Satzung

der

AOK Baden-Württemberg

(Stand: 97. Satzungsänderung)

- 01.01.2026 -

Inhaltsverzeichnis

		Seite:
Erster Abschnitt:	**Name, Mitgliedschaften und Aufgabenstellung**	
§ 1	Name, Sitz und Bezirk	4
§ 2	Mitgliedschaften	6
§ 3	Aufgabenstellung	7
Zweiter Abschnitt:	**Versicherter Personenkreis**	
§ 4	Mitglieder	8
§ 5	Familienversicherte	10
§ 6	Beginn und Ende der Mitgliedschaft	11
Dritter Abschnitt:	**Leistungen**	
§ 7	Art und Umfang der Leistungen	12
§ 7a	Leistungsausschluss	14
§ 7b	Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge	15
§ 8	Leistungen zur Prävention, Selbsthilfe und Verhütung von Krankheiten	16
§ 8a	AOK-Bonusprogramm	17
§ 8b	Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	19
§ 8c	Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	20
§ 9	Zuschuss bei ambulanten Vorsorgekuren	21
§ 10	Schutzimpfungen	22
§ 10a	Spezifische Prophylaxe	24
§ 11	Mehrleistungen zur Haushaltshilfe	25
§ 12	Zusätzliche Leistungen für Schwangere	26
§ 12 a	Stationäre Hospize	27
§ 13	Zusätzliche Leistungen zur künstlichen Befruchtung	28
§ 13 a	Zusätzliche Leistungen zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung	30
§ 13 b	Zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel	33
§ 14	Zusätzliche Leistungen zu Osteopathie, Reiseschutzmaßnahmen, alternative Arzneimittel und erweiterte Schwangerenleistungen („Gesundheitskonto“)	34
§ 14 a	Leistungen für Versicherte in besonders schwierigen Versorgungssituationen	37
§ 15	Kostenerstattung	38
§ 16	Teilkostenerstattung	41
§ 17	Empfangsberechtigung	42
Abschnitt 3 a:	**Erprobungsregelungen, hausarztzentrierte und besondere Versorgung sowie Wahltarife**	
§ 17 a	*(ohne Inhalt)*	43
§ 17 b	*(ohne Inhalt)*	44
§ 17 c	Modellvorhaben zur Weiterentwicklung innovativer Versorgung in der medizinischen Vorsorge, der medizinischen Rehabilitation und zur Förderung sektorenübergreifender Versorgungsformen	45
§ 17 d	Wahltarif Selbstbehalt mit Gesundheitsbonus	46
§ 17 e	(ohne Inhalt)	49
§ 17 f	Hausarztzentrierte Versorgung	50
§ 17 g	*(ohne Inhalt)*	52

Seite:

§ 17 h	Besondere Versorgung	53
§ 17 h/a	Besondere Versorgung in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung	54
§ 17 i	Wahltarife nach § 53 Abs. 3 SGB V für Teilnehmer an besonderen Versorgungsformen	55
§ 17 j	Wahltarif Prämienzahlung bei Teilkostenerstattung	58
§ 17 k	Wahltarif Selbstbehalt	59
§ 17 l	Wahltarif Krankengeld für Künstler und Publizisten (KG15)	62
§ 17 m	Wahltarif Krankengeld für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige sowie unständig/kurzzeitig Beschäftigte (KG22)	66

Vierter Abschnitt: Beiträge

§ 18	Zusatzbeitrag	71
§ 19	*(ohne Inhalt)*	72
§ 20	*(ohne Inhalt)*	73
§ 21	*(ohne Inhalt)*	74
§ 21a	*(ohne Inhalt)*	75
§ 22	Vorschüsse	76

Fünfter Abschnitt: Widerspruchsstelle

§ 23	Widerspruchsstelle	77
§ 23 a	Zentraler Widerspruchsausschuss	79
§ 23 b	Widerspruchsausschüsse bei den AOK-Bezirksdirektionen	80

Sechster Abschnitt: Organe

§ 24	Verwaltungsrat	81
§ 25	Vorstand	85
§ 26	AOK-Bezirksräte	88
§ 27	Ehrenamtliche Betreuung von AOK-Versicherten durch AOK-Versichertenberater/innen bzw. Vertrauenspersonen	92
§ 28	Geschäftsführer/in	93
§ 29	Vertretung der AOK	95
§ 30	Amtsdauer, Entschädigung und Haftung	96

Siebter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 31	Rücklage	97
§ 32	Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung	98

Achter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

§ 33	Entsprechende Anwendung von Satzungsbestimmungen	99
§ 34	Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	100
§ 35	Höhe der Umlage, Vorschüsse	101
§ 36	Betriebsmittel	102
§ 37	Erstattungsanspruch	103
§ 37a	Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber	105

Seite:

Neunter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 38 Bekanntmachungen 106

§ 39 Inkrafttreten 107

Anlage zu § 30 Abs. 2:
Bestimmungen über die Entschädigungen der ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sowie der ehrenamtlichen AOK-Versichertenberater/innen und Vertrauenspersonen der AOK Baden-Württemberg

Erster Abschnitt: Name, Mitgliedschaften und Aufgabenstellung

§ 1

Name, Sitz und Bezirk

(1) Die Krankenkasse führt den Namen AOK Baden-Württemberg; sie hat ihren Sitz in Stuttgart (AOK-Hauptverwaltung).

(2) Die AOK umfasst das Gebiet des Landes Baden-Württemberg.

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

(4) Für bestimmte regionale Bereiche werden jeweils die folgenden AOK-Bezirksdirektionen mit der Bezeichnung AOK - Die Gesundheitskasse und mit folgenden Hauptstandorten gebildet:

1. AOK-Bezirksdirektion Rhein-Neckar-Odenwald mit Hauptstandort Mannheim für die Landkreise Neckar-Odenwald-Kreis und Rhein-Neckar-Kreis sowie die Stadtkreise Mannheim und Heidelberg

2. AOK-Bezirksdirektion Heilbronn-Franken mit Hauptstandort Heilbronn für die Landkreise Heilbronn, Hohenlohekreis, Schwäbisch Hall und Main-Tauber-Kreis sowie den Stadtkreis Heilbronn

3. AOK-Bezirksdirektion Mittlerer Oberrhein mit Hauptstandort Karlsruhe für die Landkreise Karlsruhe und Rastatt sowie die Stadtkreise Karlsruhe und Baden-Baden

4. AOK-Bezirksdirektion Nordschwarzwald mit Hauptstandort Pforzheim für die Landkreise Calw, Enzkreis und Freudenstadt sowie den Stadtkreis Pforzheim

5. AOK-Bezirksdirektion Stuttgart-Böblingen mit Hauptstandort Stuttgart für den Landkreis Böblingen und den Stadtkreis Stuttgart

6. AOK-Bezirksdirektion Ludwigsburg-Rems-Murr mit Hauptstandort Ludwigsburg für die Landkreise Ludwigsburg und Rems-Murr-Kreis

7. AOK-Bezirksdirektion Neckar-Fils mit Hauptstandort Esslingen für die Landkreise Esslingen und Göppingen

8. AOK-Bezirksdirektion Ostwürttemberg mit Hauptstandort Schwäbisch Gmünd für die Landkreise Heidenheim und Ostalbkreis

9. AOK-Bezirksdirektion Ulm-Biberach mit Hauptstandort Ulm für die Landkreise Alb-Donau-Kreis und Biberach sowie den Stadtkreis Ulm

10. AOK-Bezirksdirektion Südlicher Oberrhein mit Hauptstandort Freiburg im Breisgau für die Landkreise Breisgau-Hochschwarzwald, Emmendingen und Ortenaukreis sowie den Stadtkreis Freiburg

11. AOK-Bezirksdirektion Schwarzwald-Baar-Heuberg mit Hauptstandort Villingen-Schwenningen für die Landkreise Rottweil, Schwarzwald-Baar-Kreis und Tuttlingen

12. AOK-Bezirksdirektion Neckar-Alb mit Hauptstandort Tübingen für die Landkreise Reutlingen, Tübingen und Zollernalbkreis

13. AOK-Bezirksdirektion Hochrhein-Bodensee mit Hauptstandort Waldshut-Tiengen für die Landkreise Konstanz, Lörrach und Waldshut

14. AOK-Bezirksdirektion Bodensee-Oberschwaben mit Hauptstandort Ravensburg für die Landkreise Bodenseekreis, Ravensburg und Sigmaringen.

§ 2

Mitgliedschaften

(1) Die AOK ist Mitglied des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die AOK kann als Gesellschafterin Mitglied des AOK-Bundesverbandes (GbR) sein.

(2) Die AOK kann sonstigen Verbänden, Vereinigungen und Arbeitsgemeinschaften beitreten, die Aufgaben oder Interessen der Sozialversicherung wahrnehmen.

§ 3

Aufgabenstellung

(1) Die AOK versteht sich als Gesundheitskasse. Aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.

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

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

(4) Die AOK-Hauptverwaltung legt die Grundsätze und Ziele für eine einheitliche und landesweit verbindliche Unternehmenspolitik fest. Die AOK-Bezirksdirektionen setzen auf regionaler Ebene die Unternehmenspolitik um.

(5) Die AOK nimmt außerdem die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes. Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeschlossenen Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92 und 282 SGB V sind für die AOK verbindlich.

(6) Die AOK kann Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und ähnliche Einrichtungen zur Durchführung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen erwerben und/oder betreiben.

Zweiter Abschnitt: Versicherter Personenkreis

§ 4

Mitglieder

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

- Arbeitnehmer/innen und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte sowie
- die anderen in § 5 SGB V genannten Personen,

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

(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 § 2 SGB IX, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beigetreten sind,
- Arbeitnehmer/innen, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endet,
- Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge,
- Personen, die ab dem 31.12.2018 als Soldatinnen und Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind,“

wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind.

(3) Für die Wahl der Mitgliedschaft bei der AOK und die Ausübung der Wahlrechte gelten die §§ 173 bis 175 SGB V.

§ 5

Familienversicherte

Als Familienangehörige sind bei der AOK versichert

Ehegatten, Lebenspartner/innen im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und Kinder der Mitglieder,

wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

§ 6

Beginn und Ende der Mitgliedschaft

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

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

(3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet, sofern sich aus § 175, § 190 oder § 192 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt.

(4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet, sofern sich aus § 191 Nr. 1 und 2 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Wirksamwerden der Kündigung (§ 175 Abs. 4 SGB V). Die Mitgliedschaft kann ohne Einhaltung der Kündigungsfrist zu dem Zeitpunkt beendet werden, zu dem ohne die freiwillige Mitgliedschaft ein Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V bestehen würde.

(5) Bei Inanspruchnahme von Wahltarifen nach § 53 SGB V kann die Mitgliedschaft abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 SGB V gekündigt werden. Die Bindungsfrist von 12 Monaten nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet wird.

Dritter Abschnitt: Leistungen

§ 7

Art und Umfang der Leistungen

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

1. Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten,

2. bei Krankheit

   a) Krankenbehandlung

      – ärztliche Behandlung,
      – zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
      – Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
      – häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
      – Krankenhausbehandlung,
      – medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
      – nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen,
      – digitale Gesundheitsanwendungen,

   b) strukturierte Behandlungsprogramme,

   c) Krankengeld.

3. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft,

4. bei Schwangerschaft und Mutterschaft

   - ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
   - Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
   - stationäre Entbindung,
   - häusliche Pflege,
   - Haushaltshilfe,
   - Mutterschaftsgeld.

5. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch,

6. Unterstützung bei Behandlungsfehlern,

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

(2) Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung haben AOK-Versicherte im Rahmen der der AOK Baden-Württemberg als Krankenkasse zugewiesenen Aufgaben gemäß §§ 14 Abs. 1, 15 SGB I, § 1 Satz 4 SGB V (allgemeine Beratungsleistungen), § 11 Abs. 4 SGB V (Versorgungsmanagement), § 39 Abs. 1a SGB V (Entlassmanagement), § 44 Abs. 4 SGB V (individuelle Beratung und Hilfestellung bezüglich Leistungen und Angeboten zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit) Anspruch auf Beratung und Hilfestellung durch den Sozialen Dienst. Die Tätigkeit des Sozialen Dienstes ist nicht darauf angelegt, therapeutische Beratungs- oder Hilfeleistungen zu erbringen, sondern setzt zeitlich begrenzt dort an, wo es notwendig ist, auf vorhandene (regionale) Hilfsstrukturen hinzuweisen und diese zu erschließen. Dies erfolgt durch staatlich anerkannte Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. Der Soziale Dienst nimmt insoweit eine „Lotsenfunktion“ wahr. Dabei sollen vorhandene Ressourcen effektiv und effizient genutzt, Fehlentwicklungen (Unter-, Über- oder Fehlversorgung) soll gegengesteuert werden.

§ 7 a

Leistungsausschluss

(1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 soll die AOK insbesondere dann verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. der daraus abgeleiteten Familienversicherung nach § 10 SGB V und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten liegt.

(2) Zur Feststellung eines Leistungsausschlusses kann die AOK den Medizinischen Dienst hinzuziehen, um insbesondere prüfen zu lassen, ob und inwieweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. der daraus abgeleiteten Familienversicherung nach § 10 SGB V bereits eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag oder Behandlungsbedürftigkeit zeitnah zu erwarten war.

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

§ 7 b

Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

Die AOK kann nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften den Versicherten Zusatzversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln.

§ 8

Leistungen zur Prävention, Selbsthilfe und Verhütung von Krankheiten

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention, die den vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20 SGB V (Leitfaden Prävention) in der jeweils geltenden Fassung entsprechen. Die Leistungen werden erbracht als Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V.

Je Kalenderjahr können höchstens zwei Maßnahmen der individuellen Prävention (Primäre Prävention; Gesundheitsförderung) beansprucht werden. Der Anspruch ist begrenzt auf die Höhe der tatsächlichen Kosten, jedoch nicht mehr als 80 Euro je Maßnahme.

(2) (ohne Inhalt)

(3) Die AOK fördert Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, wenn diese die Prävention und Rehabilitation nach dem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen aufgestellten Krankheitsverzeichnis zum Ziel haben.

(4) Die AOK übernimmt außer in den nach § 25 SGB V i.V. mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen genannten Fällen jedes 2. Jahr die Kosten für eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs für Versicherte ab dem Alter von 20 Jahren bis zum Alter von 34 Jahren, wenn die Untersuchung von einem im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten erbracht wird.

§ 8 a

AOK-Bonusprogramm

(1) Versicherte können am AOK-Bonusprogramm teilnehmen. Ab dem vollendeten 15. Lebensjahr kann die Durchführung papierlos (über das Online-Portal „Meine AOK“) erfolgen oder alternativ in Papierform (analog). Die Teilnahme ist freiwillig und kommt durch Einschreibung durch die Versicherten zustande. Vor Vollendung des 15. Lebensjahres ist die Teilnahme nur analog möglich mit Einverständnis der gesetzlichen Vertretungen.

