



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBI. NRW. 2007 Nr. 18](#)
Veröffentlichungsdatum: 12.06.2007
Seite: 416

II

29. Nachtrag vom 12.6.2007 zur Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.02.1994

II.

29. Nachtrag vom 12.6.2007 zur Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.02.1994

Die Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.02.1994, zuletzt geändert durch den 28. Nachtrag vom 26.03.2007, wird wie folgt geändert:

Artikel 1 Änderungen der Satzung

1.

§ 3 wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 wird nach dem vierten Spiegelstrich der folgende fünfte Spiegelstrich angefügt:
„- Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge,“

2.

§ 5 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 wird die Angabe „§ 175 Abs. 4, § 190 oder § 192 SGB V“ durch die Angabe „den gesetzlichen Bestimmungen“ ersetzt.

b) In Abs. 5 wird die Angabe „von 18 Monaten“ gestrichen.

3.

§ 8 Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

„Die AOK kann außer in den in § 20 d 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.“

4.

In § 8 a Abs. 2 Satz 4 wird die Angabe „frühestens mit Beginn des Kalendermonats, der auf den Beginn der Mitgliedschaft folgt“ durch die Angabe „frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft“ ersetzt.

5.

§ 13 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden.“

b) Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK unter Verwendung des dafür bereit gestellten Vordruckes.“

c) Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Abl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, 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.“

6.

Nach § 15 b wird folgender § 15 c eingefügt:

„§ 15 c
Leistungsausschluss

(1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des SGB V begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auf die Prüfung des Vorliegens einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme im Sinne des Satzes 1 soll die AOK insbesondere dann verzichten, wenn zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung ein Zeitraum von mindestens 12 Monaten liegt.

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

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

7.

§ 17 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird vor die Angabe „§ 192 Abs. 2 SGB V“ die Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 13 und“ eingefügt.

b) Abs. 3 wird wie folgt geändert:

aa) Unter Buchstabe a wird die linke Spalte wie folgt gefasst:

„Arbeitnehmer, die nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind“

bb) Unter Buchstabe b wird die rechte Spalte wie folgt gefasst:

„100 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze, bei Nachweis niedrigerer Einnahmen vom Folgemonat an 1/12 der jährlichen Einnahmen, jedoch mindestens 3/4 der monatlichen Bezugsgröße. Abweichend hiervon sind für hauptberuflich Selbständige, die Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder einen monatlichen Existenzgründungszuschuss nach § 421 I SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II haben, für die Beitragsbemessung mindestens 50 v. H. der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen. Darüber hinaus sind für hauptberuflich Selbständige, deren nachgewiesene beitragspflichtige Einnahmen geringer sind als 75 v. H. der monatlichen Bezugsgröße, auf Antrag für die Beitragsbemessung mindestens 50 v. H. der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen, wenn

1. die Hälfte der monatlichen Einnahmen im Sinne des Absatzes 1 des Mitglieds und des Partners der Bedarfsgemeinschaft 75 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nicht überschreiten,
2. das Mitglied und der Partner der Bedarfsgemeinschaft keine steuerpflichtigen Einkünfte aus Kapitalvermögen erzielen,
3. das Mitglied und der Partner der Bedarfsgemeinschaft weder positive noch negative Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung erzielen,
4. das Mitglied und der Partner der Bedarfsgemeinschaft jeweils über kein Vermögen oberhalb des vierfachen der monatlichen Bezugsgröße verfügen.

Zur Bedarfsgemeinschaft im Sinne des Satzes 3 gehören das hauptberuflich selbständig tätige Mitglied sowie als dessen Partner der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte, der nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner sowie die Person, die mit dem Mitglied in eheähnlicher Gemeinschaft lebt. Bei der Berücksichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 3 Nr. 1 wird für jedes Kind des Mitglieds oder des Partners ein Betrag in Höhe des doppelten Freibetra-

ges, der nach § 32 Abs. 6 Satz 1 EStG geltend gemacht werden kann, abgesetzt, wenn für das Kind eine Familienversicherung aus der Versicherung des Mitglieds oder des Partners besteht. Gleiches gilt für das im Haushalt lebende Kind des Partners, das dem Grunde nach die Voraussetzungen der Familienversicherung erfüllt. Als Vermögen sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände mit Ausnahme der in § 12 Abs. 3 SGB II genannten zu berücksichtigen. Das Vermögen ist mit seinem Verkehrswert anzusetzen.“

cc) Unter Buchstabe e wird die linke Spalte wie folgt gefasst:

„Personen, deren Anspruch auf Leistungen einschließlich der Ansprüche für die nach § 4 mitversicherten Familienangehörigen während eines Auslandsaufenthalts, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten bzw. Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist, oder nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ruht oder nach § 16 Abs. 1 für länger als drei Kalendermonate ruht sowie für Versicherte während der Tätigkeit für eine internationale Organisation im Geltungsbereich des SGB V“

dd) Unter Buchstabe g wird die linke Spalte wie folgt gefasst:

„Personen, die keiner unter Buchstabe a bis e aufgeführten Personengruppe zuzuordnen sind“

8.

§ 18 wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt entsprechend für die von versicherungspflichtigen Mitgliedern nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu zahlenden Beiträge.“

9.

Nach § 18 wird folgender § 18 a eingefügt:

„§ 18 a
Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186

Abs. 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag

1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