(3) Die Qualität der in Absatz 1 und 2 genannten Maßnahmen und Leistungen wird durch Richtlinien des Vorstandes definiert. Das Einhalten dieser definierten Qualitätsstandards wird durch Verfahren der Qualitätssicherung kontinuierlich überprüft. Ebenso wird die Effektivität der Maßnahmen überprüft.

(4) Die Vergabe des Bonus ist an den Nachweis der Arbeitgeber gebunden, dass sie durch Inanspruchnahme von in Absatz 2 genannten Leistungen in ihren Unternehmen Gesundheitsförderung im definierten Sinne implementiert, und einer Prüfung gemäß Absatz 3 unterzogen haben.

(5) Der Bonus wird mit dem Beginn des auf den Nachweis folgenden Kalendermonats wirksam und gilt rückwirkend jeweils für die Dauer von 12 Monaten. Der Bonus wird an den Arbeitgeber und an den teilnehmenden Versicherten gezahlt.

(6) Der Bonus für den Arbeitgeber beträgt je teilnehmenden Mitarbeiter 100,00 Euro; mindestens 1.000,00 Euro, höchstens 12.000,00 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 einmalig gewährt werden im Rahmen eines BGM-Vollprojektes.

§ 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 0,60 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§§ 226 und 240 SGB V) maßgebend sind; für die hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen gelten die „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ des GKV-Spitzenverbandes,
2. KG 15 0,80 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§ 234 SGB V) maßgebend sind.

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

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

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

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

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

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

Die §§ 11 Absatz 5, 16, 49, 50, 51, 52 und 52a SGB V gelten entsprechend, soweit in dieser Vorschrift nichts Abweichendes geregelt ist; § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gilt nicht für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige in der Tarifausprägung KG 22,

4. sofern Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

(8) Für die in Absatz 1 Nr. 1 und 3 genannten Mitglieder besteht kein Krankengeldanspruch, wenn Arbeitsunfähigkeit in den ersten drei Monaten der Teilnahme am Krankengeld-Wahltarif eintritt. Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. Satz 1 gilt nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden, der nach Antragstellung eingetreten ist.

(9) Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahltarif-Krankengeldes angerechnet.

(10) Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

(11) Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich. Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:

1. bei Erhalt von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II,
2. bei Erhalt von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
3. bei Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung nach § 802c ZPO,
4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3 a SGB V.

Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam.
Ein Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V besteht nicht.

(12) Unabhängig von einer Kündigung endet der Krankengeld-Wahltarif

1. wenn der Versicherte nicht mehr zum Personenkreis nach Absatz 1 zählt, es sei denn, die Versicherung oder die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 ist längstens einen Monat unterbrochen oder der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 1 und 2,
2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen,
4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,
5. wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird,
6. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es 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) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Bremen/Bremerhaven den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit allen AOKs durch.

Stand: 01.01.2022

§ 17g
(Leerparagraph)

Stand: 19.12.2022

§ 17h
(Leerparagraph)

Stand: 01.01.2020

§ 17i
(Leerparagraph)

Stand: 01.01.2020

§ 17j
AOK-Selbstbehalttarif

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

(2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl zum AOK-Selbstbehalttarif. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Ergeben sich während der Tarifwahl Zeiten, in denen der Tarif gemäß § 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V nicht wählbar ist oder werden vom Mitglied keine Beiträge gezahlt, ruhen für diese Zeiten die Rechte und Pflichten aus dem Tarif. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. Beginnt die Mitgliedschaft im Laufe eines Monats, beginnt der AOK-Selbstbehalttarif mit dem 1. des Folgemonats. Der Tarif endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V) gekündigt werden. Bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der AOK-Selbstbehalttarif abweichend von Satz 6 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden. Die AOK kann den Tarif zum nächsten Jahresende – frühestens nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn – kündigen, wenn das Mitglied zwei Mal die fälligen Selbstbehalte trotz Hinweis auf die Folgen durch die AOK nicht entrichtet hat.

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

(6) Der AOK-Selbstbehalttarif beginnt am 01.04.2019.

Stand: 01.11.2025

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 3,29 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

Stand: 16.12.2025

§ 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 (§ 36a i. V. m. § 35 Abs. 2 und § 35a Abs. 1 Satz 3 SGB IV). Der Widerspruchsausschuss kann in eiligen Fällen oder aus einem anderen wichtigen Grund schriftlich abstimmen. Wenn mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

(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: 01.01.2024

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.