(2) Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Bonusprogramm und dem Wahltarif Selbstbehalt mit Gesundheitsbonus nach § 17 d dieser Satzung ist nicht möglich.

(3) Versicherte erhalten bei regelmäßiger Inanspruchnahme von

a) qualitätsgesicherten Leistungen zur Früherkennung nach § 8 Abs. 4 dieser Satzung oder
b) Leistungen zur Früherkennung nach § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchung) oder der Teilnahme an einem Programm nach § 25 a SGB V (organisierte Früherkennungsprogramme) oder
c) Leistungen zur Früherkennung nach § 26 SGB V (Kinderuntersuchung) oder
d) Schutzimpfungen im Sinne des § 20 i Abs. 1 und 2 SGB V oder
e) Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V oder vergleichbaren qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens gemäß § 65 a Abs. 1a SGB V

in den Kombinationen, die in den Ausführungsbestimmungen genannt sind, einen Bonus gemäß § 65 a SGB V.

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

(4) Die Voraussetzungen des Abs. 3 weisen die Versicherten durch entsprechende Bestätigungen, Leistungsabzeichen oder mittels automatischer Messung durch digitale Geräte nach. Die durchgeführten Maßnahmen dürfen zum Zeitpunkt der Bonusbeantragung nicht länger als 12 Monate zurückliegen.

(5) Der Bonus wird den Versicherten als Geldprämie gegen Nachweis gemäß Abs. 4 zur Verfügung gestellt.

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

§ 8 b

Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Die AOK fördert auf der Grundlage des § 65 a Abs. 2 SGB V Arbeitgeber, die Maßnahmen zur Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweisen, mit einem Bonus. Eine Bonuszahlung kommt nicht in Betracht für Maßnahmen, die bereits Gegenstand von Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutz oder dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 SGB IX) sind.

(2) Die AOK schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus und weitere Rahmenbedingungen. Die Höhe des Bonus darf dabei die Aufwendungen des Arbeitgebers für den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess nicht übersteigen.

§ 8 c

Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

Die AOK Baden-Württemberg 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.

§ 9

Zuschuss bei ambulanten Vorsorgekuren

Bei aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss von 16 EUR täglich. Für versicherte chronisch kranke Kleinkinder erhöht sich dieser Zuschuss auf 25 EUR täglich.

§ 10

Schutzimpfungen

(1) Die AOK übernimmt außer in den in § 20i Abs. 1 SGB V genannten Fällen die Kosten für folgende Schutzimpfungen, wenn diese durch Ärzte erbracht werden:

- Influenza
- Hepatitis B
- FSME
- HPV-Impfungen für weibliche und männliche Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach individueller Prüfung von Nutzen und Risiko durch die Ärztin/den Arzt

Die Influenza-Impfung kann abweichend von Satz 1 auch durch Apotheker erbracht werden.

(2) Ferner kann die AOK außer in den in § 20i Abs. 1 SGB V genannten Fällen die Kosten von Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten übernehmen oder Zuschüsse leisten, soweit nicht andere Kostenträger zuständig sind. Dabei macht die AOK die Kostenübernahme von einer Bewertung der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) abhängig. Zur Kostenübernahme in diesen Fällen bedarf es im übrigen eines Beschlusses des Vorstandes, der im Hinblick auf eine zu erwartende Aufnahme der Schutzimpfung als Satzungsleistung erfolgt.

(3) Sofern die AOK die Kosten der Schutzimpfungen übernimmt, werden die Kosten für den Impfstoff voll und ohne Abzug eines Eigenanteils übernommen. Die Kosten für die ärztliche Leistung werden, soweit vertragliche Vereinbarungen bestehen, über die Krankenversichertenkarte zu den jeweils geltenden Vertragssätzen abgerechnet. Soweit für eine Impfung keine vertraglichen Vereinbarungen bestehen, werden die Kosten in Höhe der Vertragssätze erstattet. § 13 Abs. 2 SGB V findet in diesen Fällen keine Anwendung.

(4) Kosten für Schutzimpfungen, die ausschließlich aufgrund eines erhöhten beruflichen Risikos durchgeführt werden und für die nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) eine Leistungspflicht des Arbeitgebers besteht, werden nicht übernommen.

(5) Des Weiteren übernimmt die AOK für die über die Indikationsimpfungen hinausgehenden Kombinationsimpfungen die Kosten des Kombinationsimpfstoffes für Hepatitis A und B. Die Verordnung hat als Einzelverordnung zu erfolgen. Absatz 3 findet entsprechend Anwendung.

§ 10a

Spezifische Prophylaxe

(1) Die AOK übernimmt die Kosten für andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gemäß § 20i Abs. 2 SGB V, wenn diese durch Ärzte erbracht werden:

- RS-Virus gemäß der durch den GBA erlassenen Regelungen in der Arzneimittelrichtlinie nebst Anlagen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V.

(2) Die Kosten für das zugelassene Arzneimittel der spezifischen Prophylaxe werden voll und ohne Abzug eines Eigenanteils übernommen. Die Abrechnung erfolgt über die Verordnung nach Muster 16 bzw. Muster e16A. Die Kosten für die ärztliche Leistung werden, soweit vertragliche Vereinbarungen bestehen, über die Krankenversichertenkarte zu den jeweils geltenden Vertragssätzen abgerechnet. Soweit für die ärztliche Leistung der spezifischen Prophylaxe keine vertraglichen Vereinbarungen bestehen, werden die Kosten in Höhe der Vertragssätze erstattet. § 13 Abs. 2 SGB V findet in diesen Fällen keine Anwendung.

§ 11

Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

(1) Die AOK übernimmt außer in den in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen eine Haushaltshilfe, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushaltes wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit oder wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Anwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen weiterhin nicht möglich ist und im Haus-halt 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 30 Wochen.

(2) Die in Absatz 1 genannte Altersgrenze gilt auch, wenn aus medizinischer Notwendigkeit die erforderliche Anwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen gegeben ist und die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist.

§ 12

Zusätzliche Leistungen für Schwangere

(1) Die AOK übernimmt für schwangere Versicherte alle nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium und/oder Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate.

(2) Erstattet werden die pro Arzneimittel tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten, sofern das Arzneimittel von einem Vertragsarzt außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordnet und von einer zugelassenen deutschen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegeben wird. Die Erstattung erfolgt einmalig pro Schwangerschaft nach Vorlage der spezifizierten Rechnung der Apotheke und der ärztlichen Verordnung.

(3) Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage des § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit den in Absatz 1 genannten Wirkstoffen ist nicht möglich.

(4) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

§ 12 a

Stationäre Hospize

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen bestehender Vereinbarungen auf Bundesebene Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer bzw. teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ - medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie des/der Versicherten nicht erbracht werden kann.

(2) Der Zuschuss der AOK beträgt kalendertäglich 6 v.H. der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 Abs. 1 SGB IV). Er darf unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Versorgungskosten nicht überschreiten.

§ 13

Zusätzliche Leistungen zur künstlichen Befruchtung

(1) Die AOK übernimmt für ihre Versicherten, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung entsprechend den Regelungen des § 27a SGB V haben, zusätzlich zu den gesetzlich geregelten Ansprüchen in Höhe von 50 % der Behandlungskosten für die ersten drei Versuche weitere 25 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme.

(2) Über die Regelung des § 27a Absatz 3 Satz 1 SGB V hinaus werden Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach Absatz 1 für weibliche Versicherte, die das 40. Lebensjahr vollendet haben, erbracht. Voraussetzung hierfür ist, dass der die künstliche Befruchtung durchführende, nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur künstlichen Befruchtung zugelassene Arzt, im von ihm erstellten Behandlungsplan die Erfolgsaussicht bestätigt. Darüber hinaus ist im Behandlungsplan zu bestätigen, dass sowohl für die Frau als auch das Kind keine besonderen gesundheitlichen Risiken zu erwarten sind.

(3) Leistungen im Sinne des Absatz 1 werden bei krankheitsbedingter Kinderlosigkeit auch für gleichgeschlechtliche weibliche Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz erbracht. Die Kostenbeteiligung beträgt 75 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme; Absatz 2 gilt.

(4) Maßgebend für die Beurteilung der medizinischen Erfordernisse sind grundsätzlich die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Bei Leistungen nach Absatz 3 gelten die Hinweise, wonach künstliche Befruchtungen nur im homologen System durchgeführt werden, nicht.

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

(6) Für die Übernahme der zusätzlichen Leistungen gilt die Maßgabe, dass beide Ehepartner bzw. Lebenspartner während des Behandlungszeitraums bei der AOK Baden-Württemberg versichert sind.

§ 13 a

Zusätzliche Leistungen zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung

(1) Die AOK Baden-Württemberg bietet ihren Versicherten nach Maßgabe des § 27b Abs. 6 SGB V zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung in den Fachgebieten Orthopädie, Onkologie, Urologie, Kardiologie, Herzchirurgie, Neurochirurgie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe an. Der Anspruch nach § 27b Abs. 1 SGB V bleibt unberührt.

(2) Der Anspruch auf die zusätzlichen Leistungen besteht, wenn beim Versicherten zu einer in der Diagnoseliste nach Absatz 6 aufgeführten Diagnose die Indikation zu einem planbaren Eingriff durch aktuelle fachärztliche Diagnostik gesichert festgestellt ist, der Eingriff noch nicht vorgenommen wurde und eine Therapieempfehlung vorliegt. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

(3) Der Anspruch auf die unabhängige ärztliche Zweitmeinung umfasst eine qualifizierte Überprüfung der Indikationsstellung und eine eingehende fachärztliche Beratung, die eine Therapieempfehlung beinhaltet. Die ärztliche Behandlung wird durch das Zweitmeinungsverfahren nicht berührt. Unabhängig vom Ergebnis der ärztlichen Zweitmeinung steht es den Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.

(4) Alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der AOK Baden-Württemberg krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

(5) Berechtigt zur Erbringung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung sind Leistungserbringer, mit denen die AOK Baden-Württemberg hierüber eine Vereinbarung geschlossen hat. Die Leistungserbringer müssen über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen.

Kriterien für die besondere Expertise sind insbesondere

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

Zusätzliche Kriterien sind insbesondere

1. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
2. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
3. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.

(6) Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Ablauf des Zweitmeinungsverfahrens regelt die AOK Baden-Württemberg in den Vereinbarungen mit den Leistungserbringern unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten. Die für die ärztliche Zweitmeinung maßgeblichen Diagnosen führt die AOK Baden-Württemberg in einer Diagnoseliste abschließend auf. Die Diagnoseliste wird auf der Internetseite der AOK Baden-Württemberg (www.aok.de/bw) öffentlich bekannt gemacht. Die AOK Baden-Württemberg informiert ihre Versicherten über ihre Internetpräsenz oder auf Wunsch in schriftlicher Form unter anderem über die Qualifikation der Leistungserbringer und das Zweitmeinungsverfahren einschließlich der maßgeblichen Diagnosen.

(7) Die AOK Baden-Württemberg leistet dafür Gewähr, dass im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch eingehalten werden. Dies gilt insbesondere für die nach § 9 BDSG sowie § 78a SGB X nebst den jeweiligen Anlagen geforderten technischen und organisatorischen Maßnahmen sowie die Einhaltung

der Vorschriften des Schutzes der Berufsverschwiegenheit des § 203 StGB (Arztgeheimnis).

(8) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die AOK Baden-Württemberg in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der AOK Baden-Württemberg abgerechnet.

§ 13 b

Zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel

(1) Für Versicherte ab dem 4. und bis zum vollendeten 15. Lebensmonat werden die Kosten für die Versorgung mittels Kopforthesen (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie) übernommen, wenn dies nach der Schwere der Erkrankung erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Die Indikationsstellung und Verordnung muss durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung bzw. Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgen und den Kriterien entsprechen, die nach dem Stand der Medizin für die Verordnung dieser Therapieform angemessen sind. Hierzu zählt, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder dass ohne die Versorgung mittels Kopforthese Folgebehandlungen zu erwarten sind. Das Hilfsmittel hat den nach dem Stand der Medizin anzulegenden Qualitätsanforderungen zu entsprechen.

(2) Sind die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt, werden zunächst 80 Prozent der Kosten der Kopforthesenversorgung übernommen. Die restlichen 20 Prozent werden erstattet, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde. Maximal werden Kosten in Höhe von 2.000 Euro übernommen.

§ 14

Zusätzliche Leistungen zu Osteopathie, Reiseschutzmaßnahmen, alternative Arzneimittel und erweiterte Schwangerenleistungen („Gesundheitskonto")

(1) Die AOK übernimmt für ihre Versicherten Mehrleistungen, die während einer Versicherung bei der AOK in Anspruch genommen werden.

(2) Versicherte können auf vertragsärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und diese Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem/einer nach Kapitel 4 des SGB V zugelassenen Arzt/Ärztin bzw. Heilmittelerbringer/in durchgeführt wird, wenn dieser/diese Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist bzw. eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Die Erstattungshöhe ist auf 60 Euro pro Sitzung, maximal 300 Euro je Kalenderjahr begrenzt. Zur Erstattung sind personifizierte Rechnungen sowie bei einer Inanspruchnahme durch einen Heilmittelerbringer schriftliche vertragsärztliche Veranlassungen vorzulegen.

(3) Die AOK übernimmt die Kosten für Reiseschutzmaßnahmen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen privaten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert und von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut empfohlen sind, die Kosten der Impfung gegen Japanische Enzephalitis und der Malaria-Prophylaxe, sofern diese von zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten erbracht oder verordnet werden und nicht eine Leistungspflicht nach § 20i Abs. 1 SGB V besteht.

Die Erstattungshöhe beträgt höchstens 300 Euro je Kalenderjahr. Zur Erstattung sind personifizierte Rechnungen sowie Verordnungen von Vertragsärzten vorzulegen.

(4) Die AOK erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Anthroposophie und Phytotherapie, sofern sie von einem Vertragsarzt/einer Vertragsärztin mit der Zusatzqualifikation Homöopathie oder Naturheilverfahren auf einem Privatrezept verordnet werden und die Einnahme medizinisch notwendig ist, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und das Arzneimittel mit einer in der Bundesrepublik Deutschland gültigen Zulassung in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel nach Satz 1, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Satz 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, werden keine Kosten erstattet. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Satz 2 bis 5 SGB V sowie der Anspruch nach § 12 bleiben unberührt.

Die Erstattungshöhe beträgt 300 Euro je Kalenderjahr. Zur Erstattung sind personifizierte Rechnungen sowie vertragsärztliche Verordnungen vorzulegen.

