

Satzung der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

- Inhaltsübersicht –

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung

- § 1 Name, Sitz und Bezirk
- § 2 Aufgabenstellung

Zweiter Abschnitt: Derzeit nicht besetzt

Dritter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

- § 6 Mitglieder
- § 7 Familienangehörige
- § 8 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Vierter Abschnitt: Leistungen

- § 9 Art und Umfang der Leistungen
- § 10 Zusätzliche Leistungen
- § 10a Primäre Prävention durch Schutzimpfungen
- § 10b Zusätzliche Vorsorgeleistungen für Frauen
- § 10c Hautscreening
- § 10d Professionelle Zahnreinigung
- § 10e Versiegelung der Prämolaren
- § 10f Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft
- § 10g Homöopathische Arzneimittel
- § 10h Künstliche Befruchtung
- § 10i Hebammenrufbereitschaft
- § 11 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe
- § 12 Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- § 12a Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen
- § 13 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- § 14 Mehrleistungen zur Haushaltshilfe
- § 15 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V
- § 16 Kostenerstattung
- § 17 Teilkostenerstattung
- § 18 Empfangsberechtigung
- § 18a Leistungsausschluss

Fünfter Abschnitt: Weiterentwicklung in der Versorgung

- § 19 Weiterentwicklung der Versorgung
- § 19a Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)
- § 19b Bonifizierung für betriebliche Gesundheitsförderung
- § 19c Besondere hausärztliche Versorgungsformen
- § 19d Besondere Versorgung
- § 19e Wahltarif Teilkostenerstattung
- § 19f Wahltarif Krankengeld

- § 19g Modellvorhaben „Telemedizin für heimbeatmete Patienten“
- § 19h Derzeit nicht besetzt
- § 19i Modellvorhaben „Telemedizinische Dienstleistungen für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)“
- § 19j AOK-Bonustarif
- § 19k Modellvorhaben „Rhenium-PTA“
- § 19l Modellvorhaben „Kapselendoskopie des Dickdarms“
- § 19m Modellvorhaben „Zweitmeinung bei onkologischen Erkrankungen“
- § 19n Modellvorhaben „Antibiotic Stewardship“

Sechster Abschnitt: Beiträge

- § 20 Beitragssätze
- § 20a Kassenindividueller Zusatzbeitrag
- § 21 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder
- § 22 Derzeit nicht besetzt
- § 23 Fälligkeit und Zahlung der Beiträge
- § 24 Derzeit nicht besetzt
- § 25 Vollstreckungsgebühren
- § 26 Derzeit nicht besetzt

Siebter Abschnitt: Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle

- § 27 Widerspruchsstelle

Achter Abschnitt: Organisationsstruktur und Selbstverwaltung

- § 28 Organisationsstruktur
- § 29 Aufgaben auf Landesebene
- § 30 Aufgaben auf Direktionsebene
- § 31 Verwaltungsrat
- § 32 Vorstand
- § 33 Beiräte
- § 34 Direktoren
- § 35 Vertretung der AOK
- § 36 Amtsdauer, Entschädigung und Haftung der Organmitglieder

Neunter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

- § 37 Rücklage
- § 38 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung

Zehnter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- § 39 Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Elfter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 40 Bekanntmachungen

§ 41 Inkrafttreten

Anlage 1: Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane

Anlage 2: Satzung der Ausgleichskassen

Vorbemerkung:

Soweit in dieser Satzung hinsichtlich der Bezeichnung von Ämtern oder Funktionen die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht auch die weibliche Form ein. Weibliche Amts- bzw. Funktionsträgerinnen können die Amts- bzw. Funktionsbezeichnung in der weiblichen Form führen.

Erster Abschnitt: Name und Aufgabenstellung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk

(1) Die Krankenkasse führt den Namen

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse (im folgenden: AOK)

und hat ihren Sitz in München.

(2) Der Bezirk der AOK umfasst das Gebiet des Freistaates Bayern.

(3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

(4) Bei der AOK werden 39 Direktionen gebildet. Direktionen sind in folgenden Orten:

| Ort | AOK - Die Gesundheitskasse |
|------------------------|--|
| Amberg | Amberg |
| Aschaffenburg | Aschaffenburg |
| Augsburg | Augsburg |
| Bad Reichenhall | Bad Reichenhall |
| Bad Tölz | Bad Tölz |
| Bamberg | Bamberg |
| Regen | Bayerwald |
| Bayreuth | Bayreuth-Kulmbach |
| Cham | Cham |
| Coburg | Coburg |
| Deggendorf | Deggendorf |
| Donauwörth | Donauwörth |
| Erding | Erding |
| Freising | Freising |
| Garmisch-Partenkirchen | Garmisch-Partenkirchen und Weilheim-Schongau |
| Günzburg | Günzburg |
| Hof | Hof |
| Ingolstadt | für die Region Ingolstadt |
| Kaufbeuren | Kaufbeuren-Ostallgäu |
| Kelheim | Kelheim |
| Kempten | Kempten-Oberallgäu |
| Landsberg | Landsberg |
| Landshut | Landshut |
| Lindau | Lindau |
| Memmingen | Memmingen |
| Nürnberg | Mittelfranken |
| Mühldorf | für die Landkreise Altötting und Mühldorf am Inn |
| München | München |
| Neumarkt i. d. Opf. | Neumarkt |
| Passau | Passau |
| Regensburg | Regensburg |
| Rosenheim | Rosenheim |
| Pfarrkirchen | Rottal-Inn |

Schweinfurt
Straubing
Tirschenreuth
Weiden
Würzburg
Wunsiedel

Schweinfurt
Straubing - Bogen - Dingolfing - Landau
für den Landkreis Tirschenreuth
Weiden
Würzburg
Wunsiedel

§ 2 Aufgabenstellung

- (1) Die AOK als Gesundheitskasse leitet aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, die Verpflichtung ab, die Versicherten zugleich über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.
- (2) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich. 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 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 Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines AOK-Landesverbandes. Die von dem GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und Richtlinien nach den §§ 92 und 282 sind für die AOK verbindlich.
- (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) Im Einzelnen erfüllt die AOK die ihr als Krankenkasse und als Landesverband durch Gesetz und Satzung übertragenen sowie die zugelassenen Aufgaben.
- (7) Die AOK wirkt bei Leistungserbringern und Versicherten durch Verträge, Information und Beratung auf eine preisgünstige Versorgung hin.
- (8) Die AOK kann nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften den Versicherten Zusatzversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln.
- (9) Die AOK kann anderen Verbänden, Vereinigungen, Arbeitsgemeinschaften und sonstigen Organisationen beitreten oder solche bilden, die Aufgaben oder Interessen der AOK oder der Sozialversicherung mit sozial- oder gesundheitspolitischer Zielsetzung wahrnehmen.

Zweiter Abschnitt: Derzeit nicht besetzt

Dritter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

**§ 6
Mitglieder**

(1) Als versicherungspflichtige Mitglieder sind bei der AOK versichert

- Arbeitnehmer einschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten sowie
- die anderen in § 5 SGB V (mit Ausnahme von Absatz 1 Nr. 3) genannten Personen,

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

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

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

wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind. Freiwillige Mitglieder sind auch solche Personen, die vor dem 1. Januar 1989 ihre Mitgliedschaft begründet haben.

(3) Versicherungspflichtige (§ 5 SGB V) und Versicherungsberechtigte (§ 9 SGB V) sind Mitglieder der AOK nach den näheren Bestimmungen der §§ 173 bis 175 SGB V.

**§ 7
Familienangehörige**

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

§ 8

Beginn und Ende der Mitgliedschaft

- (1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder beginnt, soweit sich aus § 186 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht.
- (2) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder beginnt, sofern sich aus § 188 Abs. 2 und 4 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag ihres Beitritts.
- (3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet, sofern sich aus dem SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt.
- (4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet vorbehaltlich des § 191 Nr. 1 und 2, 3, 2. Halbsatz SGB V im Falle des Austritts zwei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied den Austritt erklärt. Die Mitgliedschaft kann mit sofortiger Wirkung beendet werden, sofern die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind oder das Mitglied seinen Wohnsitz im Ausland nimmt.
- (5) Die Bindungsfrist von 18 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet wird.
- (6) Mitglieder, die den Wahltarif nach § 19e oder § 19f der Satzung gewählt haben, können ihre Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist kündigen (§ 53 Abs. 8 SGB V). Absatz 5 gilt entsprechend.

Vierter Abschnitt: Leistungen

**§ 9
Art und Umfang der Leistungen**

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

1. Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Früherkennung, insbesondere Prävention, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe von Krankheiten,
2. bei Krankheit
 - a) Krankenbehandlung; insbesondere
 - ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung
 - zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
 - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
 - Soziotherapie
 - spezialisierte ambulante Palliativversorgung
 - Krankenhausbehandlung,
 - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
 - b) Krankengeld,
3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft
 - ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
 - Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
 - Entbindung,
 - häusliche Pflege und Haushaltshilfe,
 - Mutterschaftsgeld,
4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch,
5. Unterstützung bei Behandlungsfehlern.
6. Beratung und Information zu ihren Rechten als Patienten sowie zum gesundheitlichen Verbraucherschutz im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen.

§ 10
Zusätzliche Leistungen

Die AOK stellt ihren Versicherten Leistungen nach § 11 Abs. 6 und § 20i Satz 2 SGB V nach Maßgabe der §§ 10a bis 10i zur Verfügung. Die Zuschüsse und Erstattungen nach den §§ 10a bis 10g sind auf einen Betrag von insgesamt 100 Euro je Versicherten im Kalenderjahr begrenzt.

§ 10a
Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

- (1) Die AOK kann auch außer in den in § 20i Abs. 1 SGB V genannten Fällen Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten übernehmen oder Zuschüsse leisten, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind.
- (2) Einzelheiten kann der Vorstand in Richtlinien regeln. § 10 Satz 2 ist zu berücksichtigen.

§ 10b
Zusätzliche Vorsorgeleistungen für Frauen

Die AOK erstattet versicherten Frauen ab dem vollendeten 25. Lebensjahr die Kosten für eine Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke und der Gebärmutter sowie das Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung in Höhe von 80 % höchstens jedoch 50 Euro. Eine Kostenerstattung für eine Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke und der Gebärmutter entfällt ab dem vollendeten 55. Lebensjahr. Eine Kostenerstattung für das Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zu regelmäßigen Selbstuntersuchungen entfällt ab dem vollendeten 30. Lebensjahr. Die Kosten werden nach Vorlage der Rechnung erstattet. § 10 Satz 2 ist zu berücksichtigen.

**§ 10c
Hautscreening**

- (1) Die AOK erstattet Versicherten zwischen dem vollendeten 18. Lebensjahr und dem vollendeten 35. Lebensjahr eines bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten durchgeführten Hautscreenings.
- (2) Erstattet werden 80 % der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch 25 Euro jedes zweite Kalenderjahr. Die Kosten werden nach Vorlage der Rechnung erstattet. § 10 Satz 2 ist zu berücksichtigen.

§ 10d
Professionelle Zahnreinigung

Die AOK erstattet Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, die Kosten für eine von einem Vertragszahnarzt erbrachte professionelle Zahnreinigung, höchstens jedoch 40 Euro einmal im Kalenderjahr. Die Kosten werden nach Vorlage der Rechnung an den Versicherten erstattet. Die Kostenerstattung einer professionellen Zahnreinigung entfällt für Versicherte, die Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 22a SGB V haben. § 10 Satz 2 ist zu berücksichtigen.