5. Aus wichtigem Grund (z. B. Vorliegen einer Pandemie). Ob ein wichtiger Grund 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) Auf Feststellung des Vorsitzenden kann in außergewöhnlichen Notsituationen und in besonders eiligen Fällen der Verwaltungsrat auch ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung (digitale Sitzung) mittels eines geeigneten Konferenzsystems beraten und abstimmen. Ist die Sitzung öffentlich, ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche zeitgleiche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung des Vorsitzenden widerspricht. Über die Angelegenheit ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

(6) Zur Aufgabenwahrung finden jährlich regelmäßig mindestens vier Sitzungen des Verwaltungsrates statt. Mit Ausnahme von konstituierenden Sitzungen können die Mitglieder mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen (hybride Sitzung). 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.

(7) Werden die Sitzungen hybrid oder digital durchgeführt, erfolgt die Abgabe der Stimme während der Sitzung durch eindeutiges Handzeichen oder elektronisch. Technisch bedingte Störungen der Wahrnehmbarkeit, die nachweislich im Verantwortungsbereich der AOK liegen, sind von dem Vorsitzenden festzustellen; die Sitzung darf nicht fortgesetzt werden. Sonstige Störungen sind unbeachtlich. Über die offenen Angelegenheiten ist in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen. Bereits getroffene Beschlüsse behalten ihre Gültigkeit.

(8) Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden. § 63 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB IV gilt entsprechend. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

(9) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere:

1. Die Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht verstoßen (§ 38 SGB IV),

2. die Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei der Ergänzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB IV),

3. Anzeige und Benachrichtigung über das Ergebnis der Wahl und über Änderungen in der Zusammensetzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 3 SGB IV).

§ 28
Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus einem Mitglied. Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahre, Wiederwahl ist möglich.

(2) Der Vorstand führt die Geschäfte der AOK, soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen.

(3) Der Vorstand handelt unter Berücksichtigung der vom Verwaltungsrat bestimmten Grundsatzentscheidungen und trifft alle zu ihrer Realisierung erforderlichen Entscheidungen.

(4) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:

1. Die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Aufgaben in der Unternehmenspolitik und -strategie, der Sozial- und Gesundheitspolitik,

2. Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über

   a) Umsetzung von Grundsatzentscheidungen,

   b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,

   c) die Einhaltung der Jahresziele,

3. Aufstellung von Richtlinien für den Vorstand,

4. Bericht gegenüber den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen,

5. sonstige Aufgaben, die durch Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht dem Vorstand zugewiesen sind.

Stand: 01.07.2013

§ 29
Vertretung der AOK

(1) Der Vorstand vertritt die AOK unbeschadet des Absatzes 2 gerichtlich und außergerichtlich.

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

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

Stand: 01.01.2021

§ 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 01.04.2026 in Kraft.

Mit dem Tag des In-Kraft-Tretens dieser Satzung verliert die Satzung vom 19.03.1991 in der Fassung der 54. Änderung vom 16.12.2025 ihre Geltung.

Der Verwaltungsrat hat die vorstehende Fassung der Satzung in seiner Sitzung vom 16.03.2026 beschlossen.

Der Verwaltungsrat
der AOK Bremen/Bremerhaven

Annette Düring
Vorsitzende

Der Vorstand
der AOK Bremen/Bremerhaven

Olaf Woggan
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 Arbeitslosenversicherung sowie Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V, § 61 SGB XI und § 172a SGB VI.

(2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der in Abs. 1 Nr. 1 aufgeführte Erstattungssatz auf 50 v. H. ermäßigt oder auf 70 v. H. erhöht.

(3) Die Wahl des Tarifes gemäß Absatz 2 wird vom Arbeitgeber wie folgt ausgeübt:

1. Durch die maschinelle Übermittlung eines entsprechenden Datensatzes oder schriftliche Anzeige bis zum Ende des Monats Februar für das laufende Kalenderjahr.

2. Bei Neueröffnung des Arbeitgeberkontos ist die Wahl innerhalb von sechs Wochen nach Kontoeröffnung bei der AOK Bremen/Bremerhaven auszuüben und auf den unter 1. genannten Wegen anzuzeigen; wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, erfolgt die Einstufung nach Abs. 1 Nr. 1.