(5) Die AOK übernimmt die Kosten für folgende zusätzliche Maßnahmen, sofern diese keine Leistungen nach den Mutterschafts-Richtlinien sind:

- Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge,
- Geburtsvorbereitung durch eine/n gemäß § 134a Absatz 2 SGB V zugelassene/n Hebamme/Entbindungspfleger für eine Begleitperson (Ehemann, Lebenspartnerin oder Partner) der Schwangeren, sofern die Begleitperson bei der AOK Baden-Württemberg versichert ist,
- Säuglingspflegekurse für werdende Eltern durch eine/n gemäß § 134a Absatz 2 SGB V zugelassene/n Hebamme/Entbindungspfleger,
- Entspannungs- und Bewegungskurse für Schwangere, junge Eltern mit Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensmonat im Rahmen der Primärprävention,

– erweiterte Tests im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge.

Die Erstattungshöhe beträgt je Kalenderjahr höchstens 300 Euro. Zur Erstattung sind personifizierte Rechnungen vorzulegen.

(6) Die AOK beteiligt sich an den Kosten zu Leistungen einer 24-stündigen Rufbereitschaft einer/s freiberuflichen Hebamme/Entbindungspflegers, sofern eine außerklinische Geburt oder eine Beleggeburt in 1:1 Betreuung durch die Hebamme/den Entbindungspfleger gemäß des Vertrages über Hebammenhilfe nach § 134a Abs. 1 SGB V von der Versicherten vereinbart ist. Voraussetzung ist, dass die Hebamme/der Entbindungspfleger gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringer/in zugelassen bzw. berechtigt ist.

Die Erstattungshöhe für die Rufbereitschaft beträgt höchstens 300 Euro je Kalenderjahr. Zur Erstattung sind personifizierte Rechnungen sowie die Vereinbarung zwischen der Versicherten und der Hebamme/dem Entbindungspfleger nach Satz 1 vorzulegen.

(7) Für die in den Absätzen 2 bis 6 genannten Leistungen werden grundsätzlich höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten erstattet. Der Erstattungsbetrag für die Leistungen der Absätze 2 bis 4 ist insgesamt auf 300 Euro je Kalenderjahr und Versicherten begrenzt („Gesundheitskonto allgemein"). Der Erstattungsbetrag für die Leistungen der Absätze 5 bis 6 ist insgesamt auf 300 Euro je Kalenderjahr und Versicherten begrenzt („Gesundheitskonto für Schwangere bzw. junge Mütter mit Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensmonat").

(8) Zum Zeitpunkt der Einreichung der Unterlagen zur Erstattung muss eine Versicherung bei der AOK Baden-Württemberg bestehen.

(9) Besteht eine private Zusatzversicherung, ist diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.

§ 14 a

Leistungen für Versicherte in besonders schwierigen Versorgungssituationen

(1) Die AOK Baden-Württemberg erbringt für ihre Versicherten mit dem Pflege-grad 1 zusätzlich zur Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Sinne des SGB XI für die Dauer von höchstens zwölf Wochen.

(2) Die AOK Baden-Württemberg erbringt für versicherte pflegende Angehörige Leistungen zur medizinischen Vorsorge im Sinne des § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V und zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V über die Regelungen der § 23 Abs. 5 Satz 4 SGB V und § 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V hinaus nicht vor Ablauf von 2 Jahren nach Durchführung solcher Leistungen, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

(3) Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht aus, erbringt die AOK Baden-Württemberg für ihre Versicherten die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 SGB XI für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 SGB XI festgestellt ist. Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI entsprechend. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen im Sinne der §§ 71 und 72 SGB XI oder in anderen geeigneten Einrichtungen, insbesondere in stationären Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 132h SGB V abgeschlossen wurde, erbracht werden.

§ 15

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.

(2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK unter Verwendung des dafür bereitgestellten Vordruckes. Die gewählte Kostenerstattung beginnt mit dem auf den Zugang des Vordrucks folgenden Kalendervierteljahr und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Kalendervierteljahr durch schriftliche Erklärung zum Ende des Kalendervierteljahres. Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der/die Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen; in diesem Fall verlängert sich die Mindestbindungsdauer nach Satz 2 um den Zeitraum vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des jeweiligen Kalendervierteljahres.

(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 sowohl bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V als auch bei Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V um einen Verwaltungskostenabschlag in Höhe von fünf Prozent, höchstens 50 EURO je Antrag, zu mindern.

(5) Abweichend von Absatz 4 wird bei Kostenerstattung nach § 13 Abs.2 SGB V nach Abzug der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen im Bereich der ambulanten ärztli-

chen Behandlung der Erstattungsbetrag auf 30 Prozent, im Bereich der Versorgung mit Arzneimitteln auf 70 Prozent der ausgewiesenen Kosten festgesetzt. Ein Verwaltungskostenabschlag erfolgt nicht. Auf Antrag des Versicherten wird der Erstattungsbetrag individuell nach Absatz 4 ermittelt

(6) 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. Versicherte treten im Einzelfall bei Abgabe des Arzneimittels in der Apotheke in Vorleistung. Die Erstattung erfolgt auf Antrag, jeweils nach Ablauf des Quartals, in dem das Arzneimittel bezogen wurde.

Die Berechnung des Erstattungsbetrages wird wie folgt vorgenommen:

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

Für einen Apotheken-verkaufspreis (AVP) von	bis 30 €	> 30 - 60 €	> 60 - 120 €	> 120 - 240 €	> 240 €
beträgt der pauschale Erstattungsabschlag zur Ablösung vertraglicher Rabatte	5,00 € (höchstens der AVP)	20,00 €	40,00 €	80,00 €	160,00 €

2. Ergeben sich für die AOK ungeachtet entgangener vertraglicher Rabatte im Sinne von Ziff. 1 im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V weitere Mehrkosten, erhöht sich der Erstattungsabschlag nach Ziff. 1 entsprechend.

3. Die für das abgegebene Arzneimittel gesetzlich vorgesehene Zuzahlung sowie ein Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5% des Erstattungsbetrages werden in Abzug gebracht.

(7) Der Kostenerstattung werden die vom/von der Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zu Grunde gelegt. Bei Kostenerstattung für veranlasste Leistungen sind zudem die ärztlichen Verordnungen vorzulegen.

§ 16

Teilkostenerstattung

(1) Angestellte, für die eine Dienstordnung nach § 351 RVO gilt, können Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V wählen.

(2) Die Höhe der Teilkostenerstattung bemisst sich nach dem Vomhundertsatz, der den jeweils maßgeblichen Vomhundertsatz der Beihilfe auf Hundert ergänzt.

(3) Die Leistung der Krankenkasse besteht aus der Teilkostenerstattung und der Beihilfe nach jeweils geltendem Beihilferecht zu solchen Leistungen, die dem Grunde und der Höhe nach im V. Buch des Sozialgesetzbuches, in der Reichsversicherungsordnung und in dieser Satzung vorgesehen sind.

(4) Der von der Leistung der Krankenkasse nicht erfasste Beihilfeanspruch bleibt unberührt.

(5) Als Ausgleich für die von der Krankenkasse voll finanzierten Leistungen nach Abs. 3 werden die Leistungs-Sachbuchkonten pauschal entlastet. Das Nähere regelt der Vorstand.

(6) Die Abs. 1 bis 5 gelten auch für Versorgungsempfänger/innen, für die eine Dienstordnung nach § 351 RVO gilt, sowie die Abs. 2 bis 5 für deren Witwer/Witwen und Waisen.

§ 17

Empfangsberechtigung

Geldleistungen werden mit befreiender Wirkung an den Inhaber/die Inhaberin folgender Unterlagen gezahlt:

- bei Krankengeld der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für Krankengeld,
- bei Mutterschaftsgeld der Bescheinigung über den voraussichtlichen Tag der Entbindung oder der Geburtsbescheinigung.

Abschnitt 3 a: Erprobungsregelungen, hausarztzentrierte und besondere Versorgung sowie Wahltarife

§ 17 a

(ohne Inhalt)

§ 17 b

(ohne Inhalt)

§ 17 c

Modellvorhaben

(1) Die AOK Baden-Württemberg bietet ihren Versicherten eine Teilnahme an Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V an. Die Teilnahme an Modellvorhaben ist für die Versicherten freiwillig. Ein Anspruch auf Teilnahme besteht nicht.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der Modellvorhaben richten sich nach den für das jeweilige Modellvorhaben abgeschlossenen Verträgen.

§ 17 d

Wahltarif Selbstbehalt mit Gesundheitsbonus

(1) Die AOK bietet zur Stärkung einer gesundheitsorientierten Lebensweise, zur Förderung einer bewussteren Leistungsinanspruchnahme ihrer Versicherten und zur Unterstützung der bei ihr versicherten Familien einen Wahltarif Selbstbehalt nach § 53 Abs. 1 SGB V in Kombination mit einem Gesundheitsbonus nach § 65a Abs. 1 SGB V an. Der Wahltarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils eine Grundprämie, verschiedene Boni sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben.

(2) Mitglieder nehmen aufgrund schriftlicher Erklärung, die das Nähere zur Durchführung des Wahltarifs Selbstbehalt mit Gesundheitsbonus regelt, teil. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Wahltarif und am Selbstbehalttarif nach § 17k oder am Prämienprogramm nach § 8a dieser Satzung ist nicht möglich.

Die Teilnahme beginnt mit dem Monatsersten. Die Wahl wird wirksam zum auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonat, frühestens mit Beginn des Kalendermonats, der auf den Beginn der Mitgliedschaft folgt. Die Wahlerklärung wirkt bei Beginn der Mitgliedschaft am Monatsersten auf diesen, wenn sie bis spätestens einen Monat nach Beginn der Mitgliedschaft abgegeben wird.

Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn (Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 SGB V). Bei Eintritt insbesondere einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Wahltarif Selbstbehalt mit Gesundheitsbonus abweichend von Satz 7 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.

(3) Die teilnahmeberechtigten Mitglieder erhalten in Abhängigkeit von ihrem Einkommen eine Grundprämie in der jeweiligen Tarifklasse. Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen durch Selbstauskunft. Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Absatz 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an. Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen:

Tarifklasse	**Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr in €**	**Grundprämie je Kalenderjahr in €***	**Pauschaler Selbstbehalt je Krankenhaustag des Mitglieds und je ambulante Behandlung des Mitglieds, die mit einer Arzneimittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, in €**	**Höchstbetrag der zu tragenden Selbstbehalte je Kalenderjahr in €**
1	bis 18.000	80	25	200
2	über 18.000 bis 36.000	140	35	280
3	über 36.000	200	45	360

*Die sich aus den Selbstbehalt-Tarifelementen für das Mitglied ergebende Prämienzahlung darf 20 % der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten.

Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds mit einer Frist von einem Monat zu Beginn des folgenden Kalenderjahres möglich.

(4) Das Mitglied und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen erhalten im Kalenderjahr der Inanspruchnahme je einen Bonus in Höhe von 20 EUR für

- die Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung nach § 25 SGB V
- für die Inanspruchnahme einer Zahnvorsorge nach § 22 oder § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V
- für die Durchführung einer Impfung nach § 20i Abs. 1 und/oder 2 SGB V
- für die Inanspruchnahme einer U- oder J-Untersuchung nach § 26 SGB V.

Das Mitglied erhält einen Bonus in Höhe von 20 EUR für

- die Teilnahme an einem in § 53 Abs. 3 SGB V genannten Tarif der besonderen Versorgungsform im Kalenderjahr der Einschreibung.

Das Mitglied sowie seine nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen können zusammen je Kalenderjahr einen Gesamtbonus bis zu einem Maximalbetrag von 100 EUR erhalten. Der Bonus wird zusammen mit der Grundprämie ausgezahlt.

(5) Die AOK behält sich eine Anpassung der Grundprämie, der Boni und der Selbstbehalte vor, über die die Teilnehmer rechtzeitig schriftlich informiert werden. Teilnehmenden Mitgliedern wird in diesem Zusammenhang ein Austrittsrecht aus dem Wahltarif zum Zeitpunkt des Inkrafttretens eingeräumt, wobei die entsprechende Erklärung spätestens einen Monat nach Anpassung schriftlich gegenüber der AOK abzugeben ist.

(6) Die AOK ermittelt den Unterschiedsbetrag von Grundprämie, Boni und Selbstbehalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres. Ist die Summe der Grundprämie und Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Ist die Summe der Selbstbehalte höher als die der Grundprämie und Boni, ist der Unterschiedsbetrag 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich die Grundprämie und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.

§ 17 e

(ohne Inhalt)

§ 17 f

Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die AOK Baden-Württemberg bietet ihren Versicherten die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen an. Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnehmer/innen verpflichten sich durch eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach § 73 b Abs. 4 SGB V gewählten Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die Teilnahme beginnt mit dem Quartal, das im Bestätigungsschreiben der AOK genannt ist.

(2) Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung sowie aus den Informationen des dazugehörigen Merkblatts in der jeweils gültigen Fassung.

(3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung erhält der/die Versicherte umfassende schriftliche (z.B. durch Merkblatt) oder elektronische Informationen über

- den Inhalt und die Ziele der selektivvertraglichen Versorgung,
- die Freiwilligkeit seiner Teilnahme,
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an der selektivvertraglichen Versorgung ergeben,
- die Folgen fehlender Mitwirkung der Versicherten
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung und der Einwilligungserklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen der selektivvertraglichen Versorgung vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

Der/Die Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK dem/der Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

Blinde und sehbehinderte Versicherte werden im Bedarfsfall mündlich entsprechend informiert und belehrt.

§ 17 g

(ohne Inhalt)

§ 17 h

Besondere Versorgung

(1) Die AOK Baden-Württemberg bietet ihren Versicherten die Teilnahme an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen an. Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung ist freiwillig. Ein Anspruch auf Teilnahme besteht nicht. Versicherte haben ihre Teilnahme an den besonderen Versorgungsformen schriftlich oder elektronisch zu erklären. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung stellt die AOK Baden-Württemberg den Versicherten schriftliche oder elektronische Informationen über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
- die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme,
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Versorgungsvertrag ergeben,
- die Folgen fehlender Mitwirkung der Versicherten,
- die Möglichkeit und die Form des Widerrufs ihrer Teilnahmeerklärung und ihrer Einwilligungserklärung,
- die Möglichkeit der Beendigung ihrer Teilnahme sowie
- die im Rahmen des Versorgungsvertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung der versichertenbezogenen Daten zur Verfügung.

(2) Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten ist den jeweils geltenden Teilnahmeerklärungen zu entnehmen.

