

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 und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe
- § 10b Zusätzliche Vorsorgeleistungen für Frauen
- § 10c Hautscreening
- § 10d Versiegelung der Prämolaren und Glattflächenversiegelung
- § 10e Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt
- § 10f Homöopathische Arzneimittel
- § 10g Festsitzender Unterkiefer-Frontzahn Retainer
- § 10h Mitaufnahme eines bei der AOK Versicherten Elternteils im Krankenhaus (Rooming In)
- § 10i Lachgassedierung bei der Entfernung von Weisheitszähnen
- § 10j Osteopathie
- § 10k Check- Up 30
- § 10l Künstliche Befruchtung
- § 10m Hebammenrufbereitschaft
- § 10n Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung
- § 11 Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe
- § 11a Förderung digitale Gesundheitskompetenz
- § 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 Derzeit nicht besetzt
- § 18a Leistungsausschluss

Fünfter Abschnitt: Weiterentwicklung in der Versorgung

- § 19 Weiterentwicklung der Versorgung
- § 19a Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)
- § 19b Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 19c Besondere hausärztliche Versorgungsformen
- § 19d Besondere Versorgung
- § 19e Wahltarif Teilkostenerstattung
- § 19f Wahltarif Krankengeld
- § 19g Tarife nach § 53 Abs. 3 SGB V
- § 19h Derzeit nicht besetzt
- § 19i Derzeit nicht besetzt
- § 19j AOK-Bonustarif
- § 19k Derzeit nicht besetzt
- § 19l Derzeit nicht besetzt
- § 19m Derzeit nicht besetzt
- § 19n Derzeit nicht besetzt

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 Derzeit nicht besetzt
- § 30 Organe der AOK
- § 31 Verwaltungsrat
- § 32 Vorstand
- § 33 Beiräte
- § 34 Derzeit nicht besetzt
- § 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.

§ 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 § 92 SGB V 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,
- Personen, die ab dem 31. Dezember 2018 als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind,

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 12 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,
 - Digitale Gesundheitsanwendungen.
 - 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 Absatz 2 SGB V nach Maßgabe der §§ 10a bis 10n zur Verfügung.

§ 10a
**Primäre Prävention durch Schutzimpfungen und
andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe**

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

§ 10b
Zusätzliche Vorsorgeleistungen für Frauen

- (1) Die AOK erstattet versicherten Frauen zwischen dem vollendeten 25. Lebensjahr und dem vollendeten 55. Lebensjahr die Kosten für eine Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke und der Gebärmutter durch einen zugelassenen Vertragsarzt in Höhe von 100 %, höchstens jedoch 40 Euro. Darüber hinaus erstattet die AOK zwischen dem vollendeten 25. Lebensjahr und dem vollendeten 30. Lebensjahr das Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung durch einen zugelassenen Vertragsarzt in Höhe von 100 %, höchstens jedoch 25 Euro. Ab dem vollendeten 25. Lebensjahr übernimmt die AOK die Kosten für qualifizierte Methoden zum Erlernen und Verbessern des Tastvermögens, um die klinische Brustuntersuchung und Brustselbstuntersuchung zu optimieren (z.B. MammaCare) sowie die Kosten der Medizinischen Taktilen Untersuchung (z.B. discovering hands) in Höhe von jeweils 100 %, höchstens jedoch jeweils 20 Euro.
- (2) Die in Absatz 1 genannten Leistungen können jeweils einmal im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Die Kosten werden nach Vorlage der Rechnung erstattet.

**§ 10c
Hautscreening**

- (1) Die AOK erstattet Versicherten zwischen dem vollendeten 18. Lebensjahr und dem vollendeten 35. Lebensjahr die Kosten eines Hautscreenings. Voraussetzung ist, dass die Leistung durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten durchgeführt wird.
- (2) Erstattet werden 100 % der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch 25 Euro jedes zweite Kalenderjahr. Die Kosten werden nach Vorlage der Rechnung erstattet.

§ 10d

Versiegelung der Prämolaren und Glattflächenversiegelung

- (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 bei einem zugelassenen Vertragszahnarzt. Daneben übernimmt die AOK bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Kosten für die Glattflächenversiegelung durch einen an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachzahnarzt für Kieferorthopädie.
- (2) Erstattet werden 100 % der tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch jeweils höchstens einmalig 50 Euro pro Versicherten. Die Kosten werden nach Vorlage der Rechnung erstattet.