3. Arbeitgeber, die ihr Wahlrecht zu Beginn des Jahres nicht ausüben, werden mit dem Tarif eingestuft, der dem im Vorjahr gewählten/eingestuften Tarif entspricht.

An den gewählten Tarif ist der Arbeitgeber bis zum Ende des Kalenderjahres gebunden.

§ 4
Abgeltung der Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen

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

Stand: 01.01.2012

§ 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 1,8 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs. 2 AAG. Die erhöhte Umlage nach § 3 Abs. 2 Satz 1 beträgt 3,5 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 0,45 v. H.

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

Stand: 19.01.2024

§ 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 2025 in Kraft.

Der Verwaltungsrat der Ausgleichskasse
der AOK Bremen/Bremerhaven

Marcel Christmann
Vorsitzender

Der Vorstand der Ausgleichskasse
Der AOK Bremen/Bremerhaven

Olaf Woggan
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 Verwaltungsrates oder ihre Stellvertreter erhalten nach Maßgabe des § 41 Abs. 2 SGB IV 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 SGB 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 SGB IV) 90 Euro. Den Pauschbetrag erhalten sie auch bei Teilnahme an Verhandlungen mit Dritten, wenn sie auf Beschluss des jeweiligen Organs daran teilnehmen. Digitale oder hybride Sitzungen (§ 64a SGB IV) sind als Sitzung im Sinne des Satzes 1 zu bewerten. Für die Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung ist die gleiche Sitzungspauschale wie für in Präsenz teilnehmende Mitglieder vorzusehen.

(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: 01.01.2022

§ 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 SGB IV) einen Pauschbetrag von je 68 Euro monatlich und für ihren Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen (§ 41 Abs. 3 Satz 2 des SGB IV) einen Pauschbetrag von je 630 Euro monatlich. Der Vorsitzende oder sein Stellvertreter erhalten für jeden Monat, in dem sie an einer Sitzung außerhalb des Verwaltungsrates in gesetzlich vorgesehenen Gremien teilnehmen, einen Pauschalbetrag für Zeitaufwand für die außergewöhnliche Inanspruchnahme außerhalb von Sitzungen gem. § 3 Abs. 1.

Stand: 01.01.2022

§ 6
Schlussvorschriften

(1) Unabhängig von der Zahl der Sitzungen wird pro Tag nur ein Sitzungsgeld gezahlt, und zwar auch dann, wenn an einem Tag je eine Sitzung oder auch mehrere von Krankenkassen- und Pflegekassenorganen stattfindet.

(2) Den Vorsitzenden des Verwaltungsrates der Pflegekasse wird neben der Vorsitzendenpauschale für ihre entsprechende Krankenkassentätigkeit keine zusätzliche Vorsitzendenpauschale gewährt.

§ 7
In-Kraft-Treten

Diese Entschädigungsregelung tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Anlage 2 zur Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven

(Ausführungsbestimmungen zum Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a Abs. 1 und Abs. 1a SGB V, § 17a der Satzung der AOK Bremen/Bremerhaven)

Ausführungsbestimmungen AOK-Bonusprogramm

1. Teilnahme

Zur organisatorischen Abwicklung des AOK-Bonusprogramms werden die Versicherten gebeten, ihren Wunsch zur Teilnahme zu erklären. Dies hat lediglich deklaratorischen Charakter. Auswirkungen auf die Leistungsansprüche ergeben sich bei ausbleibender Erklärung nicht. Die Leistungsansprüche aus dem AOK-Bonusprogramm ergeben sich nach dem Gesetz und diesen Ausführungsbestimmungen.

Versicherte erhalten Bonuspunkte für Gesundheitsmaßnahmen.

Die Erklärung zur Teilnahme am AOK-Bonusprogramm kann formlos erfolgen. Für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres erfolgt die Erklärung durch gesetzliche Vertretende.

Es werden alle bonifizierbaren Gesundheitsmaßnahmen bonifiziert, die während der Versicherung/Mitgliedschaft bei der AOK durchgeführt werden.

2. Bonifizierung und Auszahlung der Prämie

Die AOK belohnt gesundheitsbewusstes Verhalten mit Bonuspunkten, die in eine Geldprämie eingelöst werden können.