§ 17 h/a

Besondere Versorgung in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung

(1) Neben § 17 h bietet die AOK Baden-Württemberg ihren Versicherten die Teilnahme an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung auf der Grundlage von entsprechenden Versorgungsverträgen an. Hierfür ist die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung und der besonderen Versorgung nach § 73b SGB V in Verbindung mit §140a SGB V Voraussetzung. Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung ist freiwillig. Die Teilnahme erfolgt durch eine schriftliche Teilnahmeerklärung. Damit geben die Versicherten ihr Einverständnis, sowohl an bestehenden sowie an zukünftigen Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilzunehmen, ohne dass eine erneute Teilnahmeerklärung für weitere Verträge nach § 140a SGB V erforderlich ist. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V beginnt mit dem Zeitpunkt, der im Bestätigungsschreiben der AOK genannt wird.

(2) § 17 h Abs. 2 und § 17 f Abs. 3 gelten entsprechend.

§ 17 i

Wahltarife nach § 53 Abs. 3 SGB V für Teilnehmer an besonderen Versorgungsformen

(1) Die AOK bietet Versicherten, die an besonderen Versorgungsformen im Sinne des § 53 Abs. 3 Satz 1 SGB V teilnehmen, Tarife nach näherer Maßgabe der folgenden Vorschriften an:

1. *(ohne Inhalt)*

2. *(ohne Inhalt)*

3. a) Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V teilnehmen, sind für die Dauer der Teilnahme von der Leistung einer Zuzahlung nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V befreit, wenn es sich um ein Arzneimittel handelt, das nach erfolgter öffentlicher Ausschreibung von Arzneimitteln des generikafähigen Marktes gemäß § 130a Abs. 8 SGB V rabattiert ist und durch einen an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Arzt/teilnehmende Ärztin verordnet wird.

   b) Versicherte, die an Verträgen nach § 140a SGB V gemäß der Auflistung nach Satz 2 teilnehmen, sind für die Dauer der Teilnahme von der Leistung einer Zuzahlung nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V befreit, wenn es sich um ein Arzneimittel handelt, das nach erfolgter öffentlicher Ausschreibung von Arzneimitteln des generikafähigen Marktes gemäß § 130a Abs. 8 SGB V rabattiert ist und durch einen an solchen Verträgen teilnehmenden Arzt verordnet wird. Dies gilt für folgende Verträge (in jeweiliger Fassung):

- Kardiologie-Vertrag nach § 140a SGB V vom 10.12.2009
- Gastroenterologie-Vertrag nach § 140a SGB V vom 08.07.2010
- Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie nach § 140a SGB V vom 10.10.2011
- Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Orthopädie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V vom 22.07.2013
- Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Urologie in Baden-Württemberg gem. § 140a SGB V vom 13.06.2016
- Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Diabetologie in Baden-Württemberg gem. § 140a SGB V vom 01.04.2017
- Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Nephrologie in Baden-Württemberg gem. § 140a SGB V vom 09.12.2019
- Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Pneumologie in Baden-Württemberg gem. § 140a SGB V vom 26.02.2021

c) Versicherte, die an dem "Vertrag nach § 140a SGB V zur besonderen ambulanten Versorgung im Bereich der intravitrealen operativen Medikamentenapplikation (IVOM) für Versicherte der AOK Baden-Württemberg" in der jeweils gültigen Fassung teilnehmen, sind für die Dauer der Teilnahme von der Leistung einer Zuzahlung nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V für Arzneimittelrezepturen befreit, die auf der Grundlage eines „Vertrages zur Arzneimittelversorgung im Zusammenhang mit dem Vertrag zur ambulanten Versorgung im Bereich der intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (IVOM) gemäß § 140a SGB V für Versicherte der AOK Baden-Württemberg“ verordnet werden.

d) Versicherte, die an der „Besonderen Versorgung in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung und bestehenden Verträgen der besonderen Versorgung“ nach § 17 h/a teilnehmen, sind für die Dauer der Teilnahme von der Leistung einer Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 SGB V befreit, wenn es sich um ein Hilfsmittel handelt, das Bestandteil des Vertrages zur Versorgung in dem Fachgebiet der Diabetologie in Baden-Württemberg gem. § 140a SGB V vom 01.04.2017 ist und durch einen an diesem Vertrag teilnehmenden Arzt/teilnehmende Ärztin verordnet wird. Die hierzu im Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Diabetologie in Baden-Württemberg gem. § 140a SGB V vom 01.04.2017 von der Zuzahlung befreiten Hilfsmittel führt die AOK Baden-Württemberg in einer Hilfsmittelliste abschließend auf. Die Hilfsmittelliste wird auf der Internetseite der AOK Baden-Württemberg (www.aok.de/bw) öffentlich bekannt gemacht.

e) Versicherte, die an dem Vertrag nach § 140a SGB V „VfB Intensiv“ in der jeweils gültigen Fassung teilnehmen, erhalten für die Dauer der Teilnahme, basierend auf § 53 Abs. 3 SGB V, eine Ermäßigung auf die zu leistende Zuzahlung.

(2) Über die von der AOK angebotenen besonderen Versorgungsformen im Sinne des § 53 Abs. 3 SGB V führt die AOK ein Verzeichnis, das insbesondere die Leistungsinhalte und Voraussetzungen zur Teilnahme beschreibt und das in den Geschäftsstellen der AOK oder auf der Internetseite der AOK Baden-Württemberg (www.aok.de/bw) eingesehen werden kann.

§ 17 j

Wahltarif Prämienzahlung bei Teilkostenerstattung

(1) DO-Angestellte und Versorgungsempfänger/innen, die nach § 16 der Satzung Teilkostenerstattung gewählt haben, sowie deren Witwer/Witwen und Waisen erhalten eine Prämienzahlung.

(2) Die Prämie nach Abs. 1 errechnet sich aus dem Produkt des um 50 v.H. verminderten ermäßigten Beitragssatzes und dem erzielten Arbeitsentgelt. Aus Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen errechnet sich die Prämie aus dem Produkt des um 50 v.H. verminderten allgemeinen Beitragssatzes und diesen Einkünften. Aus sonstigen Einkünften im Sinne des § 240 Abs. 1 SGB V errechnet sich die Prämie aus dem Produkt des um 50 v. H. ermäßigten Beitragssatzes und den sonstigen Einkünften im Sinne des § 240 Abs. 1 SGB V. Es gilt die jeweils gültige Beitragsbemessungsgrenze.

(3) Die Prämienzahlung wird zum 15. eines Monats für den Vormonat mit dem Beitrag verrechnet.

(4) Die Bindungsfrist für diesen Wahltarif beträgt 3 Jahre.

(5) Die Wahl des Tarifes und damit der Teilkostenerstattung nach § 16 der Satzung erfolgt durch eine schriftliche Vereinbarung mit der AOK. Die Teilnahme beginnt rückwirkend zum Kalenderjahr, wenn sie spätestens 3 Monate nach Beginn des Kalenderjahres beantragt wurde. Im übrigen beginnt die Teilnahme mit Beginn des nächsten Kalendermonats nach dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Teilkostenerstattung und frühestens zu dem gewählten Datum.

§ 17 k

Wahltarif Selbstbehalt

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

(2) Mitglieder nehmen aufgrund schriftlicher Erklärung, die das Nähere zur Durchführung des Selbstbehalts regelt, teil. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Selbstbehalttarif und am Wahltarif Selbstbehalt und Gesundheitsbonus nach § 17d dieser Satzung ist nicht möglich. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. Beginnt die Mitgliedschaft nicht am Monatsersten, beginnt die Teilnahme an diesem Selbstbehalttarif am nächsten Monatsersten. Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. Bei Eintritt insbesondere einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Selbstbehalttarif abweichend von Satz 6 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.

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

Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen:

Tarif-klasse	Beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr in €	Grund-bonus je Kalenderjahr in €*	Selbstbehalt je ambulante Be-handlung des Mit-glieds, die mit einer Arzneimittel- oder Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht, in €	Selbstbehalt je Kranken-hausaufent-halt des Mit-glieds in €	Höchstbetrag der zu tragen-den Selbstbe-halte je Kalen-derjahr in €
1	Bis 16.800	40	10	20	120
2	16.801 bis 25.200	90	22,50	45	170
3	25.201 bis 33.600	140	35	70	220
4	33.601 bis 42.000	190	47,50	95	270
5	42.001 bis 50.400	240	60	120	330
6	50.401 bis 58.800	340	85	170	440
7	Über 58.800	540	135	270	660

*Grund- plus Staffelbonus zusammen bis maximal 20 % der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge

Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds mit einer Frist von einem Monat zu Beginn eines Kalenderjahres möglich.

Die AOK behält sich eine Anpassung des Grundbonus, des Staffelbonus und der Selbstbehalte vor, über die die Teilnehmer rechtzeitig vorher schriftlich informiert werden. Teilnehmenden Mitgliedern wird in diesem Zusammenhang ein Austrittsrecht aus dem Wahltarif zum Zeitpunkt des Inkrafttretens eingeräumt, wobei die entsprechende Erklärung spätestens einen Monat nach Anpassung schriftlich gegenüber der AOK abzugeben ist.

(4) Der Grundbonus erhöht sich in den ersten drei Jahren um 20 € pro Jahr (Staffelbonus), wenn in jedem der drei Jahre das Mitglied ambulante Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht oder Krankenhausbehandlung nicht in Anspruch nimmt.

(5) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Selbstbehalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig.

Die AOK kann dem Mitglied auf Antrag eine Vorauszahlung auf künftige Unterschiedsbeträge von Bonus und Selbstbehalt in Höhe von bis zu 50% des Grundbonus im Kalenderjahr zahlen. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt. Ist die Summe der Selbstbehalte höher als die der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der nicht erhöhte Grundbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.

§ 17 l

Wahltarif Krankengeld für Künstler und Publizisten (KG15)

(1) Nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) versicherte Künstler und Publizisten (nachfolgend als Mitglied bzw. Mitglieder bezeichnet) können einen Krankengeldtarif (KG15) nach § 53 Abs. 6 SGB V wählen.

(2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Krankengeldtarifs. Der gewählte Krankengeldtarif beginnt mit Beginn der Mitgliedschaft, wenn die Wahl zusammen mit der Beitrittserklärung im Sinne des § 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V erklärt wird. Wird der Krankengeldtarif zu einem späteren Zeitpunkt gewählt, beginnt der Krankengeldtarif zu dem vom Mitglied bestimmten Termin, frühestens mit dem Tag des Zugangs der Wahlerklärung bei der AOK Baden-Württemberg.

(3) Das Mitglied ist mit der Einschreibung in den Krankengeldtarif drei Jahre an die Mitgliedschaft bei der AOK Baden-Württemberg und an den Krankengeldtarif gebunden (Mindestbindungsfrist). Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK Baden-Württemberg frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist des Krankengeldtarifs gekündigt werden. Ein Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V besteht nicht.

(4) Der Krankengeldtarif endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Absatz 3. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeldtarif jeweils um 12 Kalendermonate. Unter Verzicht auf die Einhaltung der Mindestbindungsfrist nach Absatz 3 kann der Krankengeldtarif durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Baden-Württemberg gekündigt werden, wenn die weitere Zahlung der Prämien für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. Dieser Härtefall kann insbesondere eintreten, wenn das teilnehmende Mitglied laufende Leistungen nach dem SGB II, dem SGB XI oder dem SGB XII erhält. Der Krankengeldtarif endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der AOK Baden-Württemberg die Kündigung zugeht. Absatz 3 Satz 2 gilt.

(5) Gehört das Mitglied aufgrund eines Statuswechsels innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 3 nicht mehr zur Personengruppe des Absatzes 1, ruht der Krankengeldtarif. Der Krankengeldtarif lebt ab erneuter Zugehörigkeit zur Personengruppe des Absatzes 1 wieder auf.

(6) Unabhängig von einer Kündigung und der Mindestbindungsfrist enden der Krankengeldtarif und die Leistungen aus dem Tarif

1. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
2. mit dem Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen,
3. spätestens mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen bei der AOK,
4. bei Personen, die keinen Rentenanspruch aus der gesetzlichen Rentenversicherung haben, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB VI festgestellt wird,
5. durch Tod.

Die AOK Baden-Württemberg kann die Teilnahme am Krankengeldtarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 7 trotz Mahnung nicht nachkommt und der Einzug der Prämien im Wege der Vollstreckung nicht möglich ist. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifs bekannt gegeben wird. Absatz 3 Satz 2 gilt.

(7) Die Mitglieder zahlen eine Prämie für den Krankengeldtarif in Höhe von 0,8 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 234 Abs. 1 SGB V.

(8) Die Prämie nach Absatz 7 ist fällig am 15. des Folgemonats. § 26 Abs. 3 Satz 1 SGB X gilt.

(9) Die Prämie ist nicht während des Anspruchs auf Krankengeld (Wahltarif-Krankengeld und gesetzlichem Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V) zu entrichten.

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

1. sofern die Prämie nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, von diesem Zeitpunkt an bis zum Tage der vollständigen Entrichtung der rückständigen Prämie 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 oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft; ein fehlendes Verschulden des Mitglieds kann im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn die vom Mitglied vorgebrachten und durch schriftliche Erklärung nachgewiesenen Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalles stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für das Mitglied eine unbillige Härte darstellen würde; die Sätze 1 bis 3 geltend entsprechend, wenn der Anspruch auf Leistungen in der Krankenversicherung wegen nichtgezahlter Beiträge gemäß § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V ruht,

2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; § 67 SGB I gilt,

3. sofern Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

(11) Der Krankengeldtarif beinhaltet Krankengeld vom Beginn der dritten Woche bis zum Ende der sechsten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Die Berechnung des Krankengeldes erfolgt entsprechend § 47 Abs. 4 Satz 3 SGB V.

(12) Die §§ 11 Abs. 5, 16, 49, 50, 51, 52 und 52a SGB V sowie die §§ 51 und 52 SGB I gelten entsprechend, soweit in dieser Vorschrift nichts Abweichendes geregelt ist. Die §§ 102 ff. SGB X gelten entsprechend.

(13) Die Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. Zeiten des Anspruchs auf Krankengeld nach § 44 SGB V werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Krankengeldtarifs angerechnet.

(14) Kein Krankengeldanspruch besteht, wenn Arbeitsunfähigkeit in den ersten drei Monaten der Teilnahme am Krankengeldtarif eintritt. Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor der Wahl des Krankengeldtarifs bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. Satz 1 gilt nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden. Die Regelungen der ab 01.08.2009 maßgebenden §§ 44, 45, 46, 53 und 319 SGB V gelten entsprechend.

(15) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Baden-Württemberg den Krankengeldtarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.

§ 17 m

Wahltarif Krankengeld für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige sowie unständig/kurzzeitig Beschäftigte (KG22)

(1) Einen Krankengeldtarif nach § 53 Abs. 6 SGB V, der einen Krankengeldanspruch vom 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarifausprägung KG22), können wählen:

1. Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres, sofern diese ein Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V gewählt haben,

2. Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, sofern diese ein Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V gewählt haben. Dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter).

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

(2) Die Wahl des Krankengeldtarifs ist schriftlich zu erklären. Die 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 wirkt die Wahlerklärung jeweils vom Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats an, es sei

denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt. Die Wahlerklärung wirkt rückwirkend ab Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis bzw. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 innerhalb der 14-Tagesfrist nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

(3) Das Mitglied ist an den Krankengeldtarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist). Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der AOK frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Dies gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Versicherung bei einer anderen AOK begründet wird. Ein Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V besteht nicht.

(4) Der Krankengeldtarif endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Absatz 3. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeldtarif jeweils um 12 Kalendermonate. Unter Verzicht auf die Einhaltung der Mindestbindungsfrist nach Absatz 3 kann der Krankengeldtarif durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Baden-Württemberg gekündigt werden, wenn die weitere Zahlung der Prämien für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. Dieser Härtefall kann insbesondere eintreten, wenn das teilnehmende Mitglied laufende Leistungen nach dem SGB II, dem SGB XI oder dem SGB XII erhält. Der Krankengeldtarif endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der AOK Baden-Württemberg die Kündigung zugeht. Absatz 3 Satz 2 gilt.

(5) Gehört das Mitglied aufgrund eines Statuswechsels innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 3 nicht mehr zu den Personengruppen des Absatzes 1, ruht der Krankengeldtarif ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung. Der Krankengeldtarif lebt ab erneuter Zugehörigkeit zu den Personengruppen des Absatzes 1 wieder auf. Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifes.

(6) Unabhängig von einer Kündigung und der Mindestbindungsfrist enden der Krankengeldtarif und die Leistungen aus dem Tarif

1. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
2. mit dem Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen,
3. spätestens mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung der Berufsgruppe des Versicherten oder von anderen vergleichbaren Stellen bei der AOK,
4. bei Personen, die keinen Rentenanspruch aus der gesetzlichen Rentenversicherung haben, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB VI festgestellt wird,
5. durch Tod.

Die AOK Baden-Württemberg kann die Teilnahme am Krankengeldtarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 7 trotz Mahnung nicht nachkommt und der Einzug der Prämien im Wege der Vollstreckung nicht möglich ist. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifs bekannt gegeben wird. Absatz 3 Satz 2 gilt.

(7) Die Prämie beträgt für die Tarifausprägung KG22 0,60 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§§ 226 und 240 SGB V) maßgebend sind; für die Mitglieder nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 gelten die „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ des GKV-Spitzenverbandes. Ist die Prämie für einen Teilmonat zu entrichten, wird die Anzahl der mit Prämienzahlung belegten Kalendertage mit 1/30 der monatlichen Prämie multipliziert.

(8) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 7 ist fällig am 15. des Folgemonats; § 26 Abs. 3 Satz 1 SGB X gilt.
2. Die Prämie ist nicht während des Anspruchs auf Krankengeld (Wahltarif-Krankengeld und gesetzlichem Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V) zu entrichten.
3. Die Prämienzahlung endet in den Fällen des Absatzes 4 Sätze 1, 3 und 4 sowie des Absatzes 6.

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

1. sofern die Prämie nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, von diesem Zeitpunkt an bis zum Tage der vollständigen Entrichtung der rückständigen Prämie 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 oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft; ein fehlendes Verschulden des Mitglieds kann im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn die vom Mitglied vorgebrachten und durch schriftliche Erklärung nachgewiesenen Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalles stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für das Mitglied eine unbillige Härte darstellen würde; die Sätze 1 bis 3 geltend entsprechend, wenn der Anspruch auf Leistungen in der Krankenversicherung wegen nichtgezahlter Beiträge gemäß § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V ruht,

2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; § 67 SGB I gilt,

3. 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.

(10) Das Wahltarif-Krankengeld

1. beträgt in der Tarifausprägung KG22 für Mitglieder nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 70 v. H. des Arbeitseinkommens, welches zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Prämienbemessung nach Absatz 7 aus Arbeitseinkommen maßgebend war,
2. wird in der Tarifausprägung KG22 für Mitglieder nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V berechnet.

Aus dem Wahltarif-Krankengeld werden Beiträge zur Pflege- und Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung entrichtet, soweit dies auf Grund gesetzlicher Bestimmungen für Krankengeld nach den §§ 44 und 45 SGB V vorgesehen ist.

(11) Die §§ 11 Absatz 5, 16, 49, 50, 51, 52 und 52a SGB V sowie die §§ 51 und 52 SGB I gelten entsprechend, soweit in dieser Vorschrift nichts Abweichendes geregelt ist; § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gilt nicht für Mitglieder nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1. Die §§ 102 ff. SGB X gelten entsprechend.

(12) Die Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. Zeiten des Anspruchs auf Krankengeld nach § 44 SGB V werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Krankengeldtarifs angerechnet.

(13) Kein Krankengeldanspruch besteht, wenn Arbeitsunfähigkeit in den ersten drei Monaten der Teilnahme am Krankengeldtarif eintritt. Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor der Wahl des Krankengeldtarifs bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V bestand. Satz 1 gilt nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden. Die Regelungen der ab 01.08.2009 maßgebenden §§ 44, 45, 46, 53 und 319 SGB V gelten entsprechend.

(14) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Baden-Württemberg den Krankengeldtarif gemeinsam mit allen AOKs durch.

Vierter Abschnitt: Beiträge

§ 18

Zusatzbeitrag

Der Zusatzbeitragssatz der AOK Baden-Württemberg gemäß § 242 SGB V beträgt 2,99 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 19

(ohne Inhalt)

§ 20

(ohne Inhalt)

§ 21

(ohne Inhalt)

§ 21 a

(ohne Inhalt)

§ 22

Vorschüsse

Die AOK kann von Arbeitgebern, die

1. innerhalb des Kassenbezirks keine feste Betriebsstätte haben oder sich nur vorübergehend im Kassenbezirk aufhalten

   oder

2. a) länger als 2 Monate mit der Beitragszahlung in Verzug sind oder
   b) sich in einem Insolvenzverfahren befinden oder
   c) sich innerhalb der letzten 24 Monate in einem Vollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben

   oder

3. keine ordnungsgemäßen Beitragsnachweise einreichen

   oder

4. einen längeren Entgeltabrechnungszeitraum als einen Monat haben und nicht mindestens monatliche Abschläge auf die Arbeitsentgelte leisten,

Vorschüsse in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 2 Monate fordern. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zur Einzahlung zu bestimmen.

Fünfter Abschnitt: Widerspruchsstelle

§ 23

Widerspruchsstelle

(1) Die Aufgaben der Widerspruchsstelle werden durch Widerspruchsausschüsse wahrgenommen (§ 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG). Widerspruchsausschüsse werden bei der AOK-Hauptverwaltung (Zentraler Widerspruchsausschuss, § 23 a) und bei den AOK-Bezirksdirektionen (§ 23 b) gebildet.

(2) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des zentralen Widerspruchsausschusses werden vom Verwaltungsrat bestellt. Ein ehrenamtliches Mitglied, das verhindert ist, wird durch einen Stellvertreter/eine Stellvertreterin vertreten. Stellvertreter/innen sind in der Reihenfolge ihrer Aufstellung die als Stellvertreter/innen bestellten verfügbaren Personen.

(3) Für ehrenamtliche Mitglieder der Widerspruchsausschüsse gelten die gesetzlichen Vorschriften über die Führung des Ehrenamtes, Haftung, Amtsdauer, Amtsverlust, Beratung, Beschlussfassung, und Entschädigung entsprechend.

(4) Die Widerspruchsausschüsse entscheiden über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der AOK, sofern durch Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist.

(5) Mitglieder der Widerspruchsausschüsse können mit ihrer Zustimmung an den Sitzungen durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen (hybride Sitzungen). Mitglieder, die per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend im Sinne des § 64 Abs.1 S.1 SGB IV. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkung, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Widerspruchsausschusses als digitale Sitzung stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses stellt

den Ausnahmefall nach Satz 4 fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Mitglied des Widerspruchsausschusses und in besonders eiligen Fällen ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht.

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

§ 23 a

Zentraler Widerspruchsausschuss

(1) Dem Zentralen Widerspruchsausschuss gehören je zwei Vertreter/innen der Versicherten und der Arbeitgeber des Verwaltungsrates sowie, mit beratender Stimme, ein Mitglied des hauptamtlichen Vorstandes oder ein/e von ihm Beauftragte/r an.

(2) Der Zentrale Widerspruchsausschuss ist zuständig für solche Widersprüche, die nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften dem AOK-Landesverband zur Entscheidung übertragen sind sowie für solche Widersprüche, die Angelegenheiten nach § 113 Abs. 4 SGB V betreffen.

§ 23 b

Widerspruchsausschüsse bei den AOK-Bezirksdirektionen

(1) Den bei den AOK-Bezirksdirektionen gebildeten Widerspruchsausschüssen gehören je zwei Vertreter/innen der Versicherten und der Arbeitgeber der AOK-Bezirksräte (§ 26) sowie, mit beratender Stimme, der/die Geschäftsführer/in oder ein/e von ihm/ihr Beauftragte/r an.

(2) Die Widerspruchsausschüsse bei den AOK-Bezirksdirektionen entscheiden über Widersprüche in den die AOK-Bezirksdirektion betreffenden Angelegenheiten; außerdem nehmen diese Widerspruchsausschüsse die Befugnisse der Einspruchstelle nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten wahr (§ 112 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 SGB IV i.V.m. § 69 OWiG).

Sechster Abschnitt: Organe

§ 24

Verwaltungsrat

(1) Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern/-innen der Versicherten und Arbeitgeber. Bei der Besetzung des Verwaltungsrats sollen regionale Gesichtspunkte angemessen berücksichtigt werden.

(2) Die Wahl der Vorsitzenden des Verwaltungsrats erfolgt nach § 62 SGB IV. Der Vorsitz zwischen den Vertretern/-innen der Gruppen wechselt von Jahr zu Jahr (§ 62 Abs. 3 SGB IV).

(3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der AOK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die AOK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 33 Abs. 1 und 3 SGB IV, § 197 Nr. 1 SGB V). Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere:

1. Wahl des/der Vorsitzenden und des/der stellvertretende/n Vorsitzenden des Verwaltungsrates (§ 62 SGB IV),
2. Wahl des Vorstandes sowie aus seiner Mitte des/der Vorstandsvorsitzenden und dessen/deren Stellvertreters/-in (§ 35 a Abs. 5 SGB IV),
3. Anstellung, Festlegung der Vertragsbedingungen, Versetzung in den Ruhestand oder Kündigung der gewählten Vorstandsmitglieder,
4. Bestellung der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des zentralen Widerspruchsausschusses (§§ 23, 23 a),
5. Bestellung der Geschäftsführer/innen der AOK-Bezirksdirektionen; Enthebung bzw. Entbindung von ihren Funktionen (entsprechend § 35 a Abs. 7 SGB IV). Das Nähere zum Verfahren regelt eine gemeinsame Richtlinie von Verwaltungsrat und Vorstand zu Auswahl und Bestellungsverfahren der Geschäftsführer/innen der AOK-Bezirksdirektionen sowie Enthebung bzw. Entbindung von ihren Funktionen,
6. *(ohne Inhalt)*

7. Wahl der Vertreter/innen der AOK in den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes (§ 279 Abs. 4 SGB V) und in den Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes (GbR),
8. Entsendung der Vertreter/innen der AOK in die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes (§ 217b Abs. 3 Satz 3 SGB V),
9. Überwachung des Vorstands (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V),
10. Entscheidungen über alle Angelegenheiten, die für die AOK von grundsätzlicher Bedeutung sind, insbesondere zur unternehmenspolitischen Ausrichtung der AOK in gesundheits- und sozialpolitischen sowie strategischen Fragen (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 b SGB V),
11. Änderung der Satzung (§ 33 Abs. 1 SGB IV, § 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
12. Feststellung des Haushaltsplans (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
13. Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
14. Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden (§ 197 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
15. Festsetzung der Entschädigung für Organmitglieder auf Vorschlag des Vorstandes (§ 41 Abs. 4 SGB IV),
16. Zustimmung zur Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung einschließlich des Stellenplans (§ 355 Abs. 2 und 3 RVO),
17. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat (§ 63 Abs. 1 SGB IV),
18. Amtsentbindung und Amtsenthebung von Mitgliedern des Verwaltungsrats sowie deren Stellvertreter/innen,
19. Feststellung, dass ein als Nachfolger/Nachfolgerin eines ausgeschiedenen Mitglieds bzw. eines stellvertretenden ausgeschiedenen Mitgliedes des Verwaltungsrats Vorgeschlagener/Vorgeschlagene Mitglied bzw. stellvertretendes Mitglied des Verwaltungsrats geworden ist,
20. Durchführung von gemeinsamen Tagungen des Verwaltungsrats mit den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der AOK-Bezirksräte (in der Regel einmal jährlich).

(4) Beschlüsse über Änderungen dieser Satzung bedürfen der Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder. Eine Änderung des § 1 Abs. 4, des § 26 sowie dieses Absatzes bedarf der Zustimmung von zwei Dritteln der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder.

(5) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen über:

1. Änderungen der Satzung und Dienstordnung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
2. Änderungen der Satzung und Dienstordnung sowie Änderung von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts und Beseitigung von offenbaren Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,
3. Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden, soweit hierüber bereits Grundsatzbeschlüsse vorliegen,
4. eilige Angelegenheiten, die in der Regel keiner Beratung bedürfen,
5. alle Beratungsgegenstände, wenn eine besondere Situation vorliegt, die eine Sitzung ausschließt (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkung).

Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates zu beraten und abzustimmen. Ergibt sich bei der schriftlichen Abstimmung Stimmengleichheit, so wird über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Verwaltungsrates beraten und abgestimmt. Kommt auch bei der zweiten Abstimmung keine Mehrheit zustande, so gilt der Antrag als abgelehnt.

(6) Sitzungen des Verwaltungsrates können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden. Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend im Sinne des § 64 Abs.1 S.1 SGB IV. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkung, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrates als digitale Sitzung stattfinden. Der oder die Vorsit-

zende des Verwaltungsrates stellt den Ausnahmefall nach Satz 4 fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht. Bei öffentlichen hybriden oder digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.

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

(8) Dem/Der Vorsitzenden des Verwaltungsrates obliegen insbesondere:

1. Beanstandung von gesetz- und satzungswidrigen Beschlüssen (§ 38 Abs. 1 Satz 1, § 33 Abs. 3 SGB IV),
2. Anordnung der nicht regelmäßig wiederkehrenden Bezüge und Entschädigungen des/der Vorsitzenden des Vorstandes, soweit sie nicht auf verbindlichen Regelungen beruhen,
3. Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen bei Ergänzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 1 Satz 1, § 33 Abs. 3 SGB IV),
4. Anzeige und Benachrichtigung über das Ergebnis der Wahl und über Änderungen in der Zusammensetzung des Verwaltungsrates (§ 60 Abs. 4 Satz 1, § 33 Abs. 3 SGB IV).

§ 25

Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus bis zu drei Mitgliedern, mindestens einer Frau und mindestens einem Mann. Die Mitglieder des Vorstandes verwalten hauptamtlich die AOK und vertreten sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die AOK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35 a Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB IV). Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahre; die Wiederwahl ist möglich. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet der/die Vorsitzende (§ 35 a Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB IV).

(2) Der Vorstand sowie aus seiner Mitte der/die Vorstandsvorsitzende und dessen/deren Stellvertreter/in werden von dem Verwaltungsrat gewählt (§ 35 a Abs. 5 Satz 1 SGB IV).

(3) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:

1. Repräsentation der AOK im Innen- und Außenverhältnis,

2. Aufstellung von Richtlinien für den Vorstand
   (§ 35 a Abs. 1 Satz 3 SGB IV),

3. Festlegung der Unternehmenspolitik im Rahmen der vom Verwaltungsrat festgesetzten Grundsätze,

4. Errichtung und Auflösung von Eigeneinrichtungen,

5. Vermietung und Verpachtung von Grundeigentum,

6. Abschluss von Verträgen und Vereinbarungen, insbesondere mit anderen Sozialversicherungsträgern, mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken und sonstigen Leistungserbringern,

7. Anstellung, Versetzung in den Ruhestand oder Kündigung der Geschäftsführer/innen der AOK-Bezirksdirektionen. Das Nähere zum Verfahren der Auswahl, Bestellung und Enthebung bzw. Entbindung von ihren Funktionen (entsprechend § 35 a Abs. 7 SGB IV) der Geschäftsführer/innen regelt eine gemeinsame Richtlinie von Verwaltungsrat und Vorstand zu Auswahl- und Bestellungsverfahren der Geschäftsführer/innen der AOK-Bezirksdirektionen sowie Enthebung bzw. Entbindung von ihren Funktionen.

   Festlegung der Vertragsbedingungen für die Geschäftsführer/innen.

8. Anstellung, Beförderung, Versetzung in den Ruhestand, Kündigung oder Entlassung von dienstordnungsmäßig Angestellten und Einstellung, Höhergruppierung und Kündigung von Beschäftigten sowie Beschlussfassung über Aus- und Fortbildungsverträge,

9. Personalführung, auch Entscheidung über Weiterbildungsmaßnahmen,

10. Einrichtung gemeinschaftlicher Auskunfts- und Beratungsstellen für Behinderte (§ 5 Abs. 1 RehaAnglG) und Abschluss von Gesamtvereinbarungen über das Rehabilitationsverfahren und die Einheitlichkeit der Leistungen (§ 5 Abs. 6 RehaAnglG),

11. Aufstellung des Haushaltsplans (§ 70 Abs. 1 SGB IV) und Aufstellung der Jahresrechnung,

12. Vereinbarungen und Verträge mit Krankenkassen,

13. Vorschlag für die Regelung der Pauschbeträge und festen Sätze bei Entschädigung der Organmitglieder (§ 41 Abs. 4 SGB IV),

14. Bericht gegenüber dem Verwaltungsrat über
    a) die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung,
    b) die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,

15. Bericht gegenüber dem/die Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen,

16. Einrichtung und Leitung der Verwaltung einschließlich Finanzwesen, Planung, Steuerung und Kontrolle, betriebswirtschaftliches Controlling,

17. Übernahme der Krankenbehandlung für die in § 264 SGB V bezeichneten Personenkreise,

18. Verfügung über die für den laufenden Bedarf erforderlichen Betriebsmittel sowie Verwaltung und Anlage der Rücklage (§§ 82, 83 SGB IV), Einwilligung zu überplanmäßigen und außerplanmäßigen Ausgaben (§ 73 Abs. 1 SGB IV),

19. Beschaffung des Geschäftsbedarfs im Rahmen des Haushaltsplans (§ 67 SGB IV),

20. Beteiligung an gemeinnützigen Einrichtungen und Darlehen für gemeinnützige Zwecke.

(4) Dem/Der Vorsitzenden des Vorstandes obliegen insbesondere:

1. Beanstandung von dienstordnungswidrigen Beschlüssen (§ 357 Abs. 1 RVO),

2. Maßnahmen gegenüber dienstordnungsmäßig Angestellten der AOK nach § 354 Abs. 5 RVO,

3. Ausübung des Wahlrechts der AOK als Arbeitgeberin.

§ 26

AOK-Bezirksräte

(1) Bei jeder AOK-Bezirksdirektion wird ein AOK-Bezirksrat eingerichtet; der/die Geschäftsführer/in kann an den Sitzungen des AOK-Bezirksrats beratend teilnehmen, sofern der AOK-Bezirksrat nichts anderes bestimmt.

(2) Die AOK-Bezirksräte bestehen je zur Hälfte aus Vertretern/-innen der Versicherten und der Arbeitgeber. Hinsichtlich der konkreten Zahl der Mitglieder der AOK-Bezirksräte gilt folgender Maßstab:

- Bei AOK-Bezirksdirektionen mit weniger als 200.000 Versicherten bestehen die AOK-Bezirksräte aus je 13 Vertretern/-innen der Versicherten und der Arbeitgeber.

- Bei AOK-Bezirksdirektionen ab 200.000 bis unter 250.000 Versicherten bestehen die AOK-Bezirksräte aus je 14 Vertretern/-innen der Versicherten und der Arbeitgeber.

- Bei AOK-Bezirksdirektionen ab 250.000 Versicherten bestehen die AOK-Bezirksräte aus je 15 Vertretern/innen der Versicherten und der Arbeitgeber.

Stichtag hierfür ist jeweils die Zahl der Versicherten am 1. Januar des Jahres, in dem die allgemeinen Sozialversicherungswahlen stattfinden.
Ein Mitglied, das verhindert ist, wird durch einen/eine Stellvertreter/in vertreten. Stellvertreter/innen sind in der Reihenfolge ihrer Aufstellung die als Stellvertreter/innen bestellten verfügbaren Personen.

(3) Die Vertreter/innen der Versicherten und die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat wählen aufgrund von Vorschlagslisten getrennt die Vertreter ihrer Gruppe in den jeweiligen AOK-Bezirksrat. Vorschlagsberechtigt bei den AOK-Bezirksdirektionen sind diejenigen Organisationen bzw. deren Untergliederungen, die ihren Sitz im Bereich der AOK-Bezirksdirektion haben oder, sofern ein solcher Sitz nicht besteht, sich

auf diesen Bereich erstrecken und die (im Sinne des § 48 SGB IV) im Verwaltungsrat vertreten sind. Im Übrigen gelten für die Wahl § 45 Abs. 2 SGB IV, § 46 Abs. 2 und Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB IV sowie § 51 SGB IV entsprechend. Die Wahlen sind innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten ab der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrats durchzuführen.

(3a) Werden AOK-Bezirksdirektionen zu einer neuen AOK-Bezirksdirektion vereinigt, bilden die bisher bei den beteiligten AOK-Bezirksdirektionen bestehenden AOK-Bezirksräte zusammen den neuen AOK-Bezirksrat der neuen AOK-Bezirksdirektion. Die Regelung gilt bis zu den nächsten allgemeinen Sozialversicherungswahlen, die auf die Vereinigung folgen.

Hinsichtlich der Stellvertretung können die bisher bestehenden Listenträger jeweils neue einheitliche Stellvertreterlisten bilden. Solange eine solche einheitliche Stellvertreterliste nicht besteht, erfolgt die Vertretung eines verhinderten Mitglieds durch denjenigen Stellvertreter/diejenige Stellvertreterin, der ihn gemäß der bisherigen Stellvertreterliste im bisherigen AOK-Bezirksrat vertreten hätte.

Hinsichtlich der erforderlichen Ergänzung bei vorzeitigem Ausscheiden von Mitgliedern oder stellvertretenden Mitgliedern erfolgt der Nachfolgevorschlag durch den bisherigen Listenträger, der vor der Vereinigung hierfür zuständig gewesen wäre.

(4) Für Mitglieder der AOK-Bezirksräte gelten die gesetzlichen Vorschriften über Führung des Ehrenamtes, Haftung, Amtsdauer, Amtsverlust, Ergänzung, Beratung, Beschlussfassung und Entschädigung.

(5) Die Mitglieder der AOK-Bezirksräte wählen entsprechend § 62 SGB IV aus ihrer Mitte eine/n Vorsitzende/n und eine/n stellvertretende/n Vorsitzende/n. Der Vorsitz zwischen den Vertretern/-innen der Gruppen wechselt von Jahr zu Jahr.

(6) Sitzungen der AOK-Bezirksräte können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden. Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend im Sinne des § 64 Abs.1 S.1 SGB IV. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontakt-

beschränkung, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen der AOK-Bezirksräte als digitale Sitzung stattfinden. Der oder die Vorsitzende des AOK-Bezirksrates stellt den Ausnahmefall nach Satz 4 fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Situation ein Drittel der Mitglieder des AOK-Bezirksrates und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des AOK-Bezirksrates der Feststellung widerspricht. Bei öffentlichen hybriden oder digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.

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

(8) Der AOK-Bezirksrat hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Wahl des/der Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des AOK-Bezirksrates,

2. Aufstellung der Geschäftsordnung für den AOK-Bezirksrat,

3. Information und Beratung über die regionale Finanz- und Versichertenentwicklung,

4. Mitwirkung bei der Bestellung der Geschäftsführer/innen der AOK-Bezirksdirektionen oder Enthebung bzw. Entbindung von ihren Funktionen (entsprechend § 35 a Abs. 7 SGB IV). Das Nähere zum Verfahren regelt eine gemeinsame Richtlinie von Verwaltungsrat und Vorstand zu Auswahl und Bestellungsverfahren der Geschäftsführer/innen der AOK-Bezirksdirektionen

sowie Enthebung bzw. Entbindung von ihren Funktionen,

5. Bestellung der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bei den AOK-Bezirksdirektionen,

6. Gesundheitspolitische Beratung und Unterstützung der AOK-Bezirksdirektion,

7. Gesundheitsförderung im Rahmen von § 20 SGB V,

8. Kontaktpflege zu Arbeitgebern, Versicherten und Vertragspartnern,

9. Abschluss von Mietverträgen, wenn die monatliche Miete im Einzelfall das zweifache der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) übersteigt,

10. Zustimmung zu Errichtung und Schließung von KundenCentern,

11. (ohne Inhalt)

12. (ohne Inhalt),

13. Amtsentbindung und Amtsenthebung von Mitgliedern des AOK-Bezirksrates sowie deren Stellvertreter/innen,

14. Feststellung, dass ein als Nachfolger/Nachfolgerin eines ausgeschiedenen Mitgliedes bzw. eines stellvertretenden ausgeschiedenen Mitgliedes des AOK-Bezirksrates Vorgeschlagener/Vorgeschlagene Mitglied bzw. stellvertretendes Mitglied des AOK-Bezirksrates geworden ist.

§ 27

Ehrenamtliche Betreuung von AOK-Versicherten durch AOK-Versichertenberater/innen bzw. Vertrauenspersonen

(1) Von den Vertretern/-innen der Versicherten im AOK-Bezirksrat können ehrenamtliche AOK-Versichertenberater/innen gewählt werden; sie sind Versichertenälteste im Sinne des § 39 SGB IV.

Ehrenamtliche AOK-Versichertenberater/innen können gewählt werden für

- ausgewählte Betriebe und
- bestimmte Berufsgruppen.

Die ehrenamtlichen AOK-Versichertenberater/innen haben insbesondere die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung mit den Versicherten und den Anspruchsberechtigten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

(2) Von den Vertretern/-innen der Arbeitgeber im AOK-Bezirksrat können Vertrauenspersonen gewählt werden. Diese können gewählt werden für

- ausgewählte Betriebe und
- Gruppen von Arbeitgebern.

Die Vertrauenspersonen haben insbesondere die Aufgabe, die Interessen der AOK in den Betrieben wahrzunehmen und die Arbeitgeber in Fragen der Krankenversicherung zu beraten.

(3) Sofern ehrenamtliche AOK-Versichertenberater/innen oder Vertrauenspersonen gewählt werden, erfolgt dies jeweils getrennt durch die Vertreter/innen der Versicherten bzw. die Vertreter der Arbeitgeber im AOK-Bezirksrat mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Geeignete Wahlvorschläge können formlos eingebracht werden.

§ 28

Geschäftsführer/in

(1) Der/Die Geschäftsführer/in verwaltet die AOK-Bezirksdirektion im Rahmen der ihm/ihr vom Vorstand übertragenen Aufgaben. Er/Sie unterliegt hierbei den Weisungen und Richtlinien des Vorstandes und ist verpflichtet, dem Vorstand über seine/ihre Tätigkeit umfassend und regelmäßig zu berichten. Über Angelegenheiten von hoher Bedeutung für die AOK-Bezirksdirektion oder die AOK Baden-Württemberg insgesamt ist der Vorstand unverzüglich zu informieren.

(2) Es sollen insbesondere folgende Aufgaben übertragen werden:

1. Umsetzung der Unternehmenspolitik (§ 3 Abs. 4 Satz 2), der Marketingstrategien sowie Führung der Verwaltungsgeschäfte einschließlich der Bewirtschaftung des Verwaltungskostenbudgets für das Gebiet der AOK-Bezirksdirektion,

2. Repräsentation der AOK innerhalb der AOK-Bezirksdirektion,

3. Mitwirkung im AOK-Bezirksrat mit beratender Funktion (§ 26 Abs. 1),

4. Einrichtung und Leitung der Verwaltung einschließlich Planung, Steuerung und Kontrolle, Controlling, unter Beachtung der für die AOK unternehmensweit geltenden Grundsätze und Organisationsverfügungen,

5. Personalführung, auch Entscheidung über Weiterbildungsmaßnahmen,

6. Berichts- und Informationspflicht gegenüber dem AOK-Bezirksrat im Hinblick auf die regionale Finanzentwicklung,

7. Verwaltung der Grundstücke, Gebäude und Einrichtungsgegenstände einschließlich Instandhaltungsmaßnahmen im Rahmen der Vorgaben des Immobilienmanagements der AOK Baden-Württemberg,

8. Wahrnehmung der nach der Dienstordnung dem Vorstand obliegenden Aufgaben, wie insbesondere Anstellung, Beförderung, Versetzung in den Ruhestand, Kündigung oder Entlassung von dienstordnungsmäßig Angestellten, Einstellung, Höhergruppierung und Kündigung von Beschäftigten sowie Beschlussfassung über Aus- und Fortbildungsverträge. Das Recht und die Pflicht des Vorstandes, im Einzelfall für Positionen der AOK-Bezirksdirektionen unmittelbar Maßnahmen zu treffen, bleibt unberührt; der/die Geschäftsführer/in soll einbezogen werden,

9. Abschluss von Mietverträgen, wenn die monatliche Miete im Einzelfall das zweifache der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) nicht übersteigt,

10. Beschaffung von Geräten und Einrichtungsgegenständen und des Geschäftsbedarfs im Rahmen der Bewirtschaftung des Verwaltungskostenbudgets und der vom Vorstand festgelegten Richtlinien,

11. Beteiligung an Vertragsverhandlungen mit regionalen Krankenhausträgern und örtlichen Rettungsdienstorganisationen,

12. Zulassung der Leistungserbringer (§§ 124 und 126 SGB V),

13. Gerichtliche und außergerichtliche Vertretung in Angelegenheiten, deren Bedeutung nicht über den Bereich der AOK-Bezirksdirektion hinausgeht.

§ 29

Vertretung der AOK

(1) Der Vorstand vertritt die AOK unbeschadet der Absätze 2 bis 5 gerichtlich und außergerichtlich (§ 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

(2) Das Vertretungsrecht des Vorstandes wird, abgesehen von der Vertretung durch alle Vorstandsmitglieder, durch jedes Vorstandsmitglied allein ausgeübt.

(3) Bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden wird die AOK durch den Vorsitzenden/die Vorsitzende des Vorstandes, im Verhinderungsfall durch den stellvertretenden Vorsitzenden/die stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes, gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(4) Bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden im Bereich der AOK-Bezirksdirektionen wird die AOK durch den/die Geschäftsführer/in gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(5) Der Verwaltungsrat vertritt die AOK gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern. Das Vertretungsrecht wird gemeinsam durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates ausgeübt (§ 33 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

§ 30

Amtsdauer, Entschädigung und Haftung

(1) Für die Amtsdauer und Haftung der Mitglieder in den Selbstverwaltungsorganen gelten die §§ 58 und 42 SGB IV. Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

(2) Art und Höhe der Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sowie der ehrenamtlichen AOK-Versichertenberater/innen und Vertrauenspersonen ergeben sich aus der Anlage „Bestimmungen über die Entschädigungen der ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sowie der ehrenamtlichen AOK-Versichertenberater/innen und Vertrauenspersonen der AOK Baden-Württemberg“, die Bestandteil dieser Satzung ist.

Siebter Abschnitt: Verwaltung der Mittel

§ 31

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.

§ 32

Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung

(1) Der Verwaltungsrat bestellt zur Prüfung der Jahresrechnung einen sachverständigen Prüfer (§ 31 SVHV).

(2) Die Abnahme der Jahresrechnung erfolgt durch den Verwaltungsrat.

Achter Abschnitt: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

§ 33

Entsprechende Anwendung von Satzungsbestimmungen

(1) Die vorstehenden Bestimmungen der Satzung finden in Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichgesetz entsprechende Anwendung, soweit nichts anderes bestimmt ist.

(2) § 23 b gilt mit der Maßgabe, dass den bei den AOK-Bezirksdirektionen gebildeten Widerspruchsausschüssen zwei Vertreter/innen der Arbeitgeber angehören.

§ 34

Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

(1) Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit nehmen Arbeitgeber teil, die in der Regel ausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten nicht mehr als 30 Arbeitnehmer/innen nach näherer Bestimmung des § 3 AAG beschäftigen. § 11 Abs. 1 und Abs. 2 AAG gelten.

(2) Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft nehmen alle Arbeitgeber teil, die nicht in § 11 Abs. 2 AAG genannt sind.

§ 35

Höhe der Umlage, Vorschüsse

(1) Die Umlage für Aufwendungen aus Anlass von Krankheit wird auf

- 4,05 v.H. bei einem Erstattungssatz von 80 v.H. (§ 37 Abs. 2)
- 2,80 v.H. bei einem Erstattungssatz von 70 v.H. (§ 37 Abs. 1)
- 2,50 v.H. bei einem Erstattungssatz von 60 v.H. (§ 37 Abs. 2)
- 1,90 v.H. bei einem Erstattungssatz von 50 v.H. (§ 37 Abs. 2)

der Bemessungsgrundlage festgesetzt.

(2) Die Umlage für Aufwendungen aus Anlass von Mutterschaft wird auf 0,44 v.H. der Bemessungsgrundlage festgesetzt.

(3) Die AOK kann von umlagepflichtigen Arbeitgebern nach Maßgabe des § 22 der Satzung Vorschüsse verlangen.

§ 36

Betriebsmittel

Zur Bestreitung der Ausgaben für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass von Krankheit oder Mutterschaft werden jeweils getrennt Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen, dürfen jedoch die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen.

§ 37

Erstattungsanspruch

(1) Die AOK erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern

1. für Aufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit

   70 v.H. der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass von Krankheit. Arbeitgeberaufwendungen sind die nach § 3 Abs. 1 und 2, § 9 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlte Arbeitsentgelte.

2. für Aufwendungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft

   100 v.H. der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass von Mutterschaft. Arbeitgeberaufwendungen sind

   a) der vom Arbeitgeber nach § 20 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlte Zuschuss zum Mutterschaftsgeld,
   b) das vom Arbeitgeber nach § 18 des Mutterschutzgesetzes bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt (Mutterschutzlohn), einschließlich der von den Arbeitgebern zu tragenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge.

(2) Auf Antrag des Arbeitgebers wird der in Abs. 1 aufgeführte Erstattungssatz aus Anlass von Krankheit auf 80 v.H. erhöht oder auf 60 v.H. bzw. 50 v.H. ermäßigt. Der Antrag gilt ab Beginn des nächsten Kalenderjahres und kann zum Ende eines Kalenderjahres zurückgenommen werden.

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

§ 37 a

Vorschüsse an ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

Dem Arbeitgeber können auf Antrag angemessene Vorschüsse für die Erfüllung einer Verpflichtung nach den in § 37 genannten Rechtsgrundlagen gewährt werden.

Neunter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 38

Bekanntmachungen

(1) Satzungsänderungen werden auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen öffentlich bekannt gemacht.

(2) Die Dienstordnung sowie sonstige Bekanntmachungen der AOK werden durch Aushang in den Geschäftsräumen der AOK bekanntgemacht. Die öffentliche Aushangzeit beträgt zwei Wochen.

(3) Versicherte und Arbeitgeber werden durch regelmäßige Publikationen der AOK Baden-Württemberg informiert.

(4) 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/bw). Darüber hinaus werden die Informationen nach Satz 1 zur Einsicht in den AOK-KundenCentern vorgehalten.

§ 39

Inkrafttreten

Diese Satzung tritt zu dem Zeitpunkt in Kraft, in dem die Vereinigung der baden-württembergischen AOKs zur AOK Baden-Württemberg wirksam wird.

Anlage zu § 30 Abs. 2 der Satzung

Bestimmungen über die Entschädigungen der ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sowie der ehrenamtlichen AOK-Versichertenberater/innen und Vertrauenspersonen der AOK Baden-Württemberg (Anlage zu § 30 Abs. 2 der Satzung)

---

1. Abschnitt: Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrats

§ 1

Erstattung barer Auslagen

Für die Erstattung von Auslagen im Zusammenhang mit der Erfüllung von Aufgaben von Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane finden die Vorschriften des Landesreisekostengesetzes Baden-Württemberg Anwendung.

§ 2

Ersatz für Verdienstausfall und Erstattung von Rentenversicherungsbeiträgen

Neben der Entschädigung nach § 1 erhalten die Mitglieder des Verwaltungsrats Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienstes und der den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer/innen nach der Vorschrift des SGB VI über die Beitragstragung selbst zu tragen haben. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens ein 1/75 der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV). Wird durch schriftliche Erklärung des/der Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ein Drittel des in Satz 2 genannten Höchstbetrages zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

§ 3

Pauschbetrag für Zeitaufwand

(1) Den Mitgliedern des Verwaltungsrats wird für jeden Kalendertag einer Sitzung ein Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 90,00 EUR gewährt. Damit wird der regelmäßig außerhalb der Arbeitszeit erforderliche Zeitaufwand insbesondere zur Vorbereitung der Sitzungen abgegolten. Hybride oder digitale Sitzungen sind als Sitzung im Sinne des Satz 1 zu bewerten.

(2) Findet an einem Tag je eine Sitzung (oder auch mehrere) von Krankenkassen- und Pflegekassenorganen statt, wird nur ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt.

(3) Der/Die Vorsitzende eines Ausschusses des Verwaltungsrats und dessen/deren Stellvertreter/in erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.

§ 4

Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern des Verwaltungsrats und ihren Stellvertreter/innen mit Familien- und Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gemäß § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleiG) erstattet werden. Die Voraussetzungen für die Erstattung und Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils gültigen Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen nach § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 BGleiG.

§ 5

Entschädigung für sonstige Dienstgeschäfte

(1) Die Entschädigung nach den §§ 1 und 2 erhalten im übrigen die Mitglieder des Verwaltungsrats für alle Dienstgeschäfte, die sie in Ausübung ihres Ehrenamtes durchführen; ergänzend gilt die Verordnung des Finanzministeriums über die Reisekostenvergütung bei Auslandsdienstreisen.

(2) Die Entschädigung nach § 3 erhalten die Mitglieder des Verwaltungsrats neben der Entschädigung nach den §§ 1 und 2, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags vorliegt. Die Zahlung des Pauschbetrages für Zeitaufwand erfolgt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben. Für die Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden ist die Pauschale für Zeitaufwand in der zusätzlichen Entschädigung nach § 6 enthalten; dies gilt nicht bei der Teilnahme an einer Sitzung außerhalb des Organs in gesetzlich vorgesehenen Gremien, in denen der/die Vorsitzende/stellvertretende/r Vorsitzende/r des Verwaltungsrats Organfunktion wahrnimmt.

§ 6

Zusätzliche Entschädigung des/der Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats

(1) Für die Inanspruchnahme außerhalb von Sitzungen werden dem/der Vorsitzenden und dem/der stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats monatlich jeweils folgende Pauschbeträge für Zeitaufwand und für bare Auslagen gewährt:

Pauschbetrag für Zeitaufwand	Pauschbetrag für bare Auslagen
900,00 EUR	81,00 EUR

In dem Pauschbetrag für bare Auslagen sind die Aufwendungen für Reisekosten nicht enthalten; diese sind gesondert zu erstatten.

(2) Die Pauschbeträge werden vom Beginn des vollen Monats an gewährt, von dem an die Vorsitzenden ihr Amt innehaben. Sie sind am 1. jeden Monats im Voraus zu zahlen und fallen mit dem Ende des Monats weg, in dem ein/e Vorsitzende/r ausscheidet.

(3) Bei einer länger als 30 Kalendertage dauernden Verhinderung ist die Zahlung der Pauschbeträge für die weitere Dauer der Verhinderung einzustellen.

(4) Dem/Der Vorsitzenden und dem/der stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats der Pflegekasse wird keine eigenständige Monatspauschale im vorstehenden Sinne gewährt.

2. Abschnitt: Entschädigung der Mitglieder der AOK-Bezirksräte

§ 7

Geltung der vorstehenden Bestimmungen

(1) Für die Mitglieder der AOK-Bezirksräte oder ihre Stellvertreter/innen gelten die Bestimmungen der §§ 1 - 6, mit Ausnahme des § 3 Abs. 3, entsprechend, soweit nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

(2) § 6 Abs. 1 gilt mit der Maßgabe, dass den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden der AOK-Bezirksräte monatlich jeweils folgende Pauschbeträge gewährt werden:

Pauschbetrag für Zeitaufwand	Pauschbetrag für bare Auslagen
180,00 EUR	41,00 EUR

§ 8

Ehrenamtliche Betreuung von AOK-Versicherten durch AOK-Versichertenberater/innen bzw. Vertrauenspersonen

(1) Die aus der Tätigkeit der ehrenamtlichen AOK-Versichertenberater/innen und Vertrauenspersonen erwachsenden baren Auslagen (Fahrt- und Portokosten, Telefongebühren etc.) werden gegen Nachweis oder Glaubhaftmachung erstattet.

(2) Ehrenamtliche AOK-Versichertenberater/innen und Vertrauenspersonen erhalten keinen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand.

Satzung der AOK Baden-Württemberg

In Kraft ab 01. April 1994 in der Fassung der Bekanntmachung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg vom 21. März 1994, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 25/26 vom 30. März 1994 (Beilage).

---

1. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung der AOK Baden-Württemberg vom 13. Dezember 1994, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg vom 14. Dezember 1994 - Az.: 31-4429.17.1 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 101/102 vom 21. Dezember 1994. In Kraft getreten: 01.09.1995 / 01.04.1995 / 01.07.1995.

---

2. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung der AOK Baden-Württemberg vom 3. Mai 1995, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg vom 4. Mai 1995 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 35/36 vom 6. Mai 1995. In Kraft getreten: 01.01.1996.

---

3. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrats der AOK Baden-Württemberg vom 9. Januar 1996, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg vom 10. Januar 1996 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 3 vom 15. Januar 1996 (Beilage). In Kraft getreten: 01.01.1996.

---

4. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrats der AOK Baden-Württemberg im schriftlichen Verfahren vom 25. Januar 1996 bis zum 19. Februar 1996, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg vom 27. Februar 1996 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 12 vom 18. März 1996. In Kraft getreten: 01.04.1996.

---

5. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 16. Juli 1996, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 02. August 1996 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 39/96 vom 23. September 1996. In Kraft getreten: 01.10.1996.

---

6. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 03. Dezember 1996, genehmigt mit Verfügungen des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 18. Dezember 1996, - Az.: 31-5221-1-01 - öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 52/96 vom 30. Dezember 1996 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.1997.

---

7. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 5. Februar 1997 sowie im schriftlichen Verfahren vom 11. Februar 1997 bis 19. Februar 1997, genehmigt mit Verfügungen des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 06. Februar 1997 und vom 20. Februar 1997 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 07/97 vom 24. Februar 1997 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.1997 / 01.03.1997.

---

8. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 22. Juli 1997, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 22. August 1997 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 33/97 vom 25. August 1997 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.1997.

---

9. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 20. Oktober 1997, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 12. November 1997 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 45/97 vom 17. November 1997 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.07.1997 bis 31.12.1999 / 01.01.1998.

---

10. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 9. Dezember 1997, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 23. Dezember 1997 - Az.: 33-5213.4-41.1 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 1/98 vom 12. Januar 1998 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.1998.

---

11. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 21. Juli 1998, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 24. August 1998 - Az.: 31-5221.1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 37/98 vom 21. September 1998 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 30.09.1998 / 01.01.1999.

---

12. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 12. Oktober 1998, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 3. November 1998 - Az.: 31-5221.1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 44/98 vom 9. November 1998 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.10.1998.

---

13. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 20. April 1999, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 11. Juni 1999 - Az.: 31-5221.1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 26/99 vom 5. Juli 1999 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.09.1998.

---

14. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 18. Oktober 1999, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 24. November 1999 - Az.: 31-5221.1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 49/99 vom 13. Dezember 1999 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.11.1999/ 01.01.2000.

---

15. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 17. Dezember 1999, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 21. Dezember 1999 - Az.: 31-5221.1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 50/99 vom 31. Dezember 1999 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.2000.

---

16. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 22. Februar 2000, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 31. März 2000 - Az.: 31-5221.1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 15/00 vom 25. April 2000 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.2000.

---

17. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 20. Juni 2000, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 04. Juli 2000 - Az.: 31-5221.1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 27/00 vom 17. Juli 2000 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 05. Juli 2000.

---

18. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 19. Dezember 2000, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 22. Dezember 2000 - Az.: 31-5221.1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 50/00 vom 30. Dezember 2000 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.2001

---

19. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 05. März 2001, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 19. März 2001 - Az.: 31-5221.1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 11/01 vom 26. März 2001 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.04.2001

---

20. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 26. Juni 2001, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 27. Juni 2001 - Az.: 31-5221.1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 25/01 vom 2. Juli 2001 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.07.2001

---

21. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 18. Dezember 2001, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 19. Dezember 2001 - Az.: 31-5221.1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 50/01 vom 31. Dezember 2001 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.02.2001/ 01.01.2002

---

22. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 5. März 2002, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 28. März 2002 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 14/02 vom 15. April 2002 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.2002

---

23. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 12. Dezember 2002, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 16. Dezember 2002 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 50/02 vom 30. Dezember 2002 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.2003

---

24. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 18. Februar 2003, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 21. Februar 2003 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 8/03 vom 3. März 2003 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.03.2003

---

25. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 9. Dezember 2003 / 3. Februar 2004, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 16. Dezember 2003 / 25. Februar 2004 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 50/03 vom 31. Dezember 2003 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.2004

---

26. / 27. Änderung der Satzung

In der Fassung der Beschlüsse des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 3. Februar 2004 und 20. April 2004, genehmigt mit Verfügungen des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 25. Februar 2004 und 29. April 2004 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 23/04 vom 14. Juni 2004 (Sonderdruck). In Kraft getreten: 01.01.2004

---

28. / 29. Änderung der Satzung

In der Fassung der Beschlüsse des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 15. November 2004 und 14. Dezember 2004, genehmigt mit Verfügungen des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 13. Dezember 2004 und 21. Dezember 2004 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 50/04 vom 31. Dezember 2004 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.2005

---

30. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 1. Februar 2005, genehmigt mit Verfügung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 8. März 2005 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 11/05 vom 29. März 2005 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.2005

---

31. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 31. Mai 2005, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 9. Juni 2005 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 24/05 vom 27. Juni 2005 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.07.2005

---

32. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 31. Mai 2005, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 8. August 2005 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 33/05 vom 29. August 2005 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.09.2005

---

33. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 6. Dezember 2005, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 22. Dezember 2005 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 50/05 vom 30. Dezember 2005 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.2006

---

34. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 25. April 2006, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 26. April 2006 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 16/06 vom 2. Mai 2006 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.07.2006

Das Antragsrecht nach § 37 Abs. 2 Satz 3 kann ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung ausgeübt werden.

---

35. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 27. Juni 2006, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 27. Juni 2006 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 25/06 vom 3. Juli 2006 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.07.2006

---

36. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 21. Dezember 2006, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 21. Dezember 2006 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 50/06 vom 29. Dezember 2006 (Zentralblatt). In Kraft getreten: 01.01.2007

---

37. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 20. März 2007, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 21. März 2007 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 12/07 vom 2. April 2007 (Zentralblatt). In Kraft ab 01.04.2007 bzw. die §§ 1 Abs. 4, 23b Abs. 4 und 26 Abs. 3a ab 01.07.2007.

---

38. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 11. September 2007, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 20. September 2007 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 38/07 vom 1. Oktober 2007 (Zentralblatt). In Kraft ab 01.10.2007 bzw. die Änderungen in den §§ 8, 8a, 10 und 17h mit dem Tag des Inkrafttretens des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 20d Abs. 1 Satz 5 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie).

---

39. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 18. Dezember 2007, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 19. Dezember 2007 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 50/07 vom 31. Dezember 2007 (Zentralblatt). In Kraft ab 01.01.2008.

---

40. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 6. Mai 2008, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 16. Mai 2008 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 21/08 vom 2. Juni 2008 (Zentralblatt). In Kraft ab 01.07.2008.

---

41. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 8. Juli 2008, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 15. Juli 2008 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 30/08 vom 1. August 2008 (Zentralblatt). In Kraft ab 01.01.2008.

---

42. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 22. September 2008, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 23. September 2008 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 38/08 vom 26. September 2008 (Zentralblatt). In Kraft ab 01.10.2008.

---

43. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 14. Oktober 2008, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 23. Oktober 2008 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 44/08 vom 7. November 2008 (Zentralblatt). In Kraft ab 01.01.2009.

---

44. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 10. März 2009, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 18. März 2009 - Az.: 33-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 11/09 vom 27. März 2009 (Zentralblatt). In Kraft ab 01.07.2009.

---

45. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrats der AOK Baden-Württemberg im schriftlichen Verfahren vom 13. Mai 2009 bis 25. Mai 2009, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 26. Mai 2009 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 20/09 vom 29. Mai 2009 (Zentralblatt). In Kraft ab 01.06.2009.

---

46. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 23. Juni 2009, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 30. Juni 2009 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 27/09 vom 17.07.2009 (Zentralblatt). In Kraft ab 01.07.2009.

---

47. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 15. September 2009, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 24. September 2009 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 38/09 vom 02.10.2009 (Zentralblatt). In Kraft ab 01.08.2009.

---

48. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 8. Dezember 2009, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 10. Dezember 2009 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 49/09 vom 18.12.2009 (Zentralblatt). In Kraft ab 01.01.2010, § 17m ab 01.08.2009, § 17l ab 01.02.2010.

---

49. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 15. Juni 2010, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg vom 1. Juli 2010 - Az.: 33-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 26/10 vom 09.07.2010. In Kraft ab 01.07.2010 (§ 38 Abs. 1), im Übrigen ab 09.07.2010.

---

50. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 17. September 2010, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg vom 23. September 2010 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 39/10 vom 08.10.2010. In Kraft ab 01.01.2011.

---

51. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 24. November 2010, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg vom 30. November 2010 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 48/10 vom 10.12.2010. In Kraft ab 01.01.2011.

---

52. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 17. Dezember 2010, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg vom 05.01.2011 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 01/11 vom 14.01.2011. In Kraft ab 02.01.2011.

---

53. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 9. Juni 2011, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 14.06.2011 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 24/11 vom 24.06.2011. In Kraft ab 01.07.2011 bzw. ab 01.10.2011.

---

54. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 31. Oktober 2011, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 10.11.2011 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 46/11 vom 25.11.2011. In Kraft ab 26.11.2011 bzw. ab 01.01.2012.

---

55. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 21. Dezember 2011, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 22.12.2011 - Az.: 31-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 50/11 vom 30.12.2011. In Kraft ab 01.01.2012.

---

56. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 28. Juni 2012, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 29.06.2012 - Az.: 52-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 26/12 vom 06.07.2012. In Kraft ab 01.01.2012 bzw. 01.06.2012 bzw. 01.07.2012.

---

57. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 25. September 2012, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 25.09.2012 - Az.: 52-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 39/12 vom 05.10.2012. In Kraft ab 01.10.2012.

---

58. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 18. Dezember 2012, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 19.12.2012 - Az.: 44-5213.4-41.1 -, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 50/12 vom 28.12.2012. In Kraft ab 01.01.2013.

---

59. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 12. März 2013, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 13.03.2013 - Az.: 52-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr.11/13 vom 22.03.2013. In Kraft ab 01.04.2013.

---

60. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 14. Mai 2013, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 05.06.2013 - Az.: 52-5221-1-01 -, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 24/13 vom 21.06.2013. In Kraft ab 01.07.2013.

---

61. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 13. Dezember 2013, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 18.12.2013, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 50/13 vom 27.12.2013. In Kraft ab 01.01.2011 bzw. 01.01.2013 bzw. 01.08.2013.

---

62. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 01.04.2014, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 07.04.2014, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 14/14 vom 11.04.2014. In Kraft ab 12.04.2014.

---

63. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 29.07.2014, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 29.07.2014, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 30/14 vom 01.08.2014. In Kraft ab 01.08.2014 bzw. 22.07.2013 bzw. 26.08.2013.

---

64. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 17.09.2014, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 29.09.2014, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 40/14 vom 10.10.2014. In Kraft ab 01.01.2015.

---

65. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 17.12.2014, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 17.12.2014, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 50/14 vom 23.12.2014. In Kraft ab 01.01.2015.

---

66. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 17.07.2015, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 17.07.2015, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 30/15 vom 31.07.2015. In Kraft ab 01.08.2015.

---

67. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 29.09.2015, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 30.09.2015, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 39/15 vom 02.10.2015. In Kraft ab 01.01.2015 bzw. 01.10.2015 bzw. 01.01.2016 bzw. mit dem Tag der Konstituierung des anlässlich der 12. Sozialversicherungswahlen neu gewählten Verwaltungsrates.

---

68. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 15.12.2015, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 15.12.2015, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 50/15 vom 22.12.2015. In Kraft ab 23.07.2015 bzw. ab 01.01.2016.

---

69. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 23.03.2016, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 06.04.2016, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 14/16 vom 15.04.2016. In Kraft ab 01.01.2016.

---

70. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 20.07.2016, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 20.07.2016, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 29/16 vom 29.07.2016. In Kraft ab 01.08.2016.

---

71. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 07.10.2016, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 11.10.2016, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 41/16 vom 21.10.2016. In Kraft ab 01.10.2016 bzw. 01.11.2016.

---

72. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 13.12.2016, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 13.12.2016, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 49/16 vom 16.12.2016. In Kraft ab 01.01.2017.

---

73. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 25.07.2017, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 26.07.2017, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 31/17 vom 11.08.2017. In Kraft ab 01.04.2017 bzw. 12.08.2017 bzw. 01.09.2017.

---

74. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 19.12.2017, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 22.12.2017, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 50/17 vom 29.12.2017. In Kraft ab 01.01.2018 bzw. 01.01.2017.

---

75. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 05.10.2018, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 10.10.2018, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 41/18 vom 19.10.2018. In Kraft ab 20.10.2018.

---

76. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 11.12.2018, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 11.12.2018, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 49/18 vom 14.12.2018. In Kraft ab 01.01.2019.

---

77. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 02.04.2019, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 03.04.2019, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 13/19 vom 05.04.2019. In Kraft ab 13.05.2017 bzw. 01.12.2018 bzw. 01.01.2019 bzw. 01.05.2019.

---

78. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 22.10.2019, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 23.10.2019, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 43/19 vom 31.10.2019. In Kraft ab 11.05.2019 bzw. 01.11.2019.

---

79. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 17.12.2019, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 18.12.2019, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 50/19 vom 27.12.2019. In Kraft ab 01.01.2020.

---

80. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 08.04.2020, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 08.04.2020, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 15/20 vom 17.04.2020. In Kraft ab 01.04.2020 bzw. 18.04.2020 bzw. 01.05.2020.

---

81. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 09.07.2020, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 21.07.2020, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 29/20 vom 24.07.2020. In Kraft ab 25.07.2020 bzw. 01.09.2020 bzw. mit dem nach § 328 Abs. 1 Satz 4 SGB V bekannt zu machenden Datum.

---

82. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 15.12.2020, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 16.12.2020, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 50/20 vom 30.12.2020. In Kraft ab 01.01.2021.

---

83. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 30.03.2021, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 15.04.2021, öffentlich bekannt gemacht im „Staatsanzeiger, Wochenzeitung für Wirtschaft, Politik und Verwaltung in Baden-Württemberg, Zentralblatt“ Nr. 15/21 vom 23.04.2021. In Kraft ab 24.04.2021.

---

84. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 02.07.2021, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 09.07.2021, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 12.07.2021. In Kraft ab 01.01.2021 bzw. 01.07.2021 bzw. 13.07.2021 bzw. 01.08.2021.

---

85. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 08.10.2021, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 12.10.2021, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 14.10.2021. In Kraft ab 15.10.2021.

---

86. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 17.12.2021, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg vom 21.12.2021, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 22.12.2021. In Kraft ab 01.01.2022.

---

87. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 25.03.2022, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg vom 04.04.2022, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 06.04.2022. In Kraft ab 07.04.2022 bzw. 01.01.2023.

---

88. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 16.12.2022, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg vom 19.12.2022, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 20.12.2022. In Kraft ab 01.01.2023.

---

89. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 05.04.2023, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg vom 19.04.2023, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 27.04.2023. In Kraft ab 01.04.2023.

---

90. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 20.12.2023, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg vom 28.12.2023, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 29.12.2023.In Kraft ab 30.12.2023 bzw. 01.01.2024.

---

91. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 22.03.2024, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg vom 10.04.2024, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 02.05.2024. In Kraft ab 03.05.2024 bzw. 01.07.2024.

---

92. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 19.07.2024, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg vom 29.07.2024, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 05.08.2024. In Kraft ab 06.08.2024 bzw. 01.01.2025.

---

93. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 25.10.2024, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg vom 29.10.2024, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 31.10.2024. In Kraft ab 01.11.2024.

---

94. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 18.12.2024, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg vom 20.12.2024, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 23.12.2024. In Kraft ab 01.01.2025.

---

95. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 24.07.2025, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg vom 08.08.2025, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 11.08.2025. In Kraft ab 01.07.2025 bzw. 12.08.2025.

---

96. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 17.12.2025, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg vom 19.12.2025, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 22.12.2025. In Kraft ab 01.01.2026.

---

97. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg vom 30.07.2026, genehmigt mit Verfügung des Ministeriums für Soziales, Arbeit und Gesundheit Baden-Württemberg vom 10.08.2026, öffentlich bekannt gemacht auf der Internetseite www.aok.de/bw/satzungen am 14.08.2026. In Kraft ab 01.01.2026.