§ 10e
Versiegelung der Prämolaren

- (1) Die AOK übernimmt für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Kosten für die Fissuren-Versiegelung der kariesfreien vorderen Backenzähne (Prämolaren) im bleibenden Gebiss.
- (2) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch höchstens einmalig 50 Euro pro Versicherten. Die Kosten werden nach Vorlage der Rechnung erstattet. § 10 Satz 2 ist zu berücksichtigen.“

§ 10f
Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft

- (1) Die AOK erstattet die Kosten für einen Toxoplasmosetest, der nicht schon Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien ist, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 15 Euro.
- (2) Die AOK erstattet die Kosten der Teilnahme an einem von Hebammen oder Physiotherapeuten durchgeführten Partner-Geburtsvorbereitungskurs für den Ehemann bzw. Lebenspartner der werdenden Mutter, sofern beide bei der AOK versichert sind, 80 % der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch 75 Euro.
- (3) Die AOK erstattet versicherten Frauen Kosten für im Rahmen der Schwangerschaft von Vertragsärzten über Privatrezept verordnete Folsäure, Magnesium- und/oder Eisenpräparate, wenn diese von einer Apotheke abgegeben wurden oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden. Es werden die tatsächlich entstandenen Kosten erstattet. Der gesetzliche Anspruch aus § 34 Abs. 1 Sätze 2 – 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.
- (4) Für Erstattungen nach Abs. 1 bis 3 ist die Rechnung und im Falle des Abs. 3 die ärztliche Verordnung vorzulegen. In den Fällen des Abs. 1 – 3 ist § 10 Satz 2 zu berücksichtigen.

**§ 10g
Homöopathische Arzneimittel**

- (1) Die AOK erstattet Versicherten Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, deren Anwendung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Verordnung des Arzneimittels durch einen Vertragsarzt mit der Zusatzqualifikation Homöopathie auf Privatrezept erfolgte und das Arzneimittel in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
- (2) Die AOK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten für Arzneimittel in Höhe von 80 v.H. höchstens jedoch für alle Arzneimittel insgesamt 30 Euro je Versicherten und Kalenderjahr. Zur Erstattung sind die Rechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung, aus der sich die in Absatz 1 geforderte Zusatzqualifikation ergibt, vorzulegen. § 10 Satz 2 ist zu berücksichtigen.
- (3) Für Arzneimittel der Homöopathie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder nach § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, werden keine Kosten erstattet.
- (4) Der gesetzliche Anspruch aus § 34 Abs. 1 Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.
- (5) Die Absätze 1 und 2 gelten für Versicherte, die an Selektivverträgen teilnehmen nur, wenn der gewählte Arzt die Zusatzqualifikation Homöopathie besitzt.

**§ 10h
Künstliche Befruchtung**

Die AOK übernimmt für ihre Versicherten, die nach § 27a SGB V Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung haben, für eine zusätzliche über die Richtlinien des Bundesausschusses hinausgehende Maßnahme zur künstlichen Befruchtung die Kosten. Die Erstattung für diese zusätzliche Maßnahme ist begrenzt auf 50 % der Kosten, wie sie unter vertragsärztlichen Bedingungen anfallen. Eine Vorabgenehmigung der zusätzlichen Maßnahme zur künstlichen Befruchtung durch die AOK ist nicht notwendig. Die Kostenerstattung gegen Vorlage der Rechnungen (Arztrechnungen eines nach § 121a SGB V zugelassenen Leistungserbringers und Arzneimittelrechnungen einschl. der Verordnungen) erfolgt nur dann, wenn beide Ehegatten bei der AOK versichert sind.

§ 10i
Hebammenrufbereitschaft

- (1) Die AOK übernimmt für versicherte Frauen, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberufliche Hebamme in Anspruch nehmen, die Kosten für die Rufbereitschaft einer freiberuflich tätigen Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft.
- (2) Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die Hebamme nach § 134a SGB V zugelassen ist und die Rufbereitschaft eine 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme sowie die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe umfasst.
- (3) Erstattet werden die tatsächlichen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag in Höhe von einmalig 250 Euro je Schwangerschaft. Für die Rufbereitschaft mehrerer oder weiterer Hebammen besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung. Die Kosten werden nach Vorlage der Rechnung erstattet.

§ 11
Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

(1) Die AOK stellt gemäß § 20 SGB V Leistungen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung, soweit diese den Handlungsfeldern und Kriterien des vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Diese Leistungen umfassen den Individuellen Ansatz und den Setting-Ansatz.

(2) Diese Leistungen umfassen

a. die verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 i. V. m. Abs. 5 SGB V mit folgenden Handlungsfeldern:

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressmanagement
- Suchtmittelkonsum

Die AOK fördert maximal zwei Kurse innerhalb eines Kalenderjahres. AOK-eigene Kurse sind für eigene Versicherte kostenfrei. Kurse von anderen Anbietern, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind, werden bis maximal 75 Euro bezuschusst.

b. die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (Settings) nach § 20 Abs. 4 Nr. 2 i. V. m. § 20a SGB V. Die AOK fördert – insbesondere zur Vermeidung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – nachhaltig angelegte Settingansätze. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der kommunalen Gesundheitsförderung. Die AOK fördert entsprechende qualitätsgesicherte Projekte finanziell im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel, sofern sie den Handlungsfeldern und Kriterien des vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.

c. die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 4 Nr. 3 i. V. m. § 20b SGB V mit folgenden Handlungsfeldern:

- 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.

§ 12

Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten

Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort (§ 23 Abs. 2 SGB V) zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss von 16 Euro täglich. Für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25 Euro täglich.

§ 12a

Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen

- (1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.
- (2) Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten im Sinne des Abs. 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem SGB XI zu 90 v. H., bei Kinderhospizen zu 95 v. H. Der Zuschuss darf kalendertäglich 7 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten im Sinne des Abs. 1 nicht überschreiten.

§ 13

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Versicherte können am AOK-Prämien-Programm teilnehmen. Die Teilnahme ist freiwillig und kommt durch Einschreibung zustande.
- (2) Versicherte erhalten bei regelmäßiger Inanspruchnahme von
 - (a) qualitätsgesicherten Leistungen zur Primärprävention nach § 11 Abs. 1
 - (b) Maßnahmen, die nachweislich der Gesundheitsförderung dienen oder gesundheitsbewusste Verhaltensweisen fördern, nach Maßgabe der Ausführungsbestimmungen
 - (c) Leistungen zur Früherkennung nach § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen)
 - (d) Leistungen zur Früherkennung nach § 26 SGB V (Kinderuntersuchungen)
 - (e) öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen nach § 10 a

in der in den Ausführungsbestimmungen genannten Kombinationen einen Bonus.

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

- (3) Die Voraussetzungen des Abs. 2 weisen die Versicherten durch entsprechende Bestätigungen und Leistungsabzeichen nach. Die durchgeführten Maßnahmen dürfen zum Zeitpunkt der Bonusbeantragung nicht länger als 36 Monate zurückliegen.
- (4) Der Bonus wird den Versicherten als Sachprämie gegen Nachweis gemäß Abs. 3 zur Verfügung gestellt.
- (5) Das Nähere regeln die Ausführungsbestimmungen zum AOK-Prämien-Programm, die durch den Vorstand festgelegt werden.

§ 14
Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

- (1) Außer in den in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen stellt die AOK Haushaltshilfe auch dann zur Verfügung, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen 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 je Krankheitsfall, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann..
- (2) Darüber hinaus kann die AOK in begründeten Ausnahmefällen Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zur Verfügung stellen.

**§ 15
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 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).

**§ 16
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 vor Inanspruchnahme der Leistung gegenüber der AOK unter Verwendung des dafür bereit gestellten Vordruckes. Die gewählte Kostenerstattung beginnt frühestens mit dessen Zugang und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung. Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen.
- (3) Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz in Anspruch genommen werden, nach Maßgabe des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind.
- (4) Versicherten werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend
 - a) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von fünf Prozent,
 - b) bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 7,5 Prozentzu mindern, wobei der Abschlag je Antrag mindestens fünf Euro und höchstens 40 Euro beträgt.
- (5) Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. Absatz 2 findet keine Anwendung. Bei der Berechnung des Erstattungsbetrages werden die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und ein Abschlag für Verwaltungskosten nach Absatz 4 berücksichtigt sowie anfallende Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V und die der AOK aufgrund eines Vertrages nach § 130a Abs. 8 SGB V entgangenen Rabatte in Höhe einer sich in Abhängigkeit von den getroffenen Vereinbarungen ergebenden Pauschale. Die Summe der Minderungsbeträge nach Satz 3 beträgt je Antrag mindestens fünf Euro.
- (6) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.

§ 17
Teilkostenerstattung

- (1) Die bei der AOK versicherten DO-Angestellten und Versorgungsempfänger, die vom Wahlrecht des § 14 SGB V Gebrauch gemacht haben, erhalten eine Teilkostenerstattung.
- (2) An die Stelle der Teilkostenerstattung und dem Beihilfeanspruch nach der Dienstordnung treten die im SGB V, in der RVO und in dieser Satzung vorgesehenen Leistungen.
- (3) Der von der Leistung der Krankenkasse nicht erfasste Beihilfeanspruch bleibt insoweit erhalten, als er für freiwillig versicherte Tarifangestellte der Krankenkasse besteht, die einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V erhalten.

§ 18
Empfangsberechtigung

Die Geldleistungen der Krankenhilfe werden gegen Vorlage des Auszahlungsscheins, die Geldleistungen der Mutterschaftshilfe gegen Vorlage der Bescheinigung über den voraussichtlichen Tag der Entbindung, der Geburtsbescheinigung, an den Inhaber der bezeichneten Unterlagen mit befreiender Wirkung gezahlt; der Inhaber hat sich auf Verlangen auszuweisen.

Geldleistungen für Sterbefälle und Entbindungen, die vor dem 01.01.2004 eingetreten sind, werden aufgrund der § 58 SGB V und § 200b RVO in der bis dahin geltenden Fassung mit befreiender Wirkung an den Inhaber folgender Unterlagen gezahlt:

- bei Entbindungsgeld der Geburtsurkunde,
- bei Sterbegeld der Sterbeurkunde und der Rechnung über die Bestattungskosten.

Der Inhaber der Unterlagen hat sich auf Verlangen auszuweisen.

**§ 18a
Leistungsausschluss**

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

Fünfter Abschnitt: Weiterentwicklung in der Versorgung

**§ 19
Weiterentwicklung der Versorgung**

Zur Weiterentwicklung der Versorgung führt die AOK Bayern Modellvorhaben durch. Ziele, Dauer und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung sowie die Bedingungen für die Teilnahme der Versicherten werden in der Satzung festgelegt.

§ 19 a

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

- (1) Versicherte können zur Verbesserung des Behandlungsablaufes und der Qualität der medizinischen Versorgung chronischer Erkrankungen an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) nach § 137 f SGB V der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse bei den Erkrankungen Diabetes Mellitus Typ I und II, Brustkrebs, Koronare Herzerkrankungen sowie Asthma/COPD teilnehmen, für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung für das Land Bayern beantragt wurde oder beantragt wird.
- (2) Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V teilnehmen, die von einer anderen AOK außerhalb des Landes Bayern durchgeführt werden und für die beim Bundesversicherungsamt die Zulassung im Rahmen der länderübergreifenden Beauftragung beantragt wurde oder beantragt wird.
- (3) Inhalt, Ausgestaltung und Dauer der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus den für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Verträgen.

§ 19 b
Bonifizierung für betriebliche Gesundheitsförderung

- (1) Die AOK Bayern gewährt einen Bonus für Arbeitgeber und deren AOK versicherten Arbeitnehmer auf Grundlage des § 65a Abs. 2 SGB V bei Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (im Folgenden als „BGF“ bezeichnet) insbesondere Maßnahmen nach § 20b SGB V. Am Bonusprogramm können Arbeitgeber mit 50 bis 500 Beschäftigten – davon mindestens 20 AOK-versicherte Arbeitnehmer – teilnehmen.
- (2) Voraussetzung für die Gewährung eines Bonus ist eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Arbeitgeber und der AOK. Ein Rechtsanspruch des Arbeitgebers auf Abschluss einer Vereinbarung besteht nicht. Der Bonus wird auf Nachweis des erfolgreichen Abschlusses von Maßnahmen zur BGF nach Absatz 4 vergütet. Hierzu sind die Maßnahmen vom Arbeitgeber zu dokumentieren. Die Dokumentation gilt als zahlungsbegründende Unterlage.
- (3) Der Bonus wird einmal im Kalenderjahr gewährt und darf die Investitionen des Arbeitgebers für die BGF nicht überschreiten. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet ist, wird kein Bonus gewährt.
- (4) Der Bonus gliedert sich in drei Stufen.