Ansprüche aus diesem AOK-Bonusprogramm verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. Zu diesem Zeitpunkt verfallen auch bis dahin nicht eingelöste Bonuspunkte.

Eine Einlösung ist in der elektronischen Variante jederzeit möglich. In Papierform erfolgt die Auszahlung der Bonuspunkte einmal jährlich nach Ablauf des Kalenderjahres durch Vorlage des Bonusheftes durch den Versicherten. Voraussetzung für eine Auszahlung ist eine gültige Bankverbindung. Eine Auszahlung bereits während der Versicherung/Mitgliedschaft erworbener Boni, ist auch bei einer beendeten Versicherung/Mitgliedschaft möglich. 100 Bonuspunkte entsprechen 1,00 Euro.

3. Gegenstand AOK-Bonusprogramm

Versicherte erhalten bei Inanspruchnahme bzw. Durchführung qualitätsgesicherter Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens einen Bonus von der AOK.

Die Inanspruchnahme von Leistungen oder die regelmäßige Teilnahme an entsprechend qualitätsgesicherten Angeboten muss nachgewiesen werden. Die Bestätigung der Inanspruchnahme kann, abhängig von der jeweiligen Maßnahme, durch vertrags(zahn)ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Leistungserbringende, Anbietende oder Kursleitende erfolgen. Die genauen Anforderungen zur qualitätsgesicherten Durchführung der Maßnahmen ergeben sich aus den jeweiligen Beschreibungen zu den einzelnen Maßnahmen.

Sofern Versicherten für die Durchführung einer solchen Maßnahme Kosten entstehen, werden diese von der AOK nicht erstattet – es sei denn, der Leistungsumfang der GKV sieht eine Kostenübernahme vor (z. B. Schutzimpfungen). Sofern Leistungserbringende für die Ausstellung eines Nachweises den Versicherten Kosten in Rechnung stellen (z. B. ärztliches Attest), werden diese ebenfalls nicht erstattet. Zum einfachen Nachweis von Maßnahmen stellt die AOK dafür Fotocoupons für den elektronischen Durchführungsweg zur Verfügung.

Zur Übermittlung von Nachweisen können Versicherte die Applikation „Meine AOK“ nutzen. Sofern Belege für Maßnahmen elektronisch eingesendet oder hochgeladen werden, sind die Versicherten verpflichtet, die Originale mindestens zwölf Monate zu Prüfzwecken aufzubewahren.

Versicherte können sich die Inanspruchnahme von Maßnahmen auch auf dem von der AOK zur Verfügung gestellten Scheckbogen bestätigen lassen und diesen dann als Nachweis einreichen.

Die Nachweise zur Bonifizierung von Maßnahmen sollen zeitnah, möglichst bis zum 31.03. des Folgejahres, bei der AOK eingereicht werden.

4. Maßnahmen

Versicherte erhalten einen Gesundheitsbonus

- wenn sie Leistungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a und 26 SGB V) oder Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i SGB V) in Anspruch genommen haben oder

- wenn sie Zahnvorsorge (§§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nar. 2 SGB V) oder Mutterschaftsvorsorge (§ 24d SGB V, Mutterschafts-Richtlinien) in Anspruch genommen haben oder

- wenn sie regelmäßig Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) oder vergleichbare qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens in Anspruch genommen haben.

Jede Inanspruchnahme einer Maßnahme wird grundsätzlich mit Bonuspunkten belohnt. Die Maßnahme Mitgliedschaft in einem Sportverein, Fitnessstudio oder Hochschulsport wird mit 3.000 Punkten belohnt. Die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Leistungen orientieren sich an den §§ 25, 25a und § 26 SGB V sowie § 20i SGB V und sind außerdem unter den Ziffern 4.1 – 4.15 beschrieben.

4.1 Gesundheitsuntersuchung Check-Up

Die Vorsorgeuntersuchung Check-Up nach § 25 Abs. 1 SGB V, die bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres einmalig und vom vollendeten 35. Lebensjahr an alle 3 Jahre wahrgenommen werden kann, wird bonifiziert. Eine Bestätigung erfolgt durch den Leistungserbringer, welcher die Vorsorgeuntersuchung durchführt oder in begründeten Einzelfällen durch den Versicherten selbst. Eine Bonifizierung und/oder Vergütung von ärztlichen Untersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen des Check-Up hinausgehen, erfolgt nicht. Die Bonifizierung dieser Untersuchung ist in Abhängigkeit zum Alter nur einmalig bzw. alle drei Jahre möglich.

