

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Kasernenstraße 61
40213 Düsseldorf



Satzung

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

10. Nachtrag vom 19.12.2023

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen hat den vom Verwaltungsrat der AOK Rheinland/Hamburg am 19.12.2023 beschlossenen 10. Nachtrag zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg mit Bescheid vom 20.12.2023, Aktenzeichen IIB3-2023-0015622, genehmigt.

Artikel 1: Änderung der Satzung

1. § 18
Beiträge und Beitragssätze

§ 18 wird wie folgt gefasst:

- (1) Die Beiträge sind von den beitragspflichtigen Einnahmen nach Maßgabe gesetzlicher Vorschriften aufzubringen.
- (2) Für die Beitragsbemessung der freiwilligen Mitglieder, Rentenantragsteller sowie Mitglieder nach den §§ 5 Abs. 1 Nr. 13 und 192 Abs. 2 SGB V sowie in den Fällen des § 239 Satz 2 SGB V gelten die durch den GKV-Spitzenverband aufgestellten einheitlichen Grundsätze.
- (3) Der allgemeine Beitragssatz beträgt gemäß § 241 SGB V 14,6 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.
- (4) Der ermäßigte Beitragssatz beträgt gemäß § 243 SGB V 14,0 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Der ermäßigte Beitragssatz gilt für Mitglieder, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht. Satz 2 gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4 b SGB V.
- (5) Der Zusatzbeitragssatz der AOK Rheinland/Hamburg gemäß § 242 SGB V beträgt 2,2 v. H.

2. § 36
Wahltarif Bonus mit Zusatzbonus

§ 36 wird wie folgt gefasst:

- (1) Die AOK Rheinland/Hamburg bietet im Rahmen dieses Wahltarifs nach § 53 SGB V Bonuszahlungen für einen Selbstbehalt in Verbindung mit der Nichtinanspruchnahme von Leistungen.
- (2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Wahltarifs Bonus mit Zusatzbonus. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V).

Die Wahl wird wirksam zum Beginn des Monats, in dem die Erklärung bei der AOK Rheinland/ Hamburg eingeht, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft und frühestens zu dem vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt.

Bei Versicherten, die am 31.12.2012 am Selbstbehalttarif oder am Wahltarif Bonus nach § 24 oder § 37 der Satzung in der Fassung zum 31.12.2012 teilgenommen haben, wird die Wahl rückwirkend zum 01.01.2013 wirksam, sofern die Erklärung bis spätestens 01.04.2013 bei der AOK Rheinland/Hamburg eingeht, frühestens jedoch zu dem vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt.

Die Teilnahme am Wahltarif ruht für Zeiten, in denen eine Familienversicherung besteht oder in denen aus anderen Gründen (z. B. Unterbrechung der Versicherung ohne Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse) keine Beiträge zu zahlen sind oder die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden. Dies gilt nicht für Zeiten des Bezuges von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld.

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

Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, in dem der AOK Rheinland/ Hamburg die schriftliche Erklärung zugeht, frühestens jedoch mit Ablauf der Bindungsfrist; für die sich hieraus ergebene Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK Rheinland/Hamburg nicht möglich. Die Teilnahme endet unabhängig davon mit dem Beginn einer rechtmäßigen Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse.

- (4) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Teilnahme für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt; das Nähere ergibt sich aus Absatz 5. Eine vorzeitige Kündigung des Tarifes ist auch bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI möglich. Die Teilnahme endet in diesen Fällen zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats; Abs. 3 Satz 3 gilt entsprechend.

- (5) Eine unbillige Härte ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn das Mitglied Leistungen nach dem SGB III (Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder Bürgergeld oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegsopferfürsorge bezieht.

- (6) Mitgliedern mit einem jährlichen Einkommen bis 18.000,00 EUR brutto steht ein Grundbonus von 80,00 EUR kalenderjährlich zu (Tarifstufe I). Mitglieder mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von 18.000,01 EUR bis zu der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V erhalten einen Grundbonus in Höhe von 110,00 EUR (Tarifstufe II). Für Mitglieder mit einem jährlichen Bruttoeinkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V beträgt der Grundbonus 230,00 EUR (Tarifstufe III). Maßgeblich ist das Jahresarbeitsentgelt des abzurechnenden Teilnahmejahres.

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 Tarifklasse, welche dem festgestellten Einkommen entspricht.

Ein Wechsel innerhalb der Tarifstufen kann rückwirkend zum 01.01. des Vorjahres, frühestens jedoch ab Teilnahmebeginn erfolgen, sofern das Mitglied die Änderung bis zum 31.01. des laufenden Kalenderjahres schriftlich bei der AOK Rheinland/Hamburg beantragt. Voraussetzung dafür ist, dass das Jahresarbeitsentgelt des abzurechnenden Teilnahmejahres der gewählten Tarifstufe entspricht. Die Wahl einer niedrigeren Tarifstufe ist jederzeit möglich.

-
- (7) Mitglieder haben einen Anspruch auf den Gesundheitsbonus gemäß § 36 Abs. 7 der Satzung, in der bis 31.12.2020 geltenden Fassung, wenn Gesundheitsmaßnahmen in der Zeit vom 01.01. bis 30.04.2021 durchgeführt und diese nicht nach § 38 der Satzung bonifiziert wurden.
- (8) Mitgliedern steht ein Zusatzbonus pro Kalenderjahr zu, wenn sie in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren, in denen sie am Tarif teilgenommen haben, keine Eigenbeteiligungen nach Absatz 9 tragen mussten. Für das erste Kalenderjahr der Teilnahme am Tarif steht dem Mitglied der Zusatzbonus anteilig gemäß Abs. 10 Satz 5 auch dann zu, wenn die Teilnahme am Tarif spätestens am 01.10. des Jahres begonnen hat und sowohl für diesen Zeitraum als auch für die darauffolgenden beiden Kalenderjahre der Teilnahme am Tarif keine Eigenbeteiligungen nach Absatz 9 entstanden sind.