§ 10e
Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt

- (1) Die AOK erstattet die Kosten für einen Toxoplasmose-Test durch einen zugelassenen Vertragsarzt, der nicht schon Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien ist, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 15 Euro.
- (2) Die AOK erstattet schwangeren Versicherten die Kosten der Teilnahme an einem von Vertragshebammen nach § 134a SGB V oder zugelassenen Physiotherapeuten durchgeführten Partner-Geburtsvorbereitungskurs für den Ehemann bzw. Lebenspartner der werdenden Mutter. Erstattet werden 100 % der tatsächlich entstandenen Kosten, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 60 Euro.
- (3) Die AOK erstattet versicherten Frauen die Kosten für im Rahmen der Schwangerschaft von zugelassenen Vertragsärzten auf 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 100% der tatsächlich entstandenen Kosten erstattet, je Schwangerschaft jedoch höchstens 100 Euro. Der gesetzliche Anspruch aus § 34 Abs. 1 Sätze 2 – 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt
- (4) Die AOK erstattet die Kosten für die Antikörperbestimmung von Hepatitis C, Ringelröteln, Windpocken und des Zytomegalievirus von zugelassenen Vertragsärzten, die nicht schon Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien ist, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch insgesamt 15 Euro.
- (5) Die AOK erstattet die Kosten für die Schwangerschaftsakupunktur, die nicht schon Leistung nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V ist, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 15 Euro, wenn sie durch eine Vertragshebamme durchgeführt wird.
- (6) Die AOK erstattet die Kosten für einen pH-Selbst-Test bei zugelassenen Vertragsärzten, der nicht schon Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien ist, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 15 Euro.
- (7) Die AOK erstattet ab der 35. Schwangerschaftswoche für Schwangere einen B-Streptokokken-Test, einmal je Schwangerschaft, höchstens jedoch 15 Euro. Voraussetzung ist, dass der Test durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst bzw. erbracht wird.
- (8) Die AOK erstattet für Schwangere die Kosten für osteopathische Behandlungen, je Schwangerschaft höchstens jedoch insgesamt 60 Euro, sofern diese medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Behandlungen sind durch einen zugelassenen Vertragsarzt mit Zusatzqualifikation in der Osteopathie durchzuführen. Bei Versicherten, die an Selektivverträgen nach den §§ 19c oder 19d teilnehmen und dabei eine Bindung an einen bestimmten Arzt eingegangen sind, kann eine Erstattung nur erfolgen, wenn der gewählte Arzt eine Zusatzqualifikation in der Osteopathie nachweisen kann.
- (9) Für Erstattungen nach Abs. 1 bis 7 ist die Rechnung und im Falle des Abs. 3 zusätzlich die ärztliche Verordnung (Privatrezept) vorzulegen. Zur Erstattung im Falle des Abs. 8 sind die ärztliche Verordnung (Privatrezept) und die Rechnungen, aus der sich die geforderte Zusatzqualifikation ergibt, vorzulegen.

§ 10f
Homöopathische Arzneimittel

- (1) Die AOK erstattet Versicherten Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie (inkl. Phytotherapie und Anthroposophie), deren Anwendung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Verordnung der Arzneimittel muss durch einen zugelassenen Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie oder Naturheilverfahren auf Privatrezept erfolgen und die Arzneimittel in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen werden.
- (2) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten für Arzneimittel in Höhe von 100 %, höchstens jedoch insgesamt 25 Euro je Versicherten und Kalenderjahr. Zur Erstattung sind die Rechnungen der Apotheken und die ärztlichen Verordnungen, aus der sich die in Absatz 1 geforderte Zusatzbezeichnung ergibt, vorzulegen.
- (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 nach den §§ 19c oder 19d teilnehmen nur, wenn der gewählte Arzt die Zusatzbezeichnung Homöopathie oder Naturheilverfahren besitzt.

§ 10g
Festsitzender Unterkiefer-Frontzahn Retainer

- (1) Die AOK übernimmt einmalig die Kosten für einen festsitzenden Unterkiefer-Frontzahn-Retainer, sofern dieser nicht bereits über die Regelversorgung abgedeckt ist, in Höhe von 100 %, höchstens jedoch 50 Euro. Weitere Voraussetzung ist die erfolgreich abgeschlossene kieferorthopädische Behandlung.
- (2) Die Behandlung ist durch einen an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachzahnarzt für Kieferorthopädie durchzuführen. Zur Erstattung ist die Rechnung des Kieferorthopäden vorzulegen.