4.2 Hautkrebsscreening

Versicherte haben ab Vollendung des 18. Lebensjahres jedes zweite Jahr Anspruch auf Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebs (Hautkrebsscreening). Eine Bestätigung erfolgt durch den Leistungserbringer, welcher die Vorsorgeuntersuchung durchführt.

4.3 Kinder- und Jugendvorsorge

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sollen Auffälligkeiten und Symptome von Kindern frühzeitig erkennen und deutbar machen und für mehr Sicherheit sorgen. Die Vorsorgeuntersuchungen beginnen unmittelbar nach der Geburt und reichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (U1 bis J2). Die Inanspruchnahme dieser Vorsorgeuntersuchungen wird jeweils einzeln bonifiziert. Eine Bestätigung erfolgt durch den Leistungserbringer, welcher die Vorsorgeuntersuchung durchführt.

4.4 Krebsfrüherkennung

Alters- oder geschlechtsspezifische Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung gemäß §§ 25, 25a SGB V werden als Maßnahme bonifiziert.

Für die Bonifizierung ist die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung durch einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin hinreichend. Eine Bestätigung erfolgt durch den Leistungserbringer, welcher die Vorsorgeuntersuchung durchführt.

4.5 Mutterschaftsvorsorge

Versicherte, die während der Schwangerschaft die im Mutterpass vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, erhalten für jede durchgeführte Vorsorgeuntersuchung jeweils eine Bonifizierung. Eine Bestätigung erfolgt durch den Leistungserbringer, welcher die Vorsorgeuntersuchung durchführt.

4.6 Schutzimpfungen

Nehmen Versicherte ab dem vollendeten 15. Lebensjahr Impfungen gem. § 20i SGB V, § 10c der Satzung sowie die von der ständigen Impfkommission (STIK0) empfohlenen Impfungen wahr, wird dies in dem Jahr, in dem eine Impfung erfolgt ist, bonifiziert. Voraussetzung für einen Bonus ist, dass eine vollständige Immunisierung erfolgte und diese ärztlich bestätigt wurde oder per Impfausweis nachgewiesen werden kann. Innerhalb eines Kalenderjahres können mehrere Impfungen bonifiziert werden.

Eine Impfung kann mehrere Arztbesuche umfassen, falls diese zum Aufbau einer vollständigen Immunisierung notwendig sind. Die Bonuspunkte werden für das Kalenderjahr angerechnet, in dem die vollständige Immunisierung abgeschlossen wurde, also für das Kalenderjahr des letzten Arztbesuchs.

Mehrfachimpfungen, die in einer Behandlung verabreicht werden (z. B. Tetanus-Diphtherie-Impfung), zählen als eine Impfung. Eine Bestätigung erfolgt durch den Leistungserbringer, welcher die Schutzimpfung durchführt.

4.7 Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Eine professionelle Zahnreinigung in einer vertragszahnärztlichen Praxis wird je Versicherten einmal jährlich bonifiziert. Eine Bestätigung erfolgt durch den Leistungserbringer, welcher die professionelle Zahnreinigung durchführt.

4.8 Zahnvorsorge

Die nachgewiesene Zahnvorsorge nach §§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V in einer vertragszahnärztlichen Praxis wird je Versicherten zweimal jährlich bonifiziert. Eine Bestätigung erfolgt durch den Leistungserbringer, welcher die Zahnvorsorge durchführt.