Bei Versicherten, die am 31.12.2012 am Selbstbehalttarif nach § 24 der Satzung in der Fassung zum 31.12.2012 teilgenommen haben, gelten die Zeiten der Teilnahme an diesen Tarifen, in denen keine Eigenbeteiligungen zu tragen waren, als anzurechnende Teilnahmezeiten ohne Eigenbeteiligung im Sinne von Satz 1.

Der Zusatzbonus beträgt pro vollständiges Kalenderjahr 50,00 EUR in Tarifstufe I, 60,00 EUR in Tarifstufe II und 100,00 EUR in Tarifstufe III. Die Zahlung des Zusatzbonus für die ersten drei Teilnahmejahre erfolgt zusammenhängend erstmalig mit der Abrechnung des dritten Teilnahmejahres, sofern die Voraussetzung für den Zusatzbonus erfüllt wurde. In Folgejahren erfolgt die Zahlung jährlich, bei Erfüllung der in Satz 1 genannten Voraussetzung mit der jährlichen Abrechnung des Tarifes. Muss das Mitglied in einem Kalenderjahr eine Eigenbeteiligung nach Abs. 9 tragen, wird kein Zusatzbonus gewährt und es muss vor der nächsten Zahlung des Zusatzbonus der Zeitraum von drei vollständigen Kalenderjahren ohne Zahlung einer Eigenbeteiligung erneut erfüllt werden.

- (9) Mitglieder tragen Eigenbeteiligungen bis zu einem kalenderjährlichen Höchstbetrag von 160,00 EUR in Tarifstufe I, 220,00 EUR in Tarifstufe II und 460,00 EUR in Tarifstufe III. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 20,00 EUR in Tarifstufe I, 27,50 EUR in Tarifstufe II und 57,50 EUR in Tarifstufe III. Die Eigenbeteiligung je stationärer Krankenhausbehandlung beträgt 40,00 EUR in Tarifstufe I, 55,00 EUR in Tarifstufe II und 115,00 EUR in Tarifstufe III. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Leistungen, die aufgrund einer Schwangerschaft einschließlich der Entbindung entstehen, werden nicht einbezogen. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24 a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen.
- (10) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Eigenbeteiligungen für das Kalenderjahr bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Der sich aus den Selbstbehalt-Tarifelementen (Grundbonus nach Abs. 6 und Zusatzbonus nach Abs. 8) für das Mitglied ergebende Auszahlungsbetrag darf 20 % der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V). Ist die Summe der Boni höher als die der Eigenbeteiligungen, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Ist die Summe der Eigenbeteiligungen höher als die Summe der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 14 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK Rheinland/ Hamburg fällig, auch wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde.

Beginnt die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus, der Zusatzbonus, und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Gleiches gilt bei Ende der Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres; hiervon ausgenommen ist der Zusatzbonus.

Die AOK Rheinland/Hamburg kann dem Mitglied auf Antrag eine Vorauszahlung in Höhe von bis zu 100,00 EUR auf künftige Grundboni im Kalenderjahr zahlen. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt.

3. § 58

Inkrafttreten

§ 58 wird wie folgt gefasst:

Der 10. Nachtrag tritt am 01.01.2024 in Kraft.

3. Anhang 2

Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft

("Ausgleichsverfahren")

Abschnitt D - Umlagen

Anhang 2 zu § 6, Aufbringung der Mittel, wird wie folgt gefasst:

- (1) Die Mittel zur Durchführung des Ausgleichsverfahrens werden durch Umlagen von den beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.
- (2) Bei der gesetzlichen Entgeltfortzahlung beträgt die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit
 - a) nach § 3 Abs. 1 Buchstabe a
= 2,99 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG
 - b) nach § 3 Abs. 2
= 3,89 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG
 - c) nach § 3 Abs. 3
= 2,49 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG
- (3) Die Umlage für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (§ 3 Abs. 1 Buchstabe b) beträgt 0,52 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 7 AAG.
- (4) Ist lediglich die Umlage nach Absatz 3 zu zahlen, kann die AOK Rheinland/Hamburg mit dem umlagepflichtigen Arbeitgeber abweichende Vereinbarungen über Nachweis und Fälligkeit (§ 1) dieser Umlage treffen, sofern der Verwaltungsaufwand des Arbeitgebers bei der monatlichen Zahlung der Umlage in keinem angemessenen Verhältnis zu dem Umlagebetrag stehen würde; dies ist bei einem Jahresbetrag, der 36 EUR nicht übersteigt, der Fall.

4. Anhang 3 zu § 38 der Satzung

Ausführungsbestimmungen: AOK-Bonusprogramme

Anhang 3 zu § 38 der Satzung wird wie folgt gefasst:

1. Teilnahme

Zur organisatorischen Abwicklung der Bonusprogramme 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 Bonusprogramm ergeben sich nach dem Gesetz und diesen Ausführungsbestimmungen.

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK. Teilnehmende Versicherte erhalten Bonuspunkte für Gesundheitsmaßnahmen. Die Summe der Bonuspunkte je Kalenderjahr bestimmt die Höhe des Gesundheitsbonus.

Die Versicherten können aus einem von zwei Bonusmodellen wählen. Die parallele Teilnahme an beiden Bonusprogrammen ist nicht möglich.

- **AOK-Fit+**
Teilnehmende Versicherte können ihre Bonuspunkte in eine Geldprämie einlösen.
- **AOK-Vital+**
Teilnehmende Versicherte können ihre Bonuspunkte in einen Zuschuss für Gesundheitsleistungen einlösen.

Die Zuschüsse zu Gesundheitsleistungen sind zweckgebunden und werden gegenüber Geldprämien höher bonifiziert, da die AOK die Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielen möchte.

Die Entscheidung zur Teilnahme an einem dieser Bonusprogramme gilt für ein Kalenderjahr.

Ein Wechsel soll frühestens mit Beginn eines neuen Kalenderjahres erfolgen.

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

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Erklärung zur Teilnahme, frühestens mit Beginn eines Versicherungsverhältnisses bei der AOK.

Es werden alle Gesundheitsmaßnahmen bonifiziert, die im Kalenderjahr der Teilnahme während der Versicherung bei der AOK durchgeführt und nachgewiesen werden.