Bonus Stufe 1 wird bei Verankerung der BGF im Betrieb des Arbeitgebers gewährt, wenn der Arbeitgeber

- finanzielle und/oder personelle Ressourcen für die Umsetzung von BGF-Maßnahmen zur Verfügung stellt,
- im Unternehmen ein Gesundheitsbeauftragter benannt ist, der mindestens zweimal pro Kalenderjahr das Thema Gesundheit mit der Geschäftsführung erörtert und dies dokumentiert
- mindestens zwei Maßnahmen zur BGF pro Kalenderjahr im Betrieb durchgeführt werden.

Bonus Stufe 2 wird gewährt, wenn der Arbeitgeber zusätzlich zu den für Bonus Stufe 1 erforderlichen Voraussetzungen mindestens zwei weitere Maßnahmen zur BGF pro Kalenderjahr im Betrieb durchführt und in

- Unternehmen ab 200 Arbeitnehmern einen regelmäßig tagenden Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb unter Beteiligung der AOK Bayern etabliert.

Bonus Stufe 3 wird gewährt, wenn der Arbeitgeber zusätzlich zu den für die Boni Stufe 1 und 2 erforderlichen Voraussetzungen mindestens zwei weitere Maßnahmen zur BGF pro Kalenderjahr im Betrieb durchführt. Die Umsetzung muss nach der Systematik eines Regelkreislaufes von Analyse, Maßnahmenauswahl, Maßnahmendurchführung und einer Evaluation der Maßnahmen erfolgen.

- (5) Die näheren Einzelheiten zur Höhe der Boni für Arbeitgeber und Arbeitnehmer, zu den anrechenbaren BGF-Maßnahmen, zur Prüfung der Anwendung der Bonusregelung und zur Bonusgewährung sind in Ausführungsbestimmungen geregelt, die Bestandteil der Vereinbarung nach Abs. 2 Satz 1 werden.
- (6) Die Bonusregelung ist auf die Regionen der Direktionen Augsburg und Kempten beschränkt und zunächst bis zum 30.06.2016 befristet.

§ 19 c
Besondere hausärztliche Versorgungsformen

- (1) Die AOK bietet ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V an. Hausärzte im Sinne dieser Satzungsregelung sind Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte und hausärztliche Internisten (§ 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V).
- (2) Versicherte erklären ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der AOK. Die Teilnahme ist freiwillig. Sie beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der AOK genannt ist. Für Versicherte, die an der pädiatriezentrierten Versorgung der AOK Bayern teilnehmen, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen der AOK ist nicht möglich.
- (3) Die Versicherten können ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem Versicherten eine Belehrung über das Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- (4) Mit der Teilnahme verpflichtet sich der Versicherte, nur den von ihm gewählten Hausarzt, nur namentlich benannte Vertretungsärzte und ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Augenärzten, Frauenärzten sowie Kinder- und Jugendärzten.
- (5) 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.
- (6) Der Versicherte ist an die Pflichten aus den Absätzen 4 und 5 sowie an den gewählten Hausarzt mindestens ein Jahr gebunden. Der gewählte Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden. Seine Teilnahme kann er mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens zum Ende des ersten Teilnahmejahres schriftlich gegenüber der AOK beenden. Erklärt er sein Teilnahmeende nicht, oder nicht fristgerecht, so verlängert sich seine Teilnahme jeweils um ein weiteres Quartal. Eine Einschreibung bei einem anderen an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Arzt ist frühestens ab Beginn des Quartals möglich, das auf die Teilnahme bei dem früheren Arzt folgt.
- (7) Die AOK beendet die Teilnahme zum Ende eines Quartals, wenn der Versicherte die Pflichten aus den Absätzen 4 und 5 nicht beachtet hat. Der Versicherte kann für Mehrkosten, die durch sein nicht vertragskonformes Verhalten entstehen, haftbar gemacht werden. Nach Beendigung der Teilnahme durch die AOK nach Satz 1 ist eine erneute Einschreibung frühestens nach Ablauf von vier Quartalen möglich.

Die Teilnahme des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V endet unabhängig von der Dauer der Teilnahme mit dem Ende des entsprechenden Versorgungsvertrages oder mit dem Ende der Versicherung bei der AOK.

- (8) Die Teilnahme des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung endet mit dem im Beschluss des Zulassungsausschusses benannten Zeitpunkt der Praxissitzverlegung bzw. der Praxisübergabe, wenn der Versicherte aufgrund seines Widerrufsrechts eine Erklärung abgibt, dass er bei Praxissitzverlegung nicht weiterhin von seinem gewählten Hausarzt bzw. bei Praxisübergabe nicht vom Praxisnachfolger betreut werden will.

Eine Neueinschreibung bei einem anderen an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Arzt ist frühestens ab Beginn des nächsten Quartals möglich.

- (9) Versicherte,
- deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht,
 - die sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der AOK in Verzug befinden oder
 - die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben
- können 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.
- (10) Die vorgenannten Regelungen gelten für die von der AOK Bayern angebotene pädiatriezentrierte Versorgung nach § 73b SGB V entsprechend.

§ 19 d
Besondere Versorgung

- (1) Die AOK bietet ihren Versicherten die Teilnahme an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen an. Dabei kann es sich gemäß § 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V
- um eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) oder
 - um besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge handeln.

- (2) Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig und erfolgt durch eine schriftliche Teilnahmeerklärung gegenüber der AOK auf dem dafür vorgesehenen Formblatt. Die Versicherten können an den Verträgen zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, sofern sie die im jeweiligen Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Verträgen ist möglich, sofern dies nicht in den Regelungen der entsprechenden Verträge ausgeschlossen ist oder die Verträge inhaltlich weitgehend identisch sind. Die gleichzeitige Teilnahme an einem Vertrag nach § 73b SGB V (hausarztzentrierte Versorgung) und einem Arztnetzvertrag nach § 140a SGB V ist nicht möglich.

Die Teilnahme ist wirksam, wenn die AOK dem Versicherten gegenüber schriftlich bestätigt hat, dass die Voraussetzungen für die Teilnahme erfüllt sind und dass er am Vertrag teilnimmt. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der AOK genannt ist.

Bei Verträgen zur Behandlung bestimmter Krankheiten kann eine sofortige Teilnahme medizinisch sinnvoll sein. In diesen Fällen kann vertraglich geregelt werden, dass die Teilnahme mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung wirksam wird. Die AOK kann in diesem Fall die Teilnahme rückwirkend ablehnen, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt sind. Dem Versicherten dürfen durch die rückwirkende Ablehnung keine Nachteile entstehen.

- (3) Die Versicherten können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem Versicherten eine Belehrung über das Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- (4) Mit der Teilnahme geht der Versicherte Verpflichtungen ein, insbesondere die Bindung an bestimmte Ärzte oder sonstige Leistungserbringer oder deren Inanspruchnahme nur unter bestimmten Bedingungen (z.B. nur auf Überweisung, nur mit Einweisung, nur in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, nur vom behandelnden Arzt empfohlene Leistungserbringer, nur namentlich benannte Vertretungsärzte). Die konkreten Verpflichtungen sind abhängig vom Regelungsinhalt des jeweiligen Vertrages.
- (5) Der Versicherte erhält eine Information zu den vertraglichen Inhalten, in der die Bedingungen der Teilnahme, insbesondere Angaben über die Wirksamkeit der Teilnahme, die Leistungsinhalte und die Rechte und Pflichten, die sich aus der Satzung und dem jeweiligen Vertrag ergeben, dargestellt sind. Mit seiner Teilnahmeerklärung bestätigt er, zu diesen Bedingungen am Vertrag teilnehmen zu wollen.

- (6) Bei Arztnetzverträgen ist der Versicherte an seine Pflichten aus Absatz 4 für ein Jahr gebunden. Die Teilnahme verlängert sich jeweils um ein Quartal, wenn der Versicherte nicht spätestens drei Monate vor Ablauf des Teilnahmejahres/-quartales gegenüber der AOK schriftlich erklärt, dass er seine Teilnahme beenden möchte. Eine Erklärung zur sofortigen Beendigung der Teilnahme aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt. Bei anderen Verträgen kann es abweichende Bindefristen geben. Die konkreten Bindefristen bzw. Fristen zur Teilnahmebeendigung ergeben sich jeweils aus der Information gemäß Absatz 5.
- (7) Ändert sich der Vertragsinhalt und sind davon die Rechte und Pflichten des Versicherten betroffen, kann der Versicherte schriftlich innerhalb eines Monats nach Mitteilung über die Vertragsänderung gegenüber der AOK erklären, dass er seine Teilnahme zum Quartalsende beenden möchte. Erfolgt die Erklärung nicht innerhalb dieser Frist, gelten die Änderungen als genehmigt.
- (8) Verstoßen Versicherte gegen ihre Pflichten nach Absatz 4, können sie mit sofortiger Wirkung oder zum Ende des Quartals aus der besonderen Versorgung ausgeschlossen werden. Der Zeitpunkt der Wirkung des Ausschlusses ist im jeweiligen Vertrag festzulegen; ist kein Zeitpunkt festgelegt, kann ein Ausschluss nur zum Ende eines Quartals erfolgen. Pflichtwidrigkeit auf Seiten der Versicherten ist insbesondere bei Nottfällen ausgeschlossen. Bei der Festsetzung von Maßnahmen bei Pflichtverstößen ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit stets zu beachten.
- (9) Soweit der Versicherte mit seiner Teilnahmeerklärung einen bestimmten Arzt als betreuenden/koordinierenden Arzt gewählt hat, endet die Teilnahme des Versicherten an der besonderen Versorgung mit Ablauf des Quartals, in dem die Teilnahme des gewählten Arztes an der besonderen Versorgung oder dessen vertragsärztliche Tätigkeit endet oder aufgrund eines Beschlusses des Zulassungsausschusses vollständig ruht. Im Falle einer Praxissitzverlegung, einer Praxisübergabe oder des Ausscheidens des gewählten Arztes aus der Praxis wird der Versicherte von der AOK über diese Änderung informiert und kann innerhalb von vier Wochen schriftlich erklären, dass er bei Praxissitzverlegung nicht weiterhin von seinem gewählten Arzt, bei Praxisübergabe nicht vom Praxismachfolger oder beim Ausscheiden des gewählten Arztes nicht von dem/den in der Praxis verbleibenden Arzt/Ärztinnen betreut werden will. Die Teilnahme des Versicherten endet dann zu dem im Beschluss des Zulassungsausschusses benannten Zeitpunkt der vorgenannten Änderung.

In den vorgenannten Fällen sowie bei der schriftlichen Erklärung des Versicherten, dass er seine Teilnahme am gesamten Vertrag oder bei dem gewählten Arzt beenden möchte, ist die Neueinschreibung bei einem anderen am entsprechenden Vertrag teilnehmenden Arzt frühestens zu dem Termin möglich, zu dem die Teilnahme des Versicherten beim zuvor gewählten Arzt beendet wurde. Die vertragsspezifischen Fristen für die Abgabe von Teilnahmeerklärungen sind dabei zu beachten.

Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V endet unabhängig von der Dauer der Teilnahme mit dem Ende des entsprechenden Versorgungsvertrages oder mit dem Ende ihrer Versicherung bei der AOK.

- (10) Die Versicherten,
- deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht,
 - die sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der AOK in Verzug befinden oder
 - die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben,
- können nicht an der besonderen Versorgung teilnehmen, sofern im Vertrag keine abweichenden Regelungen getroffen werden. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit sofortiger Wirkung oder mit Ablauf des Quartals,

in das das Ereignis fällt. Der Zeitpunkt des Teilnehmeendes ist im jeweiligen Vertrag festzulegen; ist kein Zeitpunkt festgelegt, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals.

(11) Die AOK stellt das Ende der Teilnahme gegenüber dem Versicherten fest.

(12) Die vorgenannten Regelungen gelten auch für Verträge, die nach den §§ 73c oder 140a ff SGB V in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden.

§ 19 e
Wahltarif Teilkostenerstattung

- (1) Für Mitglieder, die im Rahmen des § 14 SGB V i.V.m. § 17 der Satzung einen Anspruch auf Teilkostenerstattung haben werden entsprechend der Leistungsbeschränkung 68 v.H. des monatlichen Beitrages als Prämie an das Mitglied ausgezahlt (§ 53 Abs. 7 und 8 SGB V).
- (2) Die Prämienzahlung wird mit dem vom DO-Angestellten/Versorgungsempfänger zu entrichtenden monatlichen Beitrag verrechnet.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für den kassenindividuellen Zusatzbeitrag nach § 20a der Satzung.

§ 19 f
Wahltarif Krankengeld

(1) ¹ Den Krankengeld-Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V können wählen:

1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben,
2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG), eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter),
3. nach dem KSVG versicherte Künstler und Publizisten.

² Nach Vollendung des 50. Lebensjahres ist die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes für hauptberuflich Selbständige nur möglich, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif eine Mitgliedschaft mit einem Krankengeldanspruch nach § 44 Abs. 1 SGB V oder einem Krankengeld-Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hat.

(2) ¹ Die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes nach § 53 Abs. 6 SGB V bedarf der Schriftform. ² Diese Wahlerklärung wirkt zum Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie mit der Beitrittserklärung spätestens zum Beginn der Mitgliedschaft abgegeben wird, ansonsten jeweils vom Beginn des, auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats an, es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt. ³ 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-Wahltarifes können gewählt werden:

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

(4) ¹ Das Wahltarif-Krankengeld

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

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

(5) ¹ Die Prämie beträgt für die Tarifaufprägung:

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

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

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

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

(7) ¹ Der Anspruch auf Wahltarif-Krankengeld ruht bzw. ist ausgeschlossen

1. sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, von diesem Zeitpunkt an bis zum Tage der vollständigen Entrichtung der rückständigen Prämien und der der AOK wegen der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten; eine Zahlung von Krankengeld innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird,

2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; wird die Mitwirkung nachgeholt wird das Ruhen des Leistungsanspruchs rückwirkend aufgehoben,
3. nach Absatz 12 Nr. 6 ab dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird.

² Die §§ 11 Absatz 5, 16, 49, 50, 51, 52 und 52a SGB V gelten entsprechend, soweit in dieser Vorschrift nichts Abweichendes geregelt ist; § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gilt nicht für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige in der Tarifausprägung KG 22.

- (8) ¹ Für die in Absatz 1 Nr. 1 und 3 genannten Mitglieder besteht kein Krankengeldanspruch, wenn Arbeitsunfähigkeit in den ersten drei Monaten der Teilnahme am Krankengeld-Wahltarif eintritt. ² Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V bestand. ³ Satz 1 gilt nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden, der nach Antragstellung eingetreten ist.

- (9) ¹ Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. ² Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahltarif-Krankengeldes angerechnet.

- (10) ¹ Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). ² Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden. ³ Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird.

- (11) ¹ Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der 3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. ² Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um 12 Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich. ³ Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:

1. bei Erhalt von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II,
2. bei Erhalt von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
3. bei Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung nach § 807 ZPO,
4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3 a SGB V.

⁴ Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. ⁵ Ein Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V besteht nicht.

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

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

2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
 3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. einer vergleichbaren Versorgungseinrichtung,
 4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. einer vergleichbaren Versorgungseinrichtung bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,
 5. wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird,
 6. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sein denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,
 7. durch Tod.
- (13)¹ Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personen ruht der Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 10 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung. ² Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 1 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf. ³ Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifes. ⁴ Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend bei rechtswirksamer Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V.
- (14)¹ Für Mitglieder, die am 30.06.2014 Krankengeld aus der Tarifausprägung KG PLUS (§ 19f Abs. 3 Ziffer 3 a.F.) beziehen, besteht der Anspruch auf dieses Krankengeld unter den bisherigen Voraussetzungen weiter; der Anspruch besteht maximal bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat.
- (15) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Bayern den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit allen anderen AOKs durch.

§ 19 g
Modellvorhaben „Telemedizin für heimbeatmete Patienten“

- (1) Die AOK Bayern führt gem. § 63 Abs. 1 SGB V in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung für chronisch Kranke ein Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von in häuslicher Umgebung beatmeten Patienten (heimbeatmete Patienten) durch. Die Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen der AOK und der Deutschen Stiftung für chronisch Kranke bildet ein Kooperationsvertrag.
- (2) Ziel dieses Modellvorhabens ist, eine leistungsfähige und auch langfristig sowohl organisatorisch wie auch finanziell tragfähige Versorgungsoption für invasiv beatmete Patienten, die in der häuslichen Umgebung betreut werden, zu schaffen. Durch das Modellvorhaben werden die betreuenden Pflegefachkräfte durch eine rasch verfügbare, spezialmedizinische Expertise in Fragen der aktuellen Versorgung und der Krisenintervention bei der Prüfung einer notwendigen Krankenhauseinweisung der heimbeatmeten Patienten unterstützt. Zudem soll das Sicherheitsgefühl im häuslichen Betreuungsumfeld des Patienten gesteigert werden.
- (3) In Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, geeigneten Krankenhäusern und Pflegediensten wird den heimbeatmeten Patienten eine interaktive, telemedizinische Überwachung durch medizinische Experten zur Verfügung gestellt (e-homecare Projekt). Die technische Grundlage zur Durchführung dieses Vorhabens bildet die Installation eines telemedizinischen Systems, einschließlich einer Videokonferenzausstattung, zur zeitgleichen Bild- und Tonübertragung, in der häuslichen Umgebung der heimbeatmeten Patienten.
- (4) Die Teilnahme der invasiv- und dauerbeatmeten Versicherten am Modellvorhaben ist freiwillig. Es wird eine Teilnahmeerklärung des Versicherten vorausgesetzt. Im Rahmen dieses Modellvorhabens ist eine gesonderte Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten erforderlich. Dazu wird von den Versicherten eine schriftliche, jederzeit widerrufliche Einwilligung eingeholt, welche sich auf den Zweck, Inhalt, Art, Umfang und Dauer der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer personenbezogenen Daten erstreckt.
- (5) Das Modellvorhaben wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Das Ergebnis der Auswertungen wird gem. § 65 SGB V veröffentlicht.
- (6) Das Modellvorhaben beginnt am 01.01.2012 und endet spätestens mit dem 30.06.2014.

§ 19 h
Derzeit nicht besetzt

§ 19 i

Modellvorhaben „Telemedizinische Dienstleistungen für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)“

- (1) Die AOK Bayern führt gem. § 63 SGB V zur Verbesserung einer flächendeckenden Versorgungsstruktur für COPD-Patienten in Bayern mit dem telemedizinischen Dienstleistungsanbieter SHL sowie Haus- und Lungenfachärzten ein Modellvorhaben durch. Die Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen der AOK und dem Dienstleistungsanbieter SHL Telemedizin bildet eine Vereinbarung zur Durchführung des Modellvorhabens. Ärzte haben die Möglichkeit im Rahmen einer Kooperation an dieser Vereinbarung teilzunehmen.
- (2) Ziel dieses Modellvorhabens ist, eine leistungsfähige und auch langfristig sowohl organisatorisch wie auch finanziell attraktive Versorgungsoption für Patienten mit COPD, die in der häuslichen Umgebung leben, zu schaffen. Durch das Modellvorhaben kann die Optimierung der Versorgungsqualität, mit Unterstützung eines telemedizinisch gestützten Begleitens der Patienten, gesteigert werden. Damit soll eine effektive Verzögerung des Zeitpunktes bzw. Verhinderung einer akutstationären Behandlung erreicht werden. Eine Steigerung der Selbsthilfefähigkeit und damit auch der Lebensqualität der Patienten und deren Angehörigen wird angestrebt.
- (3) Der telemedizinische Dienstleister SHL stellt - zusammen mit kooperierenden Haus- und Lungenfachärzten - AOK-Versicherten mit einer fortgeschrittenen COPD-Erkrankung (Gold-Stadium 3-4) unterschiedliche nicht-medikamentöse Unterstützungsangebote zur Verfügung. Die technische Grundlage zur Durchführung dieses Vorhabens bildet die Installation eines telemedizinischen Systems und der medizintechnischen Geräte, welche dem AOK-Versicherten kostenlos zur Verfügung gestellt werden, um die Vitalparameter regelmäßig überwachen zu können. Bei Normabweichungen der gemessenen Parameter wird der Patient von SHL Telemedizin kontaktiert und beraten, ggf. wird der behandelnde Arzt informiert und/oder Notfallmaßnahmen eingeleitet.
- (4) Die Teilnahme der an COPD erkrankten Versicherten am Modellvorhaben ist freiwillig. Es wird eine Teilnahmeerklärung des Versicherten vorausgesetzt. Im Rahmen dieses Modellvorhabens ist eine gesonderte Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten erforderlich. Dazu wird von den Versicherten eine schriftliche, jederzeit widerrufliche Einwilligung eingeholt, welche sich auf den Zweck, Inhalt, Art, Umfang und Dauer der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer personenbezogenen Daten erstreckt.
- (5) Das Modellvorhaben wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Das Ergebnis der Auswertungen wird gemäß § 65 SGB V veröffentlicht.
- (6) Das Vorhaben beginnt am 01.06.2012 und endet spätestens am 31.05.2017.

§ 19 j AOK-Bonustarif

- (1) Die AOK bietet einen Tarif zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten nach § 65a SGB V unter der Bezeichnung „AOK-Bonustarif“ an.
- (2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des AOK-Bonustarifs. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und frühestens zu dem vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt. Der Tarif endet nach Ablauf des fünften Kalenderjahres, das auf den Beginn der Teilnahme folgt oder nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres. Der AOK-Bonustarif kann abweichend von Satz 1 durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK gekündigt werden, wenn die weitere Teilnahme für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. Der AOK-Bonustarif kann dann zum Ende des Monats gekündigt werden, in dem die Kündigung der AOK zugeht. Ein besonderer Härtefall ist insbesondere anzuerkennen bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII oder gleichartiger Leistungen der Kriegsopferfürsorge.
- (3) Mitgliedern mit einem jährlichen Einkommen bis 18.000 € brutto steht ein Grundbonus von 80 € kalenderjährlich zu (Tarifstufe I). Mitglieder mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von 18.001 € bis zu der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V erhalten einen Grundbonus in Höhe von 110 € (Tarifstufe II). Für Mitglieder mit einem jährlichen Bruttoeinkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V beträgt der Grundbonus 230 € (Tarifstufe III). Maßgeblich ist das Jahresarbeitsentgelt des abzurechnenden Teilnahmejahres. Die Wahl einer niedrigeren Tarifstufe ist möglich. 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.
- (4) Mitgliedern steht ein Gesundheitsbonus von 70 € kalenderjährlich zu, wenn sie Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V und Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und öffentlich empfohlene Schutzimpfungen nach § 20 d Abs. 1 SGB V nachweisen. Stattdessen genügt der Nachweis körperlicher Fitness durch einen sportwissenschaftlich entwickelten Walkingtest, Ergometertest oder durch die Vorlage eines Leistungsabzeichens des Deutschen Olympischen Sportbundes und seiner Mitgliedsorganisationen. Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen darf nicht älter als ein Jahr sein.
- (5) Mitgliedern steht ein kalenderjährlicher Zusatzbonus zu, wenn sie in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren, in denen sie am Tarif teilgenommen haben, keine Eigenbeteiligung nach Absatz 6 tragen mussten. Das erste Kalenderjahr der Tarifteilnahme gilt in diesem Zusammenhang als erfüllt, wenn mindestens 3 Monate des Jahres mit einer Zugehörigkeit zum Tarif belegt sind. Der Zusatzbonus beträgt pro vollständiges Kalenderjahr 50 Euro in Tarifstufe I, 60 Euro in Tarifstufe II, 100 Euro in Tarifstufe III. Die Zahlung des Zusatzbonus für die ersten drei Teilnahmejahre erfolgt zusammenhängend erstmalig mit der Abrechnung des dritten Teilnahmejahres, sofern die Voraussetzung für den Zusatzbonus erfüllt wurde. In Folgejahren erfolgt die Zahlung jährlich, bei Erfüllung der in Satz 1 genannten Voraussetzung, mit der jährlichen Abrechnung des Tarifes. Muss das Mitglied in einem Kalenderjahr eine Eigenbeteiligung nach Abs. 6 tragen, wird kein Zusatzbonus gewährt und es muss vor der nächsten Zahlung des Zusatzbonus der Zeitraum von drei vollständigen Kalenderjahren ohne

Zahlung einer Eigenbeteiligung erneut erfüllt werden.

- (6) Mitglieder tragen Eigenbeteiligungen bis zu einem kalenderjährlichen Höchstbetrag von 160 € in Tarifstufe I, 220 € in Tarifstufe II, 460 € in Tarifstufe III. Die Eigenbeteiligung beträgt je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 20,00 € in Tarifstufe I, 27,50 € in Tarifstufe II, 57,50 € in Tarifstufe III. Dies gilt nicht, wenn ausschließlich Leistungen nach Absatz 4 in Anspruch genommen wurden. Die Eigenbeteiligung je stationärer Krankenhausbehandlung beträgt 40,00 € in Tarifstufe I, 55,00 € in Tarifstufe II, 115,00 € in Tarifstufe III. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Leistungen, die aufgrund einer Schwangerschaft einschließlich der Entbindung entstehen werden nicht einbezogen. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern diese nach § 24a Abs. 2 SGB V eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen.
- (7) Die AOK ermittelt den Unterschiedsbetrag von Boni und Eigenbeteiligungen für das Kalenderjahr bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres. Ist die Summe der Boni höher als die der Eigenbeteiligungen, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig, sofern zu diesem Zeitpunkt eine Versicherung bei der AOK Bayern besteht. Ist die Summe der Eigenbeteiligungen höher als die Summe der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 14 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig, auch wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde.
- (8) Beginnt die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus, der Zusatzbonus, der Gesundheitsbonus und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat. Gleiches gilt bei Ende der Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres; hiervon ausgenommen ist der Zusatzbonus.
- (9) Die Teilnahme am Tarif 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.

§ 19 k
Modellvorhaben „Rhenium-PTA“

- (1) Die AOK Bayern bietet im Rahmen eines Modellvorhabens gem. § 63 Abs. 2 SGB V ihren Versicherten die Behandlung mit Rhenium-188 im Rahmen der sogenannten ITM Rhenium-PTA an. Bei dieser Behandlungsmethode wird zur Behandlung von Gefäßverengungen im Bein, das Radioisotop Rhenium-188 als lokalisierte Strahlenquelle eingesetzt. Nach der Aufdehnung der Engstelle im Bein Gefäß (Dilatation) wird das Rhenium-188 an den betroffenen Stellen mittels eines speziellen Ballonkatheters platziert und nach einigen Minuten wieder vollständig entfernt. Hierdurch soll das Anschwellen des Gewebes und der erneute Verschluss verhindert werden.
- (2) Ziel des Modellvorhabens ist, mit dieser Behandlungsmethode die Versorgung der Versicherten der AOK Bayern zu verbessern, indem die Erfolgsquote von Gefäßdilataionen im Bein erhöht wird, Wiederverschlüsse effektiver behandelt und damit die Zahl von Beinamputationen abgesenkt werden, beziehungsweise der Zeitpunkt einer Beinamputation um Jahre hinausgezögert und damit auch die Lebensqualität der Versicherten verbessert wird.
- (3) Die AOK Bayern schließt zur Durchführung dieses Modellvorhabens einen Vertrag gem. § 64 Abs. 1 SGB V mit den am Modellvorhaben teilnehmenden Krankenhäusern (zunächst Klinikum Augsburg, Universitätsklinikum Erlangen, Klinikum Ingolstadt, Klinikum Würzburg) sowie mit der ITG Isotope Technologies Garching GmbH, die das Radioisotop Rhenium-188 herstellt und die teilnehmenden Krankenhäuser mit dem Radioisotop einschließlich den für die Durchführung der ITM Rhenium-PTA notwendigen Systemkomponenten und Verbrauchsmaterialien beliefert. Die teilnehmenden Krankenhäuser führen die ITM Rhenium-PTA sowie Nachuntersuchungen der behandelten Versicherten ein und zwei Jahre nach ITM Rhenium-PTA Behandlung durch.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten am Modellvorhaben ist freiwillig. Teilnehmen können alle Versicherten der AOK Bayern, bei denen eine Gefäßverengung der Beinarterien diagnostiziert wurde, bereits eine Dilatation oder Stentimplantation stattgefunden hat und bei denen eine erneute Dilatation am selben Bein erforderlich ist. Nicht teilnehmen können Versicherte, deren Leistungsanspruch nach § 16 SGB V ruht. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme am Modellvorhaben durch die Unterzeichnung des Versicherten-Einschreibebefehles. Nach Prüfung des Vorliegens der Teilnahmevoraussetzungen bestätigt die AOK Bayern die Teilnahme gegenüber dem Versicherten. Die Teilnahme der Versicherten am Modellvorhaben beginnt mit dem Tag der Durchführung der ITM Rhenium-PTA. Die Versicherten können ihre Teilnahme jederzeit durch schriftliche Erklärung, die der AOK Bayern zugehen muss, beenden. Die Teilnahme der Versicherten am Modellvorhaben endet außerdem, wenn und sobald der zugrundeliegende Vertrag mit der ITG GmbH und den teilnehmenden Krankenhäusern endet, das Versichertenverhältnis zwischen dem Versicherten und der AOK Bayern endet oder der Leistungsanspruch des Versicherten nach § 16 SGB V ruht. Die AOK Bayern kann die Teilnahme des Versicherten weiterhin aus wichtigem Grund beenden. Die AOK Bayern informiert den Versicherten unverzüglich schriftlich über die Beendigung der Teilnahme des Versicherten. Bei Beendigung der Teilnahme eines teilnehmenden Krankenhauses informiert die AOK Bayern die betroffenen Versicherten über die Beendigung der Teilnahme der jeweiligen Klinik am Modellvorhaben und über die Möglichkeit der Fortsetzung der Teilnahme am Modellprojekt an einem anderen teilnehmenden Krankenhaus.

- (5) Das Modellvorhaben wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Das Ergebnis der Auswertung wird gem. § 65 SGB V veröffentlicht.
- (6) Das Modellvorhaben beginnt am 1. Januar 2014 und ist hinsichtlich der Durchführung der Rhenium PTA befristet auf einen Zeitraum von vier Jahren. Anschließend werden noch ein weiteres Jahr lang die vertraglich vorgesehenen Nachuntersuchungen durch die teilnehmenden Krankenhäuser durchgeführt.

§ 19 I

Modellvorhaben „Kapselendoskopie des Dickdarms“

- (1) Die AOK Bayern führt in Zusammenarbeit mit dem MVZ Hochfranken, ein Modellvorhaben zur Kapselendoskopie des Dickdarms nach § 63 Abs. 2 SGB V zur Früherkennung von Dickdarmerkrankungen durch. Die Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen der AOK und dem MVZ Hochfranken bildet eine Vereinbarung zur Durchführung des Modellvorhabens. Die ärztlichen Leistungen werden ausschließlich von ärztlichen Leistungserbringern i.S.d. 4. Kapitels des SGB V erbracht.
- (2) Ziel dieses Modellvorhabens ist es, mehr Akzeptanz für die Darmkrebsfrüherkennung zu schaffen. Die AOK Bayern bietet ihren Versicherten als Alternative zur präventiven Koloskopie die Möglichkeit zur Kapselendoskopie mittels der Videokapsel PillCam. Die Kapselendoskopie ist im Vergleich zur präventiven Koloskopie diagnostisch gleichwertig, birgt kein Komplikations- und Hygierisiko und ist praktisch schmerzfrei.
- (3) Teilnehmen können alle Versicherten der AOK Bayern, die Anspruch auf Maßnahmen zur Früherkennung von kolorektalen Karzinomen entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien nach § 92 SGB V haben, sofern kein medizinischer Ausschlussgrund vorliegt.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten am Modellvorhaben ist freiwillig. Für eine Teilnahme ist eine Teilnahmeerklärung des Versicherten erforderlich. Im Rahmen dieses Modellvorhabens ist eine gesonderte Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten erforderlich. Dazu wird von den Versicherten eine schriftliche, jederzeit widerrufliche Einwilligung eingeholt, welche sich auf den Zweck, Inhalt, Art, Umfang und Dauer der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer personenbezogenen Daten erstreckt.
- (5) Das Modellvorhaben wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Das Ergebnis der Auswertung wird gem. § 65 SGB V veröffentlicht.
- (6) Das Modellvorhaben beginnt am 01.08.2013 und endet spätestens mit dem 31.03.2017.

§ 19 m

Modellvorhaben „Zweitmeinung bei onkologischen Erkrankungen“

- (1) Die AOK Bayern bietet im Rahmen eines Modellvorhabens gem. § 63 Abs. 1 SGB V ihren Versicherten die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung an, wenn erstmals ein onkologisches Krankheitsbild an der Mama, der Prostata, der Niere, des Kolon/Rektum, des Uterus/Cervix, der Ovar, der Lymphome/Leukämie sowie bei Melanomen besteht.
- (2) Ziel des Modellvorhabens ist es, durch interdisziplinäre Überprüfung der Diagnosestellung und Therapieempfehlung eine gesicherte fachübergreifende onkologische Behandlung zu gewährleisten. Damit soll ein noch schnellerer und effizienterer Heilungserfolg ermöglicht werden.
- (3) Die AOK Bayern schließt zur Durchführung dieses Modellvorhabens einen Vertrag gem. § 64 Abs. 1 SGB V mit dem Universitätsklinikum Erlangen. Die AOK Bayern kann entsprechende Verträge mit Krankenhäusern schließen, die nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) als onkologisches Zentrum (CC) zertifiziert sind und über die Anerkennung durch die Deutsche Krebshilfe (DKH) die Funktion eines Comprehensive Cancer Centers (CCC) erfüllen.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten am Modellvorhaben ist freiwillig. Teilnehmen können alle Versicherten der AOK Bayern, bei denen erstmals ab 1. Juni 2014 eine der in Abs.1 aufgezeigten onkologischen Erkrankungen diagnostiziert wurde, sofern sie sich nicht bereits in ambulanter oder stationärer Behandlung in der teilnehmenden Klinik die die ärztliche Zweitmeinung erstellt wegen der entsprechenden onkologischen Erkrankung befinden. Nicht teilnehmen können Versicherte, deren Leistungsanspruch nach § 16 SGB V ruht. Für eine Teilnahme ist eine Teilnahmeerklärung des Versicherten erforderlich. Im Rahmen dieses Modellvorhabens ist eine gesonderte Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten erforderlich. Dazu wird von den Versicherten eine schriftliche, jederzeit widerrufliche Einwilligung eingeholt, welche sich auf den Zweck, Inhalt, Art, Umfang und Dauer der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer personenbezogenen Daten erstreckt. Die Teilnahme der Versicherten am Modellvorhaben endet, wenn das Versichertenverhältnis zwischen dem Versicherten und der AOK Bayern endet. Bei Beendigung der Teilnahme eines teilnehmenden Krankenhauses informiert die AOK Bayern die betroffenen Versicherten über die Beendigung der Teilnahme der jeweiligen Klinik am Modellvorhaben und über die Möglichkeit der Fortsetzung der Teilnahme am Modellprojekt an einem anderen teilnehmenden Krankenhaus.
- (5) Das Modellvorhaben wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Das Ergebnis der Auswertung wird gem. § 65 SGB V veröffentlicht.
- (6) Das Modellvorhaben beginnt am 1. Juni 2014 und endet spätestens am 30. Juni 2018. Die wissenschaftliche Evaluation wird bis 30. Juni 2019 abgeschlossen.

§ 19 n
Modellvorhaben „Antibiotic Stewardship“

- (1) Die AOK Bayern bietet Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in Zusammenarbeit mit der Ludwig Maximilian Universität München, handelnd für das Dr. von Haunersche Kinderspital, ein Modellvorhaben „Antibiotic Stewardship“ nach § 63 Abs. 1 SGB V an.
- (2) Ziel dieses Modellvorhabens ist der exakte und auf Notwendigkeit geprüfte Einsatz von Antibiotika, um die Anzahl von Krankenhausinfektionen und damit die Lebensqualität der teilnehmenden Versicherten zu verbessern.
- (3) Teilnehmen können alle Versicherten der AOK Bayern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, die im Dr. von Haunerschen Kinderspital ab 1. Juni 2014 vollstationär in den Abteilungen allgemeine Pädiatrie und Kinderchirurgie behandelt werden. Nicht teilnehmen können Versicherte deren Leistungsanspruch nach § 16 SGB V ruht.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten am Modellvorhaben ist freiwillig. Für eine Teilnahme ist eine Teilnahmeerklärung des Versicherten erforderlich. Im Rahmen dieses Modellvorhabens ist eine gesonderte Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten erforderlich. Dazu wird von den Versicherten eine schriftliche, jederzeit widerrufliche Einwilligung eingeholt, welche sich auf den Zweck, Inhalt, Art, Umfang und Dauer der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer personenbezogenen Daten erstreckt. Die Teilnahme der Versicherten am Modellvorhaben endet, wenn das Versichertenverhältnis zwischen dem Versicherten und der AOK Bayern endet. Bei Frühzeitiger Beendigung des Modellvorhabens informiert die AOK Bayern die betroffenen Versicherten über die Beendigung der Teilnahme am Modellvorhaben.
- (5) Das Modellvorhaben wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Das Ergebnis der Auswertung wird gem. § 65 SGB V veröffentlicht.
- (6) Das Modellvorhaben beginnt am 1. Juni 2014 und endet spätestens am 31. Mai 2017. Die wissenschaftliche Evaluation wird bis 30. Juni 2018 abgeschlossen.

Sechster Abschnitt: Beiträge

**§ 20
Beitragssätze**

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

§ 20 a
Kassenindividueller Zusatzbeitrag

- (1) Mitglieder haben auf der Grundlage des § 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag in Höhe 1,1 v.H. zu zahlen. Für die in § 242 Abs. 3 SGB V genannten Mitglieder ist der vom Bundesministerium für Gesundheit jährlich festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V zu erheben. Der Zusatzbeitrag ist nach Maßgabe des § 223 Abs. 1 SGB V für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen.
- (2) Für den Zusatzbeitrag gelten die für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag maßgeblichen Bestimmungen des SGB IV und des SGB V entsprechend.

§ 21

Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder

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

§ 22
Derzeit nicht besetzt.

§ 23
Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

Laufende Beiträge, die geschuldet werden, werden entsprechend den Regelungen dieser Satzung und den Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes fällig.

§ 24
Derzeit nicht besetzt.

**§ 25
Vollstreckungsgebühren**

Für das Pfändungs-, Wegnahme- und Verwertungsverfahren werden Gebühren erhoben. Ihre Höhe richtet sich nach den für die Einziehung der Bundessteuern maßgebenden Vorschriften.

§ 26
Derzeit nicht besetzt.

Siebter Abschnitt: Widerspruchsstelle/Einspruchsstelle

**§ 27
Widerspruchsstelle**

- (1) Die Aufgaben der Widerspruchsstelle werden durch besondere Ausschüsse nach § 36a SGB IV (Widerspruchsausschüsse) wahrgenommen. Widerspruchsausschüsse werden bei den Direktionen (§ 30) gebildet. Den Widerspruchsausschüssen gehören je zwei Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber des Beirats (§ 33) an. Ferner gehört der Direktor oder ein von ihm Beauftragter dem Widerspruchsausschuss mit beratender Stimme an. Die ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse werden auf Vorschlag des Beirats vom Verwaltungsrat bestellt. Ein ehrenamtliches Mitglied, das verhindert ist, wird durch einen Stellvertreter vertreten. Stellvertreter sind in der Reihenfolge ihrer Aufstellung die als Stellvertreter bestellten verfügbaren Personen. Jedes Mitglied hat zwei Stellvertreter.
- (2) Für ehrenamtliche Mitglieder der Widerspruchsausschüsse gelten die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes sowie über Haftung, Amtsdauer, Amtsverlust, Beratung, Beschlussfassung und Entschädigung entsprechend.
- (3) Die Widerspruchsausschüsse entscheiden über Widersprüche in den die Direktion betreffenden Angelegenheiten, außerdem nehmen sie die Befugnisse der Einspruchsstelle nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten wahr (§ 112 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 SGB IV i.V.m. § 69 OWiG).
- (4) Abweichend von Absatz 3 entscheidet über Widersprüche gegen Entscheidungen der Personalkrankenkasse der Widerspruchsausschuss der Direktion, in deren Bezirk sich die zentrale Personalkrankenkasse befindet.
- (5) Über Widersprüche gegen Entscheidungen, für die nach dem Gesetz der Landesverband zuständig ist, entscheidet der Widerspruchsausschuss der Direktion, in dessen Bereich der Widerspruchsführer seinen Wohnort oder Sitz hat.

Achter Abschnitt: Organisationsstruktur und Selbstverwaltung

**§ 28
Organisationsstruktur**

(1) Die AOK gliedert sich in

die Landesebene (Zentrale)

und

die Ebene der Direktionen.

(2) In den Direktionen werden Geschäftsstellen unterhalten, deren Zahl sich an den Erfordernissen einer kundennahen Betreuung der Versicherten und deren Arbeitgeber orientiert.

**§ 29
Aufgaben auf Landesebene**

(1) Aufgaben auf Landesebene sind insbesondere

- Unternehmensplanung und -steuerung sowie zentrale Verwaltungsaufgaben,
- Verbindliche Festlegung der Unternehmensziele und der Unternehmensstrategie,
- Führung des Unternehmens, insbesondere durch Zielvereinbarungen mit den Direktionen,
- Festlegung von Leitlinien für ein einheitliches kundenorientiertes Auftreten und Wirken der AOK,
- Finanz- und Beitragspolitik,
- Haushaltsplanung und -durchführung,
- Vertragspolitik und -gestaltung mit Leistungserbringern,
- Personalplanung, -entwicklung und -qualifizierung,
- Controlling,
- Informations- und Datenverarbeitung,
- Durchführung von Leistungskontrollen,
- Kommunikation mit den Medien in zentralen Fragen der Unternehmenspolitik,
- Weiterentwicklung der Grundstrukturen der AOK,
- Erarbeitung und Verwirklichung einer einheitlichen Linie der Geschäftspolitik, insbesondere in Fragen des Marketings,
- Festlegung von Rahmenrichtlinien für die Direktionen,
- Ausstattung der Direktionen mit einem zielgerechten Direktionsbudget.

(2) Die Zentrale und die Direktionen bilden eine Unternehmenseinheit. Den Direktionen ist im Rahmen der verbindlichen Unternehmensziele und -strategien der erforderliche unternehmerische Freiraum zu lassen. Die Direktionen sind an der Meinungsbildung in ausreichender und geeigneter Weise zu beteiligen. Beschlüsse der Beiräte sind zu berücksichtigen, soweit sie den allgemein verbindlichen Zielen nicht entgegenstehen. Das Nähere hierzu bestimmt der Vorstand in Richtlinien.

(3) Die Gestaltung und Durchführung von zentralen Aufgaben kann auch einer Direktion übertragen werden.

(4) Soweit die Satzung nichts anderes regelt, übernimmt die Zentrale die Aufgaben, die durch Gesetz dem Landesverband zugewiesen sind.

§ 30
Aufgaben auf Direktionsebene

- (1) Die Direktion stellt den Kunden in den Mittelpunkt ihres Handelns. Sie ist umfassend für die Abwicklung aller Aufgaben und Geschäfte der AOK in ihrem örtlichen Bereich verantwortlich. Zu den Aufgaben der Direktion gehören insbesondere:
- Leistungsmanagement und Kostensteuerung für die Direktion,
 - Personalplanung und -führung für die Direktion,
 - Budgetplanung für die Direktion,
 - Leistungscontrolling,
 - Beratung und Betreuung der AOK-Versicherten,
 - Beratung und Betreuung der Arbeitgeber,
 - Gesundheitspartnerservice vor Ort.
- (2) Die Direktion führt ihre Organisationseinheiten durch Vorgaben hinsichtlich der Ausstattung mit Personal und Sachmitteln im Rahmen von Zielvereinbarungen. Die Direktion wird ihrerseits von der Zentrale durch
- Rahmenrichtlinien
- und
- Zielvereinbarungen
- geführt, um die erforderliche Einheitlichkeit sicherzustellen. Rahmenrichtlinien und Zielvereinbarungen sind so zu gestalten, dass einerseits die angemessene Berücksichtigung der regionalen und lokalen Besonderheiten gewährleistet ist sowie Gestaltungsspielraum und Eigenverantwortlichkeit vor Ort sichergestellt sind, andererseits die Ziele der AOK nicht gefährdet werden.
- (3) Zur Erfüllung der regionalen Aufgaben erhält die Direktion ein eigenes Direktionsbudget, das sie eigenverantwortlich verwaltet. Das Direktionsbudget wird aufgrund der von der Direktion erarbeiteten Jahresplanung ermittelt. Einzelheiten regelt der Vorstand in Richtlinien.
- (4) Unterschreiten in einem Direktionsbezirk die Ausgaben aufgrund der Versorgungsstruktur oder besonderer Bemühungen um Wirtschaftlichkeit die Einnahmen, kommt der Differenzbetrag dem Direktionsbezirk teilweise wieder zugute. Das Direktionsbudget wird durch einen entsprechenden Zuschlag erhöht. Über die Verwendung des Zuschlags entscheidet der Beirat. Der Zuschlag bleibt bei der Vergleichsberechnung nach Satz 1 außer Ansatz.

§ 31 Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Bei der Besetzung sollen die Regierungsbezirke angemessen berücksichtigt werden.
- (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 eines Jahres.
- (3) Für jedes Mitglied wird ein erster und ein zweiter Stellvertreter benannt. Im übrigen gelten § 43 Abs. 2 und § 40 SGB IV entsprechend.
- (4) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK sowie in den übrigen durch Gesetz oder 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. 1a und b SGB V).
- (5) Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehören insbesondere:
 1. Entscheidungen über die strategische und unternehmenspolitische Ausrichtung der AOK z.B. in der Vertrags- und Produktpolitik, der Vertriebs- und Marketingstrategie sowie den Grundsätzen der inneren Organisation und Personalentwicklung;
 2. Entscheidungen und Interessenvertretung in sozial- und gesundheitspolitischen Fragen;
 3. Wahl des Vorstandes und aus dessen Mitte des Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter;
 4. Absprache von Zielvereinbarungen mit dem Vorstand;
 5. Überwachung des Vorstandes u.a. durch Entgegennahme der Berichte des Vorstandes über die Umsetzung von Entscheidungen des Verwaltungsrates, die finanzielle Situation und Entwicklung sowie die Erreichung der Jahresziele (§ 35a Abs. 2 SGB IV);
 6. Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V);
 7. Feststellung des Haushaltsplanes (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V);
 8. Beschluss über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V);
 9. Beschluss über die Auflösung der AOK oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen (§ 197 Abs. 1 Nr. 6 SGB V);
 10. Änderung der Satzung;
 11. Zustimmung zur Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung;
 12. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat;

13. Durchführung von Informationsveranstaltungen für die Vorsitzenden und die stellvertretenden Vorsitzenden der Beiräte mindestens einmal im Jahr;
 14. die Wahrnehmung von Aufgaben in den anderen, durch Gesetz oder maßgebendes Recht bestimmten Fällen.
- (6) Bei Satzungsänderungen ist der Verwaltungsrat nur beschlussfähig, wenn zwei Drittel der Mitglieder, aus denen sich der Verwaltungsrat zusammensetzt, jedoch mehr als die Hälfte jeder Gruppe, anwesend und stimmberechtigt sind. Beschlüsse über die Änderung der Satzung bedürfen der Mehrheit von zwei Dritteln der anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder, mindestens aber der Mehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrates. Im übrigen gilt § 64 SGB IV.
- (7) Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen über
1. Änderungen der Satzung oder Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben;
 2. Änderungen der Satzung oder Dienstordnung, sowie Änderungen von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts zur Beseitigung offener Unrichtigkeiten handelt;
 3. Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden;
 4. von ihm bestimmte Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen.
- Wenn mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen. Ergibt sich bei der schriftlichen Abstimmung Stimmgleichheit, so wird über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates beraten und abgestimmt. Kommt auch bei der zweiten Abstimmung keine Mehrheit zustande, so gilt der Antrag als abgelehnt.
- (8) Zur Aufgabenwahrnehmung finden jährlich mindestens vier Sitzungen des Verwaltungsrates statt; der Vorsitzende des Verwaltungsrates beruft zu den Sitzungen ein. Er soll hierbei im Einvernehmen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates bei Bedarf weitere Sitzungen einberufen, insbesondere wenn
1. mindestens ein Drittel der Verwaltungsratsmitglieder oder
 2. der Vorstand dies beantragt oder
 3. wenn die Aufsichtsbehörde es verlangt.
- Der Vorstand nimmt beratend an den Sitzungen des Verwaltungsrates teil.
- (9) Der Verwaltungsrat bildet zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.
- (10) Dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere:
1. Die Beanstandung von Beschlüssen, die gegen das Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes 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.
- (11) Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates können beratend an den Sitzungen des Vorstandes teilnehmen.

**§ 32
Vorstand**

- (1) Der Vorstand besteht aus zwei Mitgliedern. Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahre; Wiederwahl ist möglich.
- (2) Die Mitglieder des Vorstandes führen die Geschäfte der AOK soweit Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebliches Recht nichts Abweichendes bestimmen. Im Rahmen der dem Vorstand obliegenden Gesamtverantwortung und der von ihm aufgestellten Richtlinien führt jedes Mitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmgleichheit der Vorsitzende des Vorstandes (§ 35a Abs. 1 und 3 SGB IV).
- (3) Der Vorstand arbeitet mit dem Verwaltungsrat vertrauensvoll zusammen und trifft alle zur Realisierung der Entscheidungen des Verwaltungsrates erforderlichen Maßnahmen.
- (4) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere
 1. die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Aufgaben in der Unternehmenspolitik und -strategie, der Sozial- und Gesundheitspolitik im Rahmen der vom Verwaltungsrat getroffenen Entscheidungen nach § 31 Abs. 5 Nr. 1 und 2;
 2. die Zielplanung und Aufstellung von Jahreszielen im Rahmen der mit dem Verwaltungsrat getroffenen Zielvereinbarungen;
 3. Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über
 - a) Umsetzung von Entscheidungen des Verwaltungsrates,
 - b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
 - c) die Einhaltung der Jahresziele;
 4. Aufstellung von Richtlinien des Vorstandes;
 5. Bericht gegenüber den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen;
 6. sonstige Aufgaben, die durch Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht dem Vorstand zugewiesen sind.

§ 33 Beiräte

- (1) Bei jeder Direktion wird ein Beirat gebildet. Er besteht bei Direktionen bis zu 50.000 Mitgliedern aus je 9 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber, im übrigen aus je 12 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.
- (2) Die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber im Verwaltungsrat wählen die Mitglieder ihrer Gruppen in die Beiräte. § 52 SGB IV gilt entsprechend.
- (3) Für die Mitglieder des Beirates gelten die gesetzlichen Vorschriften über die Wählbarkeit, die Führung des Ehrenamtes sowie über Haftung, Amtsdauer, Amtsverlust, Stellvertretung, Ergänzung und Beratung, entsprechend. Sie erhalten eine Entschädigung (§ 36). Die Vorschriften über den Schutz der Sozialdaten sind zu beachten.
- (4) Die Wahl des Vorsitzenden des Beirates erfolgt nach § 62 SGB IV. Zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter wechselt der Vorsitz von Jahr zu Jahr jeweils am 1. Januar eines Jahres.
- (5) Der Beirat und der Direktor arbeiten vertrauensvoll zusammen. Der Beirat hat im Rahmen der Unternehmensziele und -strategien insbesondere folgende Aufgaben:
 1. Beratung und Unterstützung der Versicherten, Arbeitgeber und Handwerksbetriebe sowie Kontaktpflege zu den Vertragspartnern;
 2. Gesundheitspolitische Beratung der Direktion, insbesondere Vermittlung von Erfahrungen und Erwartungen aus dem gesellschaftlichen Leben, aus Arbeitswelt und Wirtschaft sowie Unterstützung in der Öffentlichkeitsarbeit;
 3. Stellungnahme und Beschlussempfehlung zum Marketingplan und Unterstützung des Vertriebs und des Marketings auf lokaler Ebene insbesondere durch Zusammenarbeit mit Betreuungsbeauftragten;
 4. Stellungnahme und Beschlussempfehlung bei Projekten und Maßnahmen der Prävention, der betrieblichen Gesundheitsförderung und Fragen der regionalen Gesundheitspolitik (z.B. regionale Gesundheitskonferenz und Gesundheitsberichterstattung);
 5. Stellungnahme und Beschlussempfehlung bei der Anstellung, Beförderung, Höhergruppierung, Versetzung in den Ruhestand, Kündigung oder Entlassung des Direktors und, soweit vorgesehen, des stellvertretenden Direktors der Direktion;
 6. Stellungnahme und Beschlussempfehlung bei der Aufstellung eines jährlichen Geschäftsplans und eines Direktionsbudgets;
 7. Stellungnahme und Beschlussempfehlung bei der Errichtung oder Schließung von Geschäftsstellen oder Eigeneinrichtungen sowie bei Baumaßnahmen, soweit sie der Direktion zugeordnet sind;
 8. Stellungnahme und Beschlussempfehlung bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken im Bereich der Direktion;
 9. Aufstellung einer Geschäftsordnung für den Beirat;

10. Bildung einer Widerspruchsstelle für die Direktion (§ 27);
11. Der Beirat beschließt auf Vorschlag des Direktors über die Förderung von Selbsthilfegruppen im Bereich der Direktion nach § 20 c SGB V.
- (6) Der Direktor berichtet dem Beirat regelmäßig über die Entwicklung der Direktion und stellt ihm die zur Erfüllung dieser Aufgaben erforderlichen Informationen zur Verfügung.
- (7) Der Beirat kann Ausschüsse bilden.
- (8) In Angelegenheiten der Direktionen können die Vorsitzenden und stv. Vorsitzenden der Beiräte Anträge an den Verwaltungsrat und den Vorstand stellen.
- (9) Für die Aufgaben des Beirates sind Haushaltsmittel bereitzustellen.

**§ 34
Direktoren**

- (1) Der Vorstand bestellt unter Beteiligung des jeweiligen Beirats die Direktoren in der Regel auf die Dauer von sechs Jahren. In Direktionen mit mehr als 200.000 Versicherten wird ein stellvertretender Direktor bestellt.
- (2) Der Direktor führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte seiner Direktion eigenverantwortlich unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes auf der Grundlage von Rahmenrichtlinien, Zielvereinbarungen und des Direktionsbudgets. Der Direktor hat Beschlüsse des Beirats zu berücksichtigen.
- (3) Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere
 1. Umsetzung der Unternehmenspolitik einschließlich der Bewirtschaftung des Direktionsbudgets;
 2. Aufstellung eines jährlichen Geschäftsplans und eines Direktionsbudgets unter Beteiligung des Beirats;
 3. Erstellung eines aus lokalen Markterfordernissen abgeleiteten Marketingplans;
 4. Bearbeitung des regionalen Marktes der AOK zur dauerhaften Sicherstellung der Wettbewerbsfähigkeit hinsichtlich ihres Mitgliederbestandes und ihrer Risikostruktur;
 5. Durchführung von Maßnahmen zur Förderung der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens (Kostensteuerung);
 6. Öffentlichkeitsarbeit im Bezirk der Direktion;
 7. Verfügung über die für den laufenden Bedarf erforderlichen Betriebsmittel;
 8. Anordnung der Einnahmen und Ausgaben nach Gesetz, Satzung und Beschlüssen der Selbstverwaltungsorgane, insbesondere Feststellung und Zahlung der Leistungen;
 9. für den Bereich der Direktion
 - a) Abschluss von Mietverträgen,
 - b) Beschaffung von Geräten, Geschäftsbedarf, Fahrzeugen und Einrichtungsgegenständen sowie die Unterhaltung von Grundstücken und Gebäuden, nach Maßgabe von Vorstandsrichtlinien,
 - c) Errichtung und Schließung von Geschäftsstellen unter Beteiligung des Beirats;
 10. Überwachung der Kassenführung;
 11. Kürzung, Entziehung und Versagung von Leistungen;
 12. Festsetzung von Beitragsschätzungen nach § 28f Abs. 3 SGB IV;
 13. Niederschlagung, Stundung, Erlass und Vergleich bei Beitragsforderungen und anderen Geldforderungen (§ 76 Abs. 2 SGB IV); sofern Rechte Dritter hiervon berührt werden, sind geltende Zustimmungsregelungen zu beachten;

14. Vollstreckung nach dem Verwaltungsvollstreckungs- und Zustellungsgesetz nach § 66 SGB X sowie Festsetzung von Geldbußen nach § 307 SGB V und § 111 SGB IV; Anträge auf Bestellung leitender Angestellter zu Vollstreckungsbeamten und sonstiger Angestellter zu Vollziehungsbeamten;
15. Erhebung von Säumniszuschlägen nach § 24 SGB IV oder deren Erlass und Niederschlagung;
16. Entscheidungen nach § 8 SGB V;
17. Beteiligung von Versicherten an den Kosten der Leistungen und Versagung oder Rückforderung von Krankengeld in den Fällen des § 52 SGB V;
18. Zulassung von Leistungserbringern nach § 124 und § 126 SGB V im Zusammenwirken mit der Fachebene der Zentrale;
19. Vertragsverhandlungen mit Leistungserbringern auf örtlicher Ebene im Zusammenwirken mit der Fachebene der Zentrale.

**§ 35
Vertretung der AOK**

- (1) Der Vorstand vertritt die AOK unbeschadet des Absatzes 3 gerichtlich und außergerichtlich.
- (2) Jedes Vorstandsmitglied nimmt das Vertretungsrecht des Vorstandes in den Grenzen des durch die Richtlinien des Vorstandes ihm übertragenen Geschäftsbereichs allein wahr. Im Einzelfall kann auf Beschluss des Vorstandes die AOK auch durch ein anderes Vorstandsmitglied vertreten werden. Im Rahmen der Aufgaben nach § 34 Abs. 2 und 3 vertritt auch der Direktor die AOK.
- (3) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern sowie den Beiräten. Das Vertretungsrecht wird gemeinsam durch den Vorsitzenden und den stv. Vorsitzenden des Verwaltungsrates ausgeübt (§ 33 Abs. 2 SGB IV).

§ 36

Amtsdauer, Entschädigung und Haftung der Organmitglieder

- (1) Für Amtsdauer und Haftung der Mitglieder in den Selbstverwaltungsorganen finden die §§ 42 und 58 SGB IV, für die Entschädigung § 41 SGB IV unter Berücksichtigung der Absätze 2 bis 5 Anwendung.
- (2) Für die Erstattung der baren Auslagen der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane können feste Sätze vorgesehen werden.
- (3) Die Auslagen der Vorsitzenden und der stellvertretenden Vorsitzenden der Selbstverwaltungsorgane für ihre Tätigkeit außerhalb der Sitzungen können mit einem Pauschbetrag abgegolten werden.
- (4) Den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane kann für jeden Kalendertag einer Sitzung ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gezahlt werden. Pauschbeträge für Zeitaufwand können außerdem den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Selbstverwaltungsorgane für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen gezahlt werden.
- (5) Der Verwaltungsrat setzt die in den Abs. 2 bis 4 genannten Beträge in einer Anlage, die Bestandteil der Satzung ist, fest (Anlage 1).

Neunter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

**§ 37
Rücklage**

Die Rücklage beträgt 25 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Zwecke.

§ 38

Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung

- (1) Der vom Vorstand bestimmte sachverständige Prüfungsausschuss hat die AOK mindestens einmal im Jahr unvermutet zu prüfen. Er kann sich anstelle des Prüfungsausschusses eines Innenrevisors bedienen, soweit dieser nicht an den Verwaltungsgeschäften beteiligt ist. Die Prüfung erstreckt sich auch darauf, ob Vermögen vorschriftsmäßig angelegt ist und ob die Belege über die Hinterlegung von Wertpapieren verwahrt werden.
- (2) Die Jahresrechnung wird vom Vorstand aufgestellt. Der Vorstand veranlasst eine interne Rechnungsprüfung (§ 77 Abs. 1 Satz 1 SGB IV, § 31 SVHV) und legt den Prüfbericht zusammen mit der Jahresrechnung dem Verwaltungsrat vor.
- (3) Der Verwaltungsrat ist befugt, sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen sowie Vermögensbestände zu prüfen. Er kann hierzu einen Rechnungsprüfungsausschuss bilden oder einzelne Mitglieder hiermit beauftragen.

**Zehnter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem
Aufwendungsausgleichsgesetz**

**§ 39
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem
Aufwendungsausgleichsgesetz**

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage 2 dieser Satzung.

Elfter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten

**§ 40
Bekanntmachungen**

- (1) Bekanntmachungen sind mindestens zwei Wochen in den Geschäftsräumen der AOK öffentlich auszuhängen und auf der eigenen Internetpräsenz der AOK – www.aok.de/bayern zu veröffentlichen.
- (2) Bei Neufassungen und Änderungen der Satzung erfolgt außerdem ein Hinweis im Bayerischen Staatsanzeiger.
- (3) 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/bayern. Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 auch in der Kundenzeitschrift der AOK veröffentlicht.

**§ 41
Inkrafttreten**

- (1) Die Satzung tritt zum 1. Januar 2002 in Kraft. Die Satzung vom 1. Juni 1995 in der Fassung des 20. Nachtrags vom 6. Dezember 2001 tritt zu diesem Zeitpunkt außer Kraft.
- (2) Änderungen und Neufassungen der Satzung treten, sofern kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist, am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

In der Fassung des 1. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 26. Februar 2002 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 28. März 2002, AZ.: 601.3-6323-22/02.

In der Fassung des 2. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 2. April 2002 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 23. Mai 2002, AZ.: 601.3-6323-37/02.

In der Fassung des 3. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 25. Juni 2002 im Kloster Banz, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 20. August 2002, AZ.: 601.3-6323-61/02.

In der Fassung des 4. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 29. April 2003 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 6. Juni 2003, AZ.:601.3-6323-48/03.

In der Fassung des 5. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 2. Dezember 2003 in München, genehmigt durch Bescheide des OVA Südbayern vom 12. Dezember 2003, AZ.: 601.3-6323-124/03, 19. März 2004, AZ.: 601.3-6317-124/03 und 12. November 2004, AZ.: 601.3-6323-125/03..

In der Fassung des 6. Nachtrags, beschlossen durch den Verwaltungsrat im Dezember 2003, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 22. Januar 2004, AZ.: 601.3-6323-5/04.

In der Fassung des 7. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 17. Februar 2004 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 15. März 2004, AZ.: 601.3-6323-18/04.

In der Fassung des 8. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 20. April 2004 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 7. Juni 2004, AZ.: 601.3-6323-54/04.

In der Fassung des 9. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 12. Oktober 2004 in München, genehmigt durch Bescheide des OVA Südbayern vom 10. Dezember 2004, AZ.: 601.3-6323-106/04 und 19. Mai 2005, AZ.: 601.3-6323-106/04.

In der Fassung des 10. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 22. Februar 2005 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 12. Mai 2005, AZ.: 601.3-6323-09/05.

In der Fassung des 11. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 26. April 2005 in München, genehmigt durch Bescheide des OVA Südbayern vom 17. Juni 2005, AZ.: 601.3-6323-25/05 und 12. Juli 2005, AZ.: 601.3-6323-25/05.

In der Fassung des 12. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 17. Mai 2005 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 21. Juni 2005, AZ.: 601.3-6323-32/05.

In der Fassung des 13. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 23. Oktober 2001 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern am 5. Juli 2005, AZ.: 601.3-6323-172/01.

In der Fassung des 14. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 18. Oktober 2005 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 13. Dezember 2005, AZ.: 13.2-6323-54/05.

In der Fassung des 15. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 6. Dezember 2005 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 30. Dezember 2005, AZ.: 13.2-6323-64/05.

In der Fassung des 16. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 21. Februar 2006 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 4. April 2006, AZ.: 12.2-6323-14/06.

In der Fassung des 17. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 22. Februar 2005 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 2. Mai 2006, AZ.: 12.2-6323-09/05.

In der Fassung des 18. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 11. Juli 2006 in Passau, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 26. Juli 2006, AZ.: 12.2-6323-26/06.

In der Fassung des 19. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 24. Oktober 2006 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 6. November 2006, AZ.: 12.2-6323-63/06.

In der Fassung des 20. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 19. Dezember 2006 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 2. Januar 2007, AZ.: 12.2-6323-65/06.

In der Fassung des 21. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 27. Februar 2007 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 13. März 2007, AZ.: 12.2.1-6323-06/07.

In der Fassung des 22. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 24. April 2007 in Regensburg, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 5. Juni 2007, AZ.: 12.2.1-6323-26/07.

In der Fassung des 23. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 4. Dezember 2007 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 18. Dezember 2007, AZ.: 12.2.1-6323-66/07.

In der Fassung des 24. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 26. Februar 2008 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 29. April 2008, AZ.: 12.2.1-6323-16/08.

In der Fassung des 25. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 28. Oktober 2008 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 9. Dezember 2008, AZ.: 12.2.1-6323-49/08.

In der Fassung des 26. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 8. Juli 2008 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 7. Januar 2009, AZ.: 12.2.1-6323-41/08.

In der Fassung des 27. Nachtrags, beschlossen durch den Verwaltungsrat im schriftlichen Umlaufverfahren am 30.03.2009, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 31.03.2009, AZ.: 12.2.1-6323-05/09.

In der Fassung des 28. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 27. Oktober 2009 in München, ergänzt durch den Verwaltungsrat im schriftlichen Umlaufverfahren am 25.11.2009, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 2. Dezember 2009, AZ.: 12.2.1-6323-36/09.

In der Fassung des 29. Nachtrags, beschlossen in den Sitzungen des Verwaltungsrates am 15.12.2009, 09.03.2010 und 11.05.2010 in München, genehmigt durch Bescheide des OVA Südbayern vom 20.01.2010, AZ.: 12.2.1-6323-57/09, 21.04.2010 AZ.: 12.2.1-6323-16/10, und 05.07.2010, AZ.: 12.2.1-6323-30/10.

In der Fassung des 30. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 13. Juli 2010 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 07.09.2010, AZ.: 12.2.1-6323-44/10.

In der Fassung des 31. Nachtrags, beschlossen in den Sitzungen des Verwaltungsrates am 26. Oktober 2010 und 14. Dezember 2010, genehmigt durch Bescheide des OVA Südbayern vom 18. November 2010, AZ.: 12.2.1-6323-57/10 und 20. Dezember 2010, AZ.: 12.2.1-6323-66/10.

In der Fassung des 32. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 15. März 2011 in Ingolstadt, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 13. April 2011, AZ.: 12.2.1-6323-21/11.

In der Fassung des 33. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 6. Dezember 2011 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 14. Dezember 2011, AZ.: 12.2.1-6323-51/11.

In der Fassung des 34. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 15. Mai 2012 in München, genehmigt durch Bescheide des OVA Südbayern vom 14. Juni 2012, AZ.: 12.2.1-6323-21/12 und 2. Oktober 2012, AZ.: 12.2.1-6323-21/12.

In der Fassung des 35. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 24. Juli 2012 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 2. Oktober 2012, AZ.: 12.2.1-6323-36/12.

In der Fassung des 36. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 25. September 2012 in Hersbruck, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 21. November 2012, AZ.: 12.2.1-6323-49/12.

In der Fassung des 37. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 11. Dezember 2012 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 10. Januar 2013, AZ.: 12.2.1-6323-50/12.

In der Fassung des 38. Nachtrags, beschlossen in den Sitzungen des Verwaltungsrates am 12. März 2013 und 8. Mai 2013, genehmigt durch Bescheide des OVA Südbayern vom 3. Juni 2013, AZ.: 12.2.1-6323-19/13 und 29. August 2013, AZ.: 12.2.1-6323-34/13.

In der Fassung des 39. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 16. Juli 2013 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 9. September 2013, AZ.: 12.2.1-6323-36/13.

In der Fassung des 40. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 22. Oktober 2013 in Hersbruck, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 10. Dezember 2013, AZ.: 12.2.1-6323-48/13.

In der Fassung des 41. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 3. Dezember 2013 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 28. April 2014, AZ.: 12.2.1-6323-53/13.

In der Fassung des 42. Nachtrags, beschlossen in den Sitzungen des Verwaltungsrates am 25. Februar 2014 und 15. Mai 2014 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 23. Juni 2014, AZ.: 12.2.1-6323-13/14.

In der Fassung des 43. Nachtrags, beschlossen in den Sitzungen des Verwaltungsrates am 15. Mai 2014 und 22. Juli 2014 in München, genehmigt durch Bescheide des OVA Südbayern vom 23. Juni 2014, AZ.: 12.2.1-5323-13/14 und vom 4. September 2014, AZ.: 12.2.1-6323-21/14.

In der Fassung des 44. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 28. Oktober 2014 in Hersbruck, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 8. Dezember 2014, AZ.: 12.2.1-6323-34/14.

In der Fassung des 45. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 2. Dezember 2014 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 9. Dezember 2014, AZ.: 12.2.1-6323-35/14.

In der Fassung des 46. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 3. März 2015 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 23. März 2015, AZ.: 12.2.1-6323-06/15.

In der Fassung des 47. Nachtrags, beschlossen in den Sitzungen des Verwaltungsrates am 14. Juli 2015 in Bayreuth, am 6. Oktober 2015 in Hersbruck und am 8. Dezember 2015 in München, genehmigt durch Bescheide des OVA Südbayern vom 25. September 2015, AZ.: 12.2.1-6323-13/15, 4. Dezember 2015, AZ.: 12.2.1-6323-27/15 und vom 15. Dezember 2015 sowie 1. Februar 2016, AZ.: 12.2.1-6323-29/15.

In der Fassung des 48. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 1. März 2015 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 18. April 2016, AZ.: 12.2.1-6323-07/16.