4.9 Sportverein/Fitnessstudio/Hochschulsport

Bewegungsmangel ist eine wesentliche Ursache für viele der sogenannten Volkskrankheiten und die Förderung von Bewegung eines der wichtigsten Ziele von Prävention. Eine zentrale Rolle spielt der organisierte Sport mit über 80.000 Sportvereinen (Mitgliedsorganisationen des Deutschen Sportbundes). Nach § 20 SGB V
kann die Teilnahme an Angeboten in Sportvereinen, die die Qualitätskriterien des sog. Leitfadens Prävention des Spitzenverband Bund der Krankenkassen erfüllen und das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit" tragen, von der Krankenkasse finanziert oder bezuschusst werden. Die Finanzierung ist dabei auf ein einmaliges Angebot begrenzt. Um aber auch Anreize für eine dauerhafte sportliche Betätigung und die Beteiligung an einem breiteren, aber dennoch gesundheitsorientierten Spektrum von Angeboten der Vereine zu setzen, wird die nachgewiesene aktive Betätigung im Sportverein - im Gegensatz zur „inaktiven Mitgliedschaft" - bonifiziert. Versicherte, die sich nachweislich aktiv (mindestens 2 x monatlich) sportlich im Sportverein betätigen, erhalten nach Bestätigung des Vereins eine Bonifizierung pro Kalenderjahr.

Versicherte ab Vollendung des 15. Lebensjahres, die sich nachweislich regelmäßig (mindestens 2 x monatlich) sportlich im Fitnessstudio betätigen, erhalten nach Bestätigung des Trainers/Verantwortlichen des Fitnessstudios eine Bonifizierung pro Kalenderjahr. Dieses Angebot beschränkt sich auf Fitnessstudios, deren Qualität durch ein Gütesiegel (z. B. TÜV-Siegel, Prae-Fit-Siegel) nachgewiesen ist.

Versicherte, die regelmäßig (mindestens 2 x monatlich) an Sportkursen der Hochschulen teilnehmen, erhalten jährlich eine Bonifizierung. Die Bestätigung erfolgt durch den Trainer/die Trainerin.

4.10 Raucherentwöhnungskurs

Die AOK bietet ihren Versicherten von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifizierte Raucherentwöhnungskurse an, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist. Eine Übersicht über die aktuellen Kursangebote kann unter aok.de eingesehen werden. Bonifiziert werden Raucherentwöhnungskurse, deren Kosten zu 100 % oder anteilig von der AOK übernommen werden. Die vollständige Teilnahme wird bonifiziert. Eine Teilnahme gilt als vollständig, wenn der Versicherte an mehr als 3/4 der angesetzten Termine mitgewirkt hat. Pro Jahr kann die Bonifizierung von einem Raucherentwöhnungskurs je Versicherten erfolgen. Eine Bestätigung erfolgt durch den Kursleiter/die Kursleiterin.

4.11 Anerkanntes Sportabzeichen

Alle Versicherten, die erfolgreich ein anerkanntes Sportabzeichen (z. B. Deutsches Sportabzeichen, Seepferdchen, Freischwimmer etc.) errungen haben, erhalten eine Bonifizierung. Eine Bonifizierung des Sportabzeichens ist - unabhängig von der Anzahl der bestandenen Prüfungen - maximal einmal pro Jahr möglich; andere Abzeichen und Nachweise für sportliche Aktivitäten werden nicht bonifiziert. Die Bestätigung erfolgt durch den Leistungserbringer/Trainer/Veranstalter.

4.12 Sonderaktionen

Die AOK veranstaltet bzw. fördert regelmäßig Veranstaltungen/Aktionen zur Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensweise. Die regelmäßige (mindestens 2 x im Kalenderjahr) Teilnahme an solchen Veranstaltungen/Aktionen kann durch die AOK prämiert werden. Diese Veranstaltungen/Aktionen werden entsprechend gekennzeichnet. Dabei muss es sich um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung handeln. Dies können z. B. Gesundheitstage, Gesundheitsvorträge, Sportveranstaltungen etc. sein. Für eine Bonifizierung sind zwei Teilnahmen an Veranstaltungen/Aktionen erforderlich. Pro Kalenderjahr kann der Versicherte jeweils zwei Bonifizierungen (2 x 2 Teilnahmen an Veranstaltungen/Aktionen) erhalten. Eine Bestätigung erfolgt durch die AOK während oder nach der jeweiligen Veranstaltung/Aktion.

4.13 Sportmedizinische Untersuchung

Eine sportmedizinische Untersuchung wird einmal, im Jahr der Untersuchung, bonifiziert. Voraussetzung für eine Bonifizierung ist, dass der Arzt die Zusatzqualifikation „Sportmedizin" besitzt. Als Nachweis dient eine Rechnung/Bestätigung mit Stempel/Unterschrift des Arztes.

4.14 Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU)

Die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen kommen Kindern im Alter von 30 bis 72 Monaten zu Gute. In diesem Zeitraum können im Abstand von mindestens 12 Monaten maximal 3 FU-Termine wahrgenommen werden. Eine Bestätigung erfolgt durch den Leistungserbringer, welcher die Untersuchung durchführt.

4.15 Sonderaktionen mit erhöhtem Bonus

Die AOK veranstaltet bzw. unterstützt regelmäßig Aktionen zur Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensweise. Diese Veranstaltungen sind entsprechend gekennzeichnet. Aktionsbedingt kann der Bonuswert in Abhängigkeit von durchgeführten Maßnahmen der Kategorien Sport & Bewegung, Vorsorge und Impfungen verdoppelt werden.

5. Applikation „Meine AOK“

Teilnehmende Versicherte haben die Möglichkeit, das Bonusprogramm bzw. ihr Bonuskonto mit Hilfe der dafür bereitgestellten technischen Applikationen „Meine AOK“ selbst zu verwalten - von der Teilnahmeerklärung über das Einreichen von Nachweisen bis hin zur Auszahlung der Geldprämie. Die Applikationen stehen sowohl im Google Play Store als auch im Apple App Store zum Download zur Verfügung. Voraussetzung für die Nutzung der Applikationen ist die vorherige, vollständig abgeschlossene Anmeldung im Onlineportal „Meine AOK“. Das ist allen Versicherten ab Vollendung des 15. Lebensjahres möglich.

6. Beendigung

Endet die Versicherung/Mitgliedschaft bei der AOK, endet automatisch auch die Teilnahme am AOK-Bonusprogramm mit dem letzten Tag der Versicherung. Der Anspruch auf eine Bonuszahlung ist davon unberührt.

7. Missbräuchliche Nutzung

Im Fall eines begründeten Verdachts auf missbräuchliche Nutzung, z. B. der Applikation „Meine AOK“, insbesondere durch Manipulation technischer Schnittstellen, aufgrund falscher Angaben oder sonstiger Verstöße, sind die Versicherten anzuhören und die Leistung bzw. Auszahlung gegebenenfalls zurückzufordern.

8. Datenschutz

Die AOK hat als Verantwortliche für die Verarbeitung der Daten im Rahmen des AOK-Bonusprogramms die datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und den Sozialdatenschutz, einzuhalten. Versicherte haben Anspruch darauf, dass für die sie betreffenden personenbezogenen Daten (Sozialdaten) das Sozialgeheimnis gewahrt wird (§ 35 SGB 1).

Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung ergibt sich aus § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 i. V. m. § 65a SGB V und § 38 der Satzung der AOK und für die lokale Speicherung von Daten aus der Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a) und Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.

8.1 Verarbeitung von Daten

Folgende Daten der Nutzenden werden verarbeitet: Vorname, Name, Geschlecht, Titel, Adresse, ggf. Telefonnummer und E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Kassen-Nummer, KV-Nummer, Teilnehmenden-ID, Steuer-ID, Erfassungsdatum und Datum der Anmeldung zur Teilnahme, Beginn der Teilnahme, Nachweise über Maßnahmen, Datum der Durchführung der Maßnahmen, Höhe der Bonuspunkte, ausgezahlte Geldprämie und das Datum der Auszahlung.

Die zur Abwicklung des AOK-Bonusprogramms erhobenen Daten werden bei der AOK und den von ihr beauftragten Dienstleistern, insbesondere IT-Dienstleistern, verarbeitet. Die Angaben aus eingereichten Nachweisen über Gesundheitsmaßnahmen (Art, Datum und Bonushöhe) werden in oscare® erfasst. Empfangende der Daten sind nach § 71 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB X i. V. m § 10 EStG die Finanzbehörden.

8.2 Sozialdatenschutz bei Verwendung der Applikation „Meine AOK“

Die Nutzenden der Applikation „Meine AOK“ müssen aus Sicherheitsgründen sicherstellen, dass immer die aktuellste Version der Applikation „Meine AOK“ auf dem Smartphone installiert ist. Dies ist unabhängig vom jeweiligen Betriebssystem des Devices/Endgerätes des Versicherten.

9. Inkrafttreten

Die Ausführungsbestimmungen treten am 01.11.2025 in Kraft.

Stand: 01.11.2025