1.1 Teilnahme am AOK-Fit+

Alle Teilnehmenden, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, sammeln Bonuspunkte auf einem eigenen, nicht übertragbaren Bonuskonto. Die Bonuspunkte von Teilnehmenden bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres werden auf dem Bonuskonto des Elternteils mitgesammelt, über den die Familienversicherung besteht.

Beim AOK-Fit+ wird jede Gesundheitsmaßnahme nach § 65a Abs. 1 SGB V mit 3.000 Bonuspunkten und jede Gesundheitsmaßnahme nach § 65a Abs. 1a SGB V mit 1.000 Bonuspunkten bonifiziert.

100 Bonuspunkte entsprechen einer Geldprämie von 1,00 EUR.

1.2 Teilnahme am AOK-Vital+

Teilnehmende Mitglieder sammeln auf einem eigenen, nicht übertragbaren Bonuskonto. Nach § 10 SGB V teilnehmende Angehörige, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können wählen, ob sie über das Bonuskonto des Mitgliedes, über das die Familienversicherung besteht, oder auf einem eigenen, nicht übertragbaren Bonuskonto sammeln.

Sofern auf dem Bonuskonto des Mitgliedes teilnehmende Angehörige sammeln, sind diese auf der Teilnahmeerklärung des Mitgliedes aufzuführen.

Die Bonuspunkte von Teilnehmenden bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres werden immer auf dem Bonuskonto des Mitgliedes gesammelt, über den die Familienversicherung besteht.

Beim AOK-Vital+ wird jede Gesundheitsmaßnahme nach § 65a Abs. 1 oder Abs. 1a SGB V mit 1.000 Bonuspunkten bonifiziert.

100 Bonuspunkte entsprechen einem Zuschuss zu Gesundheitsleistungen von 2,00 EUR.

2. Bonifizierung und Auszahlung der Prämie

Die AOK belohnt gesundheitsbewusstes Verhalten mit Bonuspunkten, die in eine Geldprämie (AOK-Fit+) oder in einen Zuschuss (AOK-Vital+) eingelöst werden können.

Sofern nicht alle Bonuspunkte im Rahmen der Bezuschussung von Leistungen eingelöst wurden, verbleiben die restlichen Bonuspunkte im Bonuskonto. Diese können weiterhin in einen Zuschuss jedoch nicht in eine Geldprämie eingelöst werden.

Gesammelte, aber nicht eingelöste Bonuspunkte werden für jedes abgelaufene Kalenderjahr festgeschrieben. Ein Übertrag von Bonuspunkten auf andere Kalenderjahre oder Personen ist nicht möglich. Ansprüche aus diesem Bonusprogramm verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind. Zu diesem Zeitpunkt verfallen auch bis dahin nicht eingelöste Bonuspunkte.

Eine Einlösung ist ab 1.000 Bonuspunkten jederzeit möglich. Voraussetzung dafür ist eine gültige Bankverbindung. Eine Auszahlung ist auch bei einer gekündigten Mitgliedschaft möglich.

Die Vorschriften der §§ 51 bis 54 SGB I gelten entsprechend. Eine Rechtsnachfolge findet nicht statt.

3. Nachweis eines gesundheitsbewussten Verhaltens

Teilnehmende 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 Teilnehmenden Kosten in Rechnung stellen (z. B. ärztliches Attest), werden diese ebenfalls nicht erstattet.

Zur Übermittlung von Nachweisen können teilnehmende Versicherte die von ihnen präferierten Kontaktkanäle wählen und nutzen. Sofern Belege für Maßnahmen elektronisch eingeschickt oder hochgeladen werden, sind die teilnehmenden Versicherten verpflichtet, die Originale mindestens zwölf Monate zu Prüfzwecken aufzubewahren.

Teilnehmende 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, spätestens bis zum 31.12. des Folgejahres, bei der AOK eingereicht werden.

4. Gesundheitsmaßnahmen

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 Nr. 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.

Ein solcher Maßnahmenkomplex ist als eine Maßnahme zu verstehen. Somit kann dafür auch nur einmal ein Bonus gewährt werden - nicht für jede nachgewiesene einzelne Maßnahme aus diesem Komplex.

Satzung der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
10. Nachtrag vom 19.12.2023

Folgende Gesundheitsmaßnahmen werden bonifiziert:

Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 SGB V	AOK-Fit+	AOK-Vital+
Gesundheitsuntersuchung (Check-up)	3.000 Punkte	1.000 Punkte
Hautkrebsvorsorge (ab 35 Jahren)	3.000 Punkte	1.000 Punkte
Kinder- und Jugendvorsorge ausgenommen sind die U10, U11 und J2	3.000 Punkte	1.000 Punkte
Krebsfrüherkennung	3.000 Punkte	1.000 Punkte
Schutzimpfungen	3.000 Punkte	1.000 Punkte

Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V	AOK-Fit+	AOK-Vital+
Betriebliches Gesundheitsmanagement	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Chlamydien-Screening	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Fitnessstudio	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Geburtsvorbereitungskurs	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Gesundheitswerte (BMI, Blutzucker, Cholesterin, Blutdruck)	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Hautkrebsvorsorge (im Alter von 18-34 Jahren)	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Hochschul-/Betriebssport	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Kinder- und Jugendvorsorge U10, U11, J2	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Mutterschaftsvorsorge	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Präventionskurs	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Rückbildungsgymnastik	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Sonderaktionen der AOK	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Sport-AG	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Sportabzeichen/Fitnessstest	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Sportmedizinische Untersuchung	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Sportverein	1.000 Punkte	1.000 Punkte

Zahnreinigung (PZR)	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Zahnvorsorge für Erwachsene	1.000 Punkte	1.000 Punkte
Zahnvorsorge für Kinder	1.000 Punkte	1.000 Punkte

4.1 Maßnahmen nach § 65a Abs. 1 SGB V

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 4.1.1 - 4.1.5 beschrieben.

4.1.1 Gesundheitsuntersuchung Check-up

Versicherte haben nach § 25 Abs. 1 SGB V im Alter zwischen 18 und 34 Jahren Anspruch auf Durchführung einer einmaligen Gesundheitsuntersuchung. Ab einem Alter von 35 Jahren besteht Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung im Rhythmus von drei Jahren (Check-up 35).

4.1.2 Hautkrebsscreening

Versicherte haben ab 35 Jahren jedes zweite Jahr Anspruch auf Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebs (Hautkrebsscreening).

Sofern das Hautkrebsscreening im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt wurde, entfällt in dem aktuellen und dem darauffolgenden Kalenderjahr die Bonifizierung dieser Maßnahme.

Jede einzelne Maßnahme darf nur einmal bonifiziert werden. Doppelbonifizierungen sind unzulässig.

4.1.3 Kinder- und Jugendvorsorge

Die Inanspruchnahme bzw. Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen/speziellen Früherkennungsuntersuchungen aus dem Kinderuntersuchungsheft (z. B. Pulsoxymetrie-Screening, Erweitertes Neugeborenen-Screening, Screening auf Mukoviszidose, Neugeborenen-Hörscreening) wird bonifiziert. Die Inanspruchnahme kann anhand des U-Heftes nachgewiesen werden.

Versicherte Kinder haben gemäß der Richtlinie für Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten Anspruch auf zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen.

- 6. - 9. Lebensmonat (einmalig)
- 10. - 20. Lebensmonat (einmalig)
- 21. - 33. Lebensmonat (einmalig)
- 34. Lebensmonat bis Vollendung 6. Lebensjahr drei Untersuchungen (Abstand mind.12 Monate)

Jede zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung wird bonifiziert.

4.1.4 Krebsfrüherkennung

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

4.1.5 Schutzimpfungen

Versicherte haben gemäß § 20i SGB V und nach § 7 Abs. 4a-c der Satzung der AOK Anspruch auf Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Schutzimpfungen).

Voraussetzung für einen Bonus ist, dass eine vollständige Immunisierung erfolgte und diese ärztlich bestätigt 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 ist. 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.

4.2 Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V

Die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Leistungen sind unter den Ziffern 4.2.1 - 4.2.19 beschrieben.

4.2.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Versicherte, die an einer Maßnahme (auch online durchgeführt) des betrieblichen Gesundheitsmanagements teilnehmen, erhalten einmal jährlich einen Bonus.

Eine Anerkennung dieser Maßnahme setzt voraus, dass Teilnehmende am Bonusprogramm an mindestens 80 % der vorgesehenen Kurstermine teilgenommen haben. Die Teilnahme wird durch eine schriftliche Bestätigung des Leistungserbringers oder des Arbeitgebers nachgewiesen.

Eine Bonifizierung erfolgt nicht für Maßnahmen aus § 65a Abs. 2 SGB V, die bereits nach § 7a der Satzung bonifiziert werden.

4.2.2 Chlamydien-Screening

Versicherte Frauen bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr haben einmal jährlich Anspruch auf ein Chlamydien-Screening.

4.2.3 Fitnessstudio

Teilnehmende Versicherte ab Vollendung des 15. Lebensjahres, die sich regelmäßig sportlich in einem qualifizierten Fitnessstudio betätigen und einen Nachweis darüber erbringen, erhalten dafür einmal jährlich einen Bonus.

Eine Regelmäßigkeit ist dann gegeben, wenn nachgewiesen werden kann, dass mindestens zweimal pro Monat im Fitnessstudio trainiert wurde.

Ein qualifiziertes Fitnessstudio im Sinne dieses Bonusprogramms erfüllt die Voraussetzungen der Zertifizierung nach DIN EN 17229 bzw. DIN-Norm 33961. Das Training sollte unter Anleitung einer Trainerin oder eines Trainers mit mindestens A-Lizenz erfolgen.

Grundsätzlich wird empfohlen, zuerst ein Probetraining in Anspruch zu nehmen, auch um eine qualifizierte Einweisung in die Benutzung der Fitnessgeräte zu erhalten.

4.2.4 Geburtsvorbereitungskurs

Versicherte, die regelmäßig (mindestens an 80% der Termine) an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen haben, der durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger durchgeführt wurde, erhalten nach Beendigung des Kurses und je Schwangerschaft einen Bonus. Der Nachweis erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung von Kursleitenden.

4.2.5 Gesundheitswerte

BMI

Versicherte, deren Body-Mass-Index sich durch gesundheitsbewusstes Verhalten von außerhalb des Normbereichs in den Normbereich entwickelt hat und über einen Zeitraum von mindestens 12 Wochen im Normbereich verblieben ist oder sich durch gesundheitsbewusstes Verhalten um mindestens 10 % des Ausgangsgewichts dem Normwert angenähert hat und dieses Gewicht für mindestens 12 Wochen gehalten haben, können einen Bonus erhalten. Nach WHO liegt der Normbereich beim BMI zwischen 18,5 und 24,9.

Blutzucker, Cholesterin, Blutdruck

Versicherte Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können einen Bonus für die Einhaltung der Normwerte Blutzucker (Nüchtern glukosewert nach WHO bis 5,6 mmol/l), Cholesterin (Gesamtcholesterin unter 200 mg/dl), Blutdruck (unter 120/80 mmHg nach WHO) erhalten, wenn sich diese durch gesundheitsbewusstes Verhalten von außerhalb des Normbereichs in den Normbereich entwickelt haben und durch mindestens 2 aufeinanderfolgende Messungen im Abstand von jeweils mindestens 4 Wochen dort gehalten wurden. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung von Ärzten oder Apotheken.

Für jeden Wert gibt es jährlich einmalig einen Bonus.

4.2.6 Hautkrebsvorsorge

Versicherte haben im Alter von 18 bis 34 Jahren jedes zweite Jahr Anspruch auf Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebs (Hautkrebsscreening).

4.2.7 Hochschul-/Betriebssport

Die regelmäßige Teilnahme (mindestens zweimal pro Monat) wird einmal jährlich bonifiziert. Eine Bestätigung des Trainers/ der Trainerin wird als Nachweis anerkannt.

Eine Bonifizierung erfolgt nicht für Maßnahmen aus § 65a Abs. 2 SGB V, die bereits nach § 7a der Satzung bonifiziert werden.

4.2.8 Kinder- und Jugendvorsorge

Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2 wird bonifiziert.