§ 10h

Mitnahme eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-in)

- (1) Die AOK erstattet Versicherten bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres die Kosten der Mitnahme eines Elternteils in einem Krankenhaus nach § 108 SGB V, sofern diese nicht bereits durch die Regelleistung abgedeckt werden können.
- (2) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von 100 %, höchstens jedoch 100 Euro pro Versicherten und Kalenderjahr. Zur Erstattung ist die Rechnung des Krankenhauses vorzulegen.

§ 10i

Lachgassedierung bei der Entfernung von Weisheitszähnen

- (1) Die AOK erstattet Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Kosten der Lachgassedierung bei der Entfernung von Weisheitszähnen bei zugelassenen Vertragszahnärzten, sofern dies nicht bereits durch die Regelleistung abgedeckt werden kann.
- (2) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von 100 %, höchstens jedoch 70 Euro pro Versicherten und Kalenderjahr. Zur Erstattung ist die Rechnung vorzulegen.

**§ 10j
Osteopathie**

- (1) Die AOK erstattet Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Kosten für osteopathische Behandlungen, deren Anwendung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Behandlung muss durch einen zugelassenen Vertragsarzt mit Zusatzqualifikation in der Osteopathie erfolgen.
- (2) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Behandlungen in Höhe von 100 %, höchstens jedoch insgesamt 60 Euro pro Versicherten und Kalenderjahr. Zur Erstattung sind die ärztliche Verordnung (Privatrezept) und die Rechnungen, aus der sich die in Absatz 1 geforderte Zusatzqualifikation ergibt, vorzulegen.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Versicherte, die an Selektivverträgen nach den §§ 19c oder 19d teilnehmen und dabei eine Bindung an einen bestimmten Arzt eingegangen sind, nur, wenn der gewählte Arzt eine Zusatzqualifikation in der Osteopathie nachweisen kann.

**§ 10k
Check-up ab 30**

- (1) Die AOK erstattet Versicherten zwischen dem 30. Lebensjahr und dem vollendeten 35. Lebensjahr die Kosten für einen Check-up bei einem zugelassenen Vertragsarzt, sofern dieser nicht schon durch die Regelleistung abgedeckt ist.
- (2) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Behandlung in Höhe von 100 %, höchstens jedoch insgesamt 20 Euro je Kalenderjahr. Zur Erstattung ist die Rechnung eines zugelassenen Vertragsarztes vorzulegen.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Versicherte, die an Selektivverträgen nach den §§ 19c oder 19d teilnehmen und dabei eine Bindung an einen bestimmten Arzt eingegangen sind, nur, wenn die Leistung vom gewählten Arzt erbracht wird.

§ 10I
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 Erstattung erfolgt für Kosten von Versicherten der AOK während des Versicherungszeitraumes gegen Vorlage der erforderlichen Unterlagen (u. a. Arztrechnungen eines nach § 121a SGB V zugelassenen Leistungserbringers und Arzneimittelrechnungen einschließlich der Verordnungen).

**§ 10m
Hebammenrufbereitschaft**

- (1) Die AOK übernimmt für versicherte Frauen, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt 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 Leistung durch eine Vertragshebamme nach § 134a SGB V erbracht wird und die Rufbereitschaft eine 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme sowie die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe umfasst.
- (3) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme in Höhe von 100 %, höchstens jedoch 250 Euro je Schwangerschaft. Für die Rufbereitschaft mehrerer oder weiterer Hebammen besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung. Zur Erstattung ist die Rechnung der Vertragshebamme vorzulegen.

§ 10n
Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung

- (1) Die AOK erstattet Versicherten ab Vollendung des 16. Lebensjahres eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung, wenn diese dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten, frühzeitig zu erkennen oder deren Verschlimmerung zu vermeiden.
- (2) Voraussetzung ist, dass die sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung durch einen zugelassenen Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin erbracht wird.
- (3) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe von 100 %, höchstens jedoch 60 Euro pro Versicherten jedes zweite Kalenderjahr. Die Kosten werden nach Vorlage einer Rechnung aus der sich die in Abs. 1 geforderte medizinische Notwendigkeit ergibt, erstattet.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Versicherte, die an Selektivverträgen nach den §§ 19c oder 19d teilnehmen und dabei eine Bindung an einen bestimmten Arzt eingegangen sind, nur, wenn die Leistung vom gewählten Arzt erbracht wird.

§ 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.

§ 11a
Förderung digitale Gesundheitskompetenz

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

§ 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 95 v. H. Der Zuschuss darf kalendertäglich 9 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) oder Teilnahme an Programmen nach § 25a SGB V (organisierte Früherkennungsprogramme)
 - (d) Leistungen zur Früherkennung nach § 26 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche)
 - (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 Prämie 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 in Höhe von fünf Prozentzu mindern, wobei der Abschlag je Antrag höchstens 40 Euro beträgt.
- (5) Versicherten werden die Kosten im Falle der Kostenerstattung für ein Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen erstattet. 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
Derzeit nicht besetzt

**§ 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 können in der Satzung festgelegt werden.

§ 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 Bundesamt für soziale Sicherung 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 Bundesamt für soziale Sicherung 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 Bundesamt für soziale Sicherung zugelassenen Verträgen.

§ 19 b

Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Die AOK Bayern gewährt einen Bonus für Arbeitgeber und deren AOK-versicherte Arbeitnehmer auf Grundlage des § 65a Abs. 2 SGB V für die Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V (im Folgenden als „BGF“ bezeichnet). Am Bonusprogramm können Arbeitgeber mit 50 bis 1.000 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. Die Laufzeit des Vertrages beträgt ein Jahr (Bonuszeitraum) und wird mit Unterschrift der Vereinbarung festgelegt. Ein Rechtsanspruch des Arbeitgebers auf Abschluss einer Vereinbarung besteht nicht. Der Bonus wird auf Basis der Nachweise für die BGF-Maßnahmen nach Absatz 4 vergütet. Hierzu sind die Maßnahmen vom Arbeitgeber zu dokumentieren. Die Dokumentation gilt als zahlungsbegründende Unterlage.
- (3) Der Bonus wird nach Ablauf des Bonuszeitraums erstattet. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach Arbeitsschutzgesetzen verpflichtet ist, wird kein Bonus gewährt.
- (4) Der Bonus wird 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 und mindestens zwei BGF-Maßnahmen während des Bonuszeitraums im Betrieb durchgeführt werden. Für Unternehmen ab 200 Arbeitnehmern gilt zusätzlich ein regelmäßig tagendes Steuerungsgremium zur Gesundheitsförderung im Betrieb unter Beteiligung der AOK Bayern als Voraussetzung für einen Bonus.
- (5) Die näheren Einzelheiten zur Höhe der Boni für Arbeitgeber, 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 tritt am 01.01.2022 in Kraft.

§ 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 oder elektronisch 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 schriftlich, elektronisch 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 schriftlich oder elektronisch 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.
- (2) Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig und erfolgt durch eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung gegenüber der AOK, entweder schriftlich auf dem dafür vorgesehenen Formblatt oder elektronisch auf dem dafür von der AOK vorgegebenen Weg. 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 oder elektronisch bestätigt hat, dass die Voraussetzungen für die Teilnahme erfüllt sind und dass er am Vertrag teilnimmt. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, der in der Bestätigungsnachricht 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 schriftlich, elektronisch 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 schriftlich oder elektronisch 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 Praxisnachfolger oder beim Ausscheiden des gewählten Arztes nicht von dem/den in der Praxis verbleibenden Arzt/Ärzten betreut werden will. Die Teilnahme des Versicherten endet dann zu dem im Beschluss des Zulassungsausschusses benannten Zeitpunkt der vorgenannten Änderung. In den Fällen, in denen die AOK von den vorgenannten Änderungen erst verspätet Kenntnis erhält und der Versicherte bereits durch konkludentes Handeln seinen Willen zur weiteren Teilnahme zu erkennen gegeben hat, kann das Anschreiben der AOK entfallen.

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

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 nicht während des Anspruchs auf Krankengeld (Wahltarif-Krankengeld und gesetzliches Krankengeld) zu entrichten.
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.
4. sofern Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

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 Tarifaufprägung 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 § 802c 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. aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen,
 4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen bei der AOK, frühestens mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,
 5. wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird,
 6. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sein denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,
 7. durch Tod.
- (13)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) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Bayern den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit allen anderen AOKs durch.

§ 19 g
Tarife nach § 53 Abs. 3 SGB V

- (1) Die Teilnahme an einer besonderen Versorgungsform nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a SGB V gilt als Wahl eines Tarifs nach § 53 Abs. 3 SGB V, sofern der Versicherte dem nicht schriftlich oder elektronisch widerspricht. Die Teilnahme am Tarif nach Satz 1 kann vom Versicherten jederzeit und unabhängig von der Laufzeit der vertraglichen Mindestbindungsfristen der besonderen Versorgungsformen schriftlich oder elektronisch beendet werden. Mit der Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgungsform endet auch die Teilnahme am Tarif.
- (2) Die Teilnehmer an den besonderen Versorgungsformen erhalten durch ihre Teilnahme eine verbesserte Versorgung aufgrund besonderer Versorgungsleistungen oder einer erhöhten Versorgungsqualität. Darüber hinaus können in den einzelnen Versorgungsprogrammen Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorgesehen werden. Das Nähere ist in den jeweiligen Versorgungsprogrammen und den für diese geltenden jeweiligen Patienteninformationen geregelt.

§ 19 h
Derzeit nicht besetzt

§ 19 i
Derzeit nicht besetzt

§ 19 j
AOK-Bonustarif

- (1) Die AOK bietet einen Selbstbehalt-Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V mit einem Grundbonus mit Zusatzbonus (Prämie) für den Selbstbehalt (Eigenbeteiligungen) in Verbindung mit einem Gesundheitsbonus nach § 65 a 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, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn (Mindestbindungsfrist). Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Dies gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Unter Verzicht auf die Einhaltung der Mindestbindungsfrist kann der AOK-Bonustarif abweichend von Satz 4 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. Der sich aus den Selbstbehalt-Tarifelementen für das Mitglied ergebende Auszahlungsbetrag darf 20% der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten. 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
Derzeit nicht besetzt

§ 19 I
Derzeit nicht besetzt

§ 19 m
Derzeit nicht besetzt

§ 19 n
Derzeit nicht besetzt

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

Der Zusatzbeitragssatz der AOK Bayern gemäß § 242 SGB V beträgt im Jahr 2022 1,3 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 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**

- (1) Laufende Beiträge, die geschuldet werden, sind entsprechend den Regelungen dieser Satzung und den Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes fällig.
- (2) Zahlungspflichtige, die mit der Beitragszahlung im Rückstand sind, werden gemahnt. Die AOK Bayern erhebt hierfür Mahngebühren.
- (3) Die Mahngebühren betragen 0,5 v.H. des Mahnbetrages; mindestens 5,00 Euro und höchstens 150,00 Euro. Die Mahngebühren werden auf volle Euro aufgerundet. Bei einem Mahnbetrag unter 100,00 Euro werden keine Mahngebühren erhoben.
- (4) Die in Absatz 3 genannten Mahngebühren finden auch für sonstige Forderungen der AOK Bayern, die durch Bescheid geltend gemacht werden, Anwendung.

§ 24
Derzeit nicht besetzt.

**§ 25
Vollstreckungsgebühren**

Für das Pfändungs-, Wegnahme- und Verwertungsverfahren wird eine Gebühr erhoben. Diese beträgt einheitlich 28,60 Euro, die bei Beginn des Vollstreckungsverfahrens fällig wird.

§ 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 (§ 28) 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 von Widersprechenden mit Sitz oder Wohnsitz im Direktionsbezirk und von denjenigen, die der Direktion zugeordnet sind. 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.
- (6) Im Falle von Zusammenlegungen von Direktionen bleiben die Widerspruchsausschüsse für die bisherigen Direktionsbezirke für die laufende Amtsperiode bestehen.

Achter Abschnitt: Organisationsstruktur und Selbstverwaltung

**§ 28
Organisationsstruktur**

- (1) Die AOK gliedert sich in
- bayernweit zuständige Geschäftsbereiche (Zentrale)
- und
- Direktionen.
- (2) Die bayernweiten Geschäftsbereiche umfassen die Leistungs- und Versorgungssteuerung, die Bereiche Versicherung und Beiträge, das Ersatz- und Erstattungswesen, die internen Dienstleistungen, die Stabsstellen und die Aufgaben, die der AOK als Landesverband obliegen.
- (3) Die Direktionen sind zuständig für das kundennahe Service- und Beratungsgeschäft, die Marktbearbeitung und die lokale Vernetzung der AOK.
- (4) Der Vorstand regelt das Nähere zu den bayernweiten Geschäfts- wie auch weiteren Unternehmensbereichen und den Aufgaben der Direktionen in Vorstandsrichtlinien. Dem Verwaltungsrat sind Änderungen, bevor sie in Kraft treten, vorzulegen.

§ 29
Derzeit nicht besetzt

**§ 30
Organe der AOK**

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

§ 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 die Grundsätze der Organisationsstruktur nach § 28 – insbesondere zu Anzahl, Größe und Aufgaben der Direktionen - 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 Stimmengleichheit 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. Bestellung der Direktoren unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Beirates der Direktion für die Dauer von bis zu sechs Jahren. Eine Wiederbestellung ist möglich.
 6. Bericht gegenüber den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen;
 7. 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 aus je 12 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Bei Zusammenlegung von Direktionen können alle Beiräte für die laufende Amtsperiode fortbestehen.
- (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. Unterstützung des Vertriebs und des Marketings auf lokaler Ebene;
 4. Stellungnahme und Empfehlung bei Projekten und Maßnahmen der Prävention, der betrieblichen Gesundheitsförderung und Fragen der regionalen Gesundheitspolitik (z.B. regionale Gesundheitskonferenz und Gesundheits-berichterstattung);
 5. Stellungnahme und Empfehlung bei der Anstellung, Beförderung, Höhergruppierung, Versetzung in den Ruhestand, Kündigung oder Entlassung des Direktors der Direktion;
 6. Stellungnahme und Empfehlung bei der Aufstellung eines jährlichen Geschäftsplans und eines Direktionsbudgets;
 7. Stellungnahme und Empfehlung bei der Errichtung oder Schließung von Geschäftsstellen oder Eigeneinrichtungen sowie bei Baumaßnahmen, soweit sie der Direktion zugeordnet sind;
 8. Stellungnahme und Empfehlung 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 h 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, soweit dies erforderlich und wirtschaftlich gerechtfertigt ist.
- (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
Derzeit nicht besetzt

**§ 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 durch den Vorstand bestimmt werden, dass auch einzelne Mitglieder des Vorstandes die AOK vertreten können.
- (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 20 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Zwecke.

§ 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.

In der Fassung des 49. Nachtrags, beschlossen in den Sitzungen des Verwaltungsrates am 11. Oktober 2016, 12./13. Dezember 2016 und 13./14. März 2017 in München, genehmigt durch Bescheides des OVA Südbayern vom 7. Dezember 2016, AZ.: 12.2.1-5323-24/16 und 19. April 2017, AZ.: 12.2.1-6323-01/17.

In der Fassung des 50. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 24. Juli 2017 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 13. September 2017, AZ.: 12.2.1-6323-02/17.

In der Fassung des 51. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 17. Oktober 2017 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 9. März 2018, AZ.: 12.2.1-6323-01/18.

In der Fassung des 52. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 19. Dezember 2018 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 21. März 2019, AZ.: 12.2.1-6323-01/19.

In der Fassung des 53. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 28. Februar 2019 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 13. Juni 2019, AZ.: 12.2.1-6323-02/19-AOK.

In der Fassung des 54. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 16. Juli 2019 in Schweinfurt, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 19.12.2019, AZ.: 12.2.1-6323-03/19-AOK.

In der Fassung des 55. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 10. Dezember 2019 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 19.12.2019, AZ.: 12.2.1-6323-04/19-AOK.

In der Fassung des 56. Nachtrags, beschlossen in der Sitzung des Verwaltungsrates am 10. März 2020 in München, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 24.03.2020, AZ.: 12.2.1-6323-1/20-AOK.

In der Fassung des 57. Nachtrags, beschlossen durch den Verwaltungsrat im schriftlichen Abstimmungsverfahren vom 22. Dezember 2020, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 04.02.2021, AZ.: 12.2-6323-1/21-AOK.

In der Fassung des 58. Nachtrags, beschlossen durch den Verwaltungsrat im schriftlichen Abstimmungsverfahren vom 9. März 2021, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 29.11.2021, AZ.: 6323.12.2_01-1-1.

In der Fassung des 59. Nachtrags, beschlossen durch den Verwaltungsrat im schriftlichen Abstimmungsverfahren vom 14. Dezember 2021, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 18.01.2022, AZ.: 6323.12.2_01-1-1.

In der Fassung des 60. Nachtrags, beschlossen durch den Verwaltungsrat im schriftlichen Abstimmungsverfahren vom 10. März 2022, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 29.03.2022, AZ.: 6323.12.2_01-1-2.

In der Fassung des 61. Nachtrags, beschlossen durch den Verwaltungsrat im schriftlichen Abstimmungsverfahren vom 10. März 2022, genehmigt durch Bescheid des OVA Südbayern vom 05.04.2022, AZ.: 6323.12.2_01-1-2.