4.2.9 Mutterschaftsvorsorge

Zu den regulären Vorsorgeuntersuchungen gehören ausschließlich jene Untersuchungen, die im Mutterpass aufgeführt und laut Mutterschafts-Richtlinien vorgeschrieben sind. Die Vorsorgetermine sollen zuerst einmal monatlich und ab der 32. Schwangerschaftswoche vierzehntägig erfolgen. Im Rahmen dieser Schwangerschaftsvorsorge sind zudem drei Ultraschalluntersuchungen vorgesehen: im dritten, sechsten und achten Schwangerschaftsmonat. Werden alle regulären Vorsorgeuntersuchungen vollständig wahrgenommen, wird für jede Ultraschalluntersuchung der Bonus gutgeschrieben.

4.2.10 Präventionskurse

Die AOK zertifiziert die Anbietenden von Gesundheitskursen, die die gesetzlichen Bestimmungen nach § 20 SGB V erfüllen und qualitätsgesicherte Maßnahmen nach dem Leitfaden für Präventionsleistungen erbringen. Hierzu zählen auch zertifizierte Präventionskurse, die online durchgeführt werden.

Eine Anerkennung dieser Maßnahme setzt voraus, dass Teilnehmende am Bonusprogramm an mindestens 80 % der vorgesehenen Kurstermine teilgenommen haben. Der Nachweis kann durch Vorlage der Teilnahmebestätigung von Anbietenden erfolgen und wird je Teilnehmenden am Bonusprogramm zweimal jährlich bonifiziert.

4.2.11 Rückbildungsgymnastik

Versicherte, die regelmäßig (mindestens an 80% der Termine) an einem Rückbildungsgymnastikkurs teilgenommen haben, der durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger durchgeführt wurde, erhalten nach Beendigung des Kurses einmal nach Ende der Schwangerschaft einen Bonus. Der Nachweis erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung der Kursleitenden.

4.2.12 Sonderaktionen

Die AOK veranstaltet bzw. unterstützt regelmäßig Aktionen zur Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensweise. Diese Veranstaltungen sind entsprechend gekennzeichnet.

Eine Bestätigung der Teilnahme erfolgt durch die AOK während der Sonderaktion. Bei den Sonderaktionen muss es sich um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung handeln oder um Maßnahmen, die einen vergleichbaren Gesundheitsbezug haben. Dazu zählen z. B. Gesundheitsseminare, Laufveranstaltungen oder Ernährungsberatungen. Eine Regelmäßigkeit liegt vor, wenn innerhalb eines Kalenderjahres mindestens vier gleiche oder unterschiedliche Sonderaktionen in Anspruch genommen wurden. Teilnehmende erhalten dafür dann 4.000 Bonuspunkte.

Werden weniger als vier Teilnahmen nachgewiesen, werden keine Bonuspunkte gutgeschrieben. Werden fünf oder mehr Teilnahmen nachgewiesen, erhalten die Teilnehmenden 4.000 Bonuspunkte. Die zusätzlichen Teilnahmen werden nicht bonifiziert.

4.2.13 Sport-AG

Die AOK fördert das regelmäßige sportliche Engagement von Schülerinnen und Schülern. Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erhalten einmal jährlich Bonuspunkte, wenn sie außerhalb des Regelunterrichts an Sport-AGs teilnehmen. Als Nachweis können das Zeugnis oder die Teilnahmeurkunde genutzt werden.

4.2.14 Sportabzeichen/Fitnessstest

Der Nachweis eines Sportabzeichens in Form eines Leistungsabzeichens einer Mitgliedsorganisation des Deutschen Olympischen Sportbundes (z. B. des DLV, DSV, BDR oder der DLRG) wird je Teilnehmenden am Bonusprogramm einmal jährlich mit Bonuspunkten belohnt. Der Erwerb eines solchen Abzeichens lässt auf regelmäßiges Training bzw. längere Vorbereitung schließen.

Alternativ können Versicherte ab Vollendung des 15. Lebensjahres einen der folgenden Fitnessstests in einem Fitnessstudio gemäß Ziffer 4.2.3 absolvieren:

- Zwei-Kilometer-Walking-Test
- PWC-Fahrradergometer-Test
- IPN-Fahrradergometer-Test

Der Nachweis kann durch Vorlage der Urkunde oder durch eine Bestätigung der Leistungserbringenden, eines Trainers oder einer Trainerin oder von Veranstaltenden erfolgen.

4.2.15 Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung

Die sportmedizinische Untersuchung wird je Versicherten einmal jährlich bonifiziert. Der Nachweis kann durch Vorlage des Untersuchungsberichtes oder durch eine Bestätigung der vertragsärztlichen Praxis erfolgen.

4.2.16 Sportverein

Für eine regelmäßige und aktive Mitgliedschaft in einem Verein einer Mitgliedsorganisation des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) kann je Teilnehmenden am Bonusprogramm jährlich ein Bonus gutgeschrieben werden. Dafür ist eine Bestätigung des Vereins über eine aktive Mitgliedschaft erforderlich.

Eine regelmäßige, aktive Mitgliedschaft im Sinne dieses Bonusprogramms liegt dann vor, wenn Versicherte mindestens dreimal pro Monat oder 2,5 Stunden pro Monat einer sportlichen Aktivität nachgehen.

4.2.17 Zahnreinigung (PZR)

Eine professionelle Zahnreinigung in einer vertragszahnärztlichen Praxis wird je Versicherten einmal jährlich bonifiziert.

4.2.18 Zahnvorsorge für Erwachsene

Die nachgewiesene Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V in einer vertragszahnärztlichen Praxis wird je Versicherten einmal jährlich bonifiziert.

4.2.19 Zahnvorsorge für Kinder

Ab dem 6. Lebensjahr wird jede Maßnahme der Individualprophylaxe nach § 22 Abs. 1 SGB V bonifiziert. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der vertragszahnärztlichen Praxis.

Zudem können Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einmal jährlich für die Versiegelung ihrer Fissuren nach § 22 Abs. 3 SGB V einen Bonus erhalten. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung der vertragszahnärztlichen Praxis.

5. AOK-Fit+: AOK-Bonus-App

Beim AOK-Fit+ haben teilnehmende Versicherte die Möglichkeit, das Bonusprogramm bzw. ihr Bonuskonto mit Hilfe der AOK-Bonus-App selbst zu verwalten – von der Teilnahmeerklärung über das Einreichen von Nachweisen bis hin zur Auszahlung der Geldprämie. Die App steht sowohl im Google Play Store als auch im App Store zum Download zur Verfügung.

Voraussetzung für die Nutzung der AOK-Bonus-App ist die vorherige, vollständig abgeschlossene Anmeldung in der Online-Geschäftsstelle der AOK (OGS). Das ist allen Versicherten ab Vollendung des 15. Lebensjahres möglich.

6. AOK-Vital+: Zuschuss zu Gesundheitsleistungen

Am AOK-Vital+ teilnehmende Versicherte, können ihre Bonuspunkte in einen Zuschuss für nachfolgend aufgeführte Gesundheitsleistungen einlösen. Voraussetzung hierfür ist, dass sie am Tag der Inanspruchnahme der Leistung bei der AOK versichert waren.

Für den Zuschuss genügt ein personalisierter Nachweis bzw. Zahlungsbeleg (z. B. Quittung, Rechnung), ein ärztliches Rezept, eine privatärztliche Verordnung oder ein grünes Rezept, worauf die Leistung bzw. die Kosten der Leistung erkennbar sind.

Ein Zuschuss für eine Gesundheitsleistung wird grundsätzlich nur dann gewährt, wenn keine Kostenübernahme bzw. -beteiligung der AOK nach einer anderen Rechtsvorschrift (u. a. Satzungsregelung) erfolgte. Ausgenommen davon sind Inlays, Onlays, Implantate, Kunststofffüllungen, Brillen bzw. Kontaktlinsen, die sportmedizinische Untersuchung und die professionelle Zahnreinigung (PZR).

Der Zuschuss ist auf die Höhe des Rechnungsbetrages bzw. die tatsächlichen Aufwendungen begrenzt, maximal auf den erreichten Bonusbetrag.

Werden nicht alle Bonuspunkte im Rahmen der Bezuschussung einer Leistung eingelöst, verbleiben die restlichen Bonuspunkte im Bonuskonto. Diese können weiterhin in einen Zuschuss jedoch nicht in eine Geldprämie eingelöst werden.

6.1 Alternative Heilmethoden

Versicherte können Zuschüsse zu Leistungen erhalten, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen oder zu vermeiden, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualifiziert erfolgt. Nähere Erläuterungen dazu sind in den Ausführungen zu der jeweiligen Leistung zu finden.

- Akupunktur bei Migräne durch vertragsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte.
- Ayurveda-Therapien die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte oder Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werden, die eine ordentliche Mitgliedschaft im Verband Europäischer Ayurveda-Mediziner & -Therapeuten e. V. nachweisen können, oder durch Heilpraktizierende, die eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.
- Chiropraktische Leistungen, die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erbracht werden oder durch Heilpraktizierende, die eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.
- Homöopathische Behandlung bei vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten.
- Lichttherapie bei saisonal depressiver Störung („Winterdepression“), die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie erbracht wird oder durch Heilpraktizierende, die eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.

- Osteopathie die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte, Heilpraktizierende oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erbracht wird, die eine ordentliche Mitgliedschaft in einem Osteopathenverband (z. B. Verband der Osteopathen Deutschland e. V.) oder eine vergleichbare Qualifikation nachweisen können.
- Phytotherapeutische Behandlung durch vertragsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte.
- Shiatsu-Massagen, die durch zugelassen oder nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder durch Heilpraktizierende erbracht werden, die eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.
- Sonstige Massagen (Fußreflexzonenmassagen, Akupunkturmassagen, Massagen des ganzen Körpers, Ganz- bzw. Vollmassagen, Massagen mittels Gerät, Unterwassermassagen mittels automatischer Düsen) die durch zugelassene oder nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder durch Heilpraktizierende erbracht werden, die eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.

6.2 Arzneimittel

Bezuschussung von OTC-Arzneimitteln und Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie), die über Apotheken bezogen werden. Nicht erstattungsfähig sind Aufzahlungen und gesetzliche Zuzahlungen für Arzneimittel.

6.3 Empfängnisverhütung

Ein Zuschuss wird für sämtliche empfängnisverhütende Mittel ohne Altersbegrenzung gewährt, die über Apotheken oder Ärztinnen oder Ärzte bezogen werden. Für den Zuschuss ist ein personalisierter Nachweis bzw. Zahlungsbeleg (z. B. Quittung, Rechnung) einzureichen, aus dem hervorgeht welches Produkt/Mittel abgegeben wurde.

6.4 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung

- Auflichtungsmikroskopie im Rahmen eines Hautkrebsscreenings
- Augenärztliche Untersuchung bei Kleinkindern (Sehscreening)
- Blutuntersuchung zur Früherkennung häufiger Erkrankungen, z. B. Analyse der Blutfett- oder Blutzuckerwerte sowie Leber-, Bauchspeicheldrüsen- oder Nierenwerte
- Chlamydientest (ab 25 Jahren)
- Gesundheitsuntersuchung (ab 25 Jahren)
- Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebsfrüherkennung
- ThinPrep®-Pap-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs
- HPV-Test zur Früherkennung eines erhöhten Risikos für Gebärmutterhalskrebs
- Glaukom-Untersuchung
- Darmkrebs-Früherkennung (ab 18 Jahren)

6.5 Leistungen für die junge Familie

- Babyschlafsack: Erstattungen sind für teilnehmende Versicherte möglich, wenn diese den Kauf eines zweckgebundenen (z. B. sicherer Babyschlaf / Prävention „Plötzlicher Kindstod“) Babyschlafsacks für familienversicherte Kinder (§ 10 SGB V) bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres nachweisen.
- Erste-Hilfe-Kurs für Notfälle bei Babys und Kleinkindern für teilnehmende Versicherte mit mitsammelnden Kindern im Alter von bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres.
- Familien- oder Elternzimmer, d. h. die Unterbringung des begleitenden Elternteils im Elternzimmer bei Entbindungen bzw. bei einem stationären Aufenthalt von Kindern im Krankenhaus bis zur Vollendung des zehnten Lebensjahres.

- Hebammenzusatzleistungen während der Schwangerschaft und rund um die Versorgung des Kindes bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres, z. B. Akupunktur, Still-Beratung, Yoga-Kurse.
- PEKiP®-Kurse

6.6 Weitere Gesundheitsleistungen

- Anaphylaxieschulung, wenn die Durchführung von Trainierinnen und Trainern mit AGATE Zertifikat erfolgt.
- Brillen und Kontaktlinsen inklusive Reinigungsmittel.
Es werden alle drei Kalenderjahre Zuschüsse für die Anschaffung von Brillen, Kontaktlinsen oder Reinigungsmitteln gezahlt.
- Gesundheits-Apps: Zuschuss für den Kauf bzw. die Nutzung
- Kinesio-Tapes sollten im Rahmen einer Physiotherapiebehandlung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten empfohlen und auch angebracht worden sein.
- Malariaprophylaxe sowie Malaria-Notfall-Medikamente
- Meningokokken-B-Impfung für Kinder und Jugendliche, wenn diese nicht als Indikations- oder Reiseschutzimpfung indiziert ist und als solche abgerechnet wird.
- Sportärztliche Untersuchung/Sport-Check, wenn diese Leistung durch zugelassene und durch nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte erbracht wird, die die Zusatzausbildung „Sportmedizin“ absolviert haben und die Bezeichnung „Sportmediziner“ führen. Sofern teilnehmende Versicherte Anspruch auf Kostenübernahme oder -beteiligung nach § 12h dieser Satzung haben, wird von dem maximal möglichen Erstattungsbetrag der Erstattungsbetrag nach § 12h dieser Satzung abgezogen.
- Teilnahmegebühren oder Beiträge für Sportvereine, Fitnessstudios oder für Fitness- oder Sportkurse im In- und Ausland.
- Beiträge zu privaten Zusatzversicherungen, welche nach ihrem Hauptzweck unmittelbar mit der Gesundheit der Versicherten in Zusammenhang stehen (Versicherungen zur Kostenübernahme/ -ergänzung von Zahnersatz, Brillen oder alternativen Behandlungsmethoden).
Ausgeschlossen ist die Erstattung von Beiträgen für „Komfort“-Versicherungen wie Chefarztbehandlung oder Unterbringung im Ein-/Zweibettzimmer im Krankenhaus oder Versicherungen, die vorrangig andere (i.d.R. finanzielle) Risiken abdecken sollen (z. B. Krankentagegeld-, Berufsunfähigkeits-, Altersvorsorgeversicherungen etc.).
- Wearables (Anschaffung):
Es wird alle fünf Kalenderjahre ein Zuschuss für die Anschaffung eines Wearables gezahlt. Voraussetzung für den Zuschuss ist, dass im Kalenderjahr der Anschaffung die Durchführung einer Gesundheitsmaßnahme nach Ziffer 4.2.3 bis 4.2.7 oder 4.2.10 bis 4.2.16 nachgewiesen wird.

Die Rechnung kann nur bezuschusst werden, wenn diese personalisiert ist und der angegebene Name auf der Rechnung mit Teilnehmenden der Maßnahme übereinstimmt. Eine Bezuschussung erfolgt nur, wenn das Wearable über den Handel oder Hersteller des Wearables erworben wurde.

Die Versicherten informieren die AOK über eine Rückgabe bzw. Rückzahlung bei bzw. durch Hersteller des Wearables sowie auch über eine Weitergabe/Veräußerung des Wearables gegenüber Dritten, sofern die Anschaffung des Wearables nicht länger als ein Jahr zurückliegt. In diesem Zusammenhang kann die AOK die Bonuszahlung voll oder teilweise von den Versicherten zurückfordern.

Sofern die Teilnehmenden am Bonusprogramm nicht innerhalb von vier Wochen – bezogen auf den Zeitpunkt, zu dem die Teilnehmenden nicht mehr über das Eigentum an dem Wearable verfügen – über diesen Sachverhalt informieren, liegt eine missbräuchliche Nutzung des Bonusprogramms vor.

6.7 Zahnärztliche Leistungen

- Festsitzende Retainer, Inlays, Onlays, Implantate und Kunststofffüllungen im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung. Bezuschusst werden die jeweiligen Eigenanteile.
- Professionelle Zahnreinigung (PZR) für alle Versicherten.
Sofern teilnehmende Versicherte Anspruch auf Kostenübernahme oder -beteiligung nach § 12 f dieser Satzung haben, reduziert sich der Erstattungsbetrag um 35 EUR.
- Anti-Schnarch-Schiene
- Sportmundschutz
- Versiegelung der Prämolaren bei Kindern.
- Vollnarkose oder Lachgassedierung bei Zahnärztinnen und Zahnärzten.

7. Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Änderungen an den Bonusprogrammen sind insbesondere aufgrund rechtlicher, aufsichtsbehördlicher oder gerichtlicher Änderungen möglich. Sollte es zu Änderungen kommen, werden diese umgehend veröffentlicht.

8. Beendigung

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

9. Missbräuchliche Nutzung

Im Fall eines begründeten Verdachts auf missbräuchliche Nutzung, z. B. der AOK-Bonus-App oder eines Wearables, insbesondere durch Manipulation technischer Schnittstellen, aufgrund falscher Angaben oder sonstiger Verstöße, sind die Teilnehmenden anzuhören und die Leistung bzw. Auszahlung gegebenenfalls zurückzufordern.

10. Datenschutz

Die AOK hat als Verantwortlicher für die Verarbeitung der Daten im Rahmen der Bonusprogramme 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 I).

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.

10.1 Verarbeitung von Daten

Folgende Daten der Teilnehmenden am Bonusprogramm werden verarbeitet: Vorname, Name, Geschlecht, Titel, Adresse, ggf. Telefonnummer und E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Kassennummer, KV-Nummer, TeilnehmendenID, 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 oder Zuschuss und das Datum der Auszahlung.

Die zur Abwicklung der Bonusprogramme 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 oscore® erfasst.

Empfangende der Daten sind nach § 71 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB X i. V. m § 10 EStG die Finanzbehörden.

10.2 Sozialdatenschutz bei Verwendung der AOK-Bonus-App

Die Nutzenden/Teilnehmenden der AOK-Bonus-App müssen aus Sicherheitsgründen sicherstellen, dass immer die aktuellste Version der AOK-Bonus-App auf dem Smartphone installiert ist.

10.2.1 Lokale Speicherung der Daten

Die App bietet die Möglichkeit einer lokalen Speicherung von Daten, die für den Betrieb der AOK-Bonus-App benötigt werden. Die lokale Speicherung der Daten optimiert die App-Nutzung erheblich. Die App muss dann nicht alle Daten über die Internetverbindung neu laden. Das steigert die Performance der AOK-Bonus-App und reduziert den Verbrauch des mobilen Datenvolumens. Außerdem können bei fehlender Internetverbindung die letzten verfügbaren Informationen zu dem jeweiligen Bonusprogramm abgerufen werden. Damit diese Daten lokal auf dem Endgerät von Nutzenden gespeichert werden dürfen, benötigt die AOK die Einwilligung von Nutzenden (Art. 6 Abs. 1 lit. a) und Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO. Diese wird im Einrichtungsprozess erfragt. Bei Zustimmung werden die jeweiligen Inhalte nach jeder Synchronisierung mit den Systemen der AOK verschlüsselt auf dem Gerät von Nutzenden gespeichert. Es handelt sich teilweise um personenbezogene Daten, die für die Nutzung der AOK-Bonus-App und die damit technisch zusammenhängenden Verwaltungszwecke notwendig sind. Daher wird empfohlen, einen App-Code mit einer hohen Sicherheitsstufe (grüne Ampel) zu verwenden. Die Speicherung von lokalen Daten ist auch nach der ersten Einrichtung optional. Sie kann jederzeit unter dem Menüpunkt „Einstellungen“ mit Wirkung für die Zukunft aktiviert und deaktiviert werden (Einwilligung bzw. Widerruf der Einwilligung zur lokalen Speicherung der Daten). Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung bleibt von einem etwaigen Widerruf unberührt.

Willigen die Nutzenden nicht in die lokale Datenspeicherung ein, kann die AOK-Bonus-App nur bei aktiver Internetverbindung per WLAN oder Mobilfunk (Verfügbarkeit mobiler Datendienste) verwendet werden, weil die erforderlichen Inhalte und Daten bei jedem Start vollständig neu von unseren Systemen geladen werden müssen. Aus diesem Grund entstehen grundsätzlich längere Ladezeiten bei der App-Nutzung. Generelle Voraussetzung für die Nutzung der AOK-Bonus-App ist somit in der Regel und unabhängig von der Einwilligung die Verfügbarkeit der AOK-Systeme. Die (Nicht-)Erteilung der Einwilligung zur lokalen Speicherung oder ein Widerruf haben gegenüber anderen Nutzenden der AOK-Bonus-App keine anderen Vor- oder Nachteile als die oben beschriebenen.

10.2.2 Geräteaktivierung

Aus Sicherheitsgründen erfolgt beim erstmaligen Anmelden in der AOK-Bonus-App eine Koppelung mit dem Endgerät (sogenannte Geräteregistrierung). Die Geräteaktivierung ist eine zusätzliche Sicherheitsmaßnahme, um die persönlichen Daten der Nutzenden in der App zu schützen.

Nur registrierte Geräte können die AOK-Bonus-App nutzen:

1. Die Nutzenden/Teilnehmenden fordern den Aktivierungscode mit der Abfrage in der App an.
2. Die Nutzenden/Teilnehmenden erhalten einen persönlichen Code: - entweder über das mTAN-Verfahren in der OGS der AOK oder - schriftlich per Post.
3. Der Aktivierungscode ist in der AOK-Bonus-App zur Geräteaktivierung einzugeben.

Wenn das Endgerät gewechselt, die AOK-Bonus-App also neu installiert oder auf „App-Code vergessen“ geklickt wird, müssen die o. g. Punkte wiederholt werden.

10.2.3 App-Code

Nach der Anmeldung mit „Benutzername/Passwort“ aus der OGS muss ein persönlicher App Code vergeben werden. Dieser App-Code wird bei jedem Start der App abgefragt und führt nach Eingabe zum Zugang zu den Daten. Dies erleichtert und vereinfacht das Login, weil die komplexe und auf hohem Sicherheitsniveau basierende Anmeldung mit „Benutzername/Passwort“ entfällt. Der gewählte App-Code kann jederzeit in den App-Einstellungen von den Nutzenden/Teilnehmenden geändert werden.

Empfohlen werden mindestens acht Zeichen mit mindestens einer Ziffer, einem Groß- und einem Kleinbuchstaben sowie mindestens einem Sonderzeichen.

Sofern das Smartphone mit einem Fingerabdrucksensor oder einer Gesichtserkennung ausgestattet ist und die Technologien Touch ID, Fingerabdruck, Face ID bzw. Smart Lock unterstützt, können zum Öffnen der App auch diese Funktionen in der App aktiviert und genutzt werden. Die genannten Technologien bieten aufgrund ihrer Funktionsweise (mathematisches Näherungsverfahren) ein geringeres Datenschutzniveau für (Sozial-)Daten als das Einloggen mit App-Code. Deshalb ist diese Funktion standardmäßig von der AOK deaktiviert und nur auf eigenes Risiko von Nutzenden/Teilnehmenden nutzbar. Bei der Aktivierung einer der o. g. Technologien ist zusätzlich die Vergabe eines App-Codes erforderlich, für den Fall, dass die Nutzung der Technologie (zeitweise) nicht möglich ist. Das Verfahren kann von Nutzenden/Teilnehmenden jederzeit gewählt/geändert werden.

11. Inkrafttreten

Die Ausführungsbestimmungen treten am 01.01.2024 in Kraft.

Satzung der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
10. Nachtrag vom 19.12.2023

Artikel 2: Inkrafttreten

Dieser Nachtrag tritt am 01.01.2024 in Kraft.

Düsseldorf, 19.12.2023



Günter Roggenkamp
Vorsitzender des Verwaltungsrates



Wolfgang Ropertz
Alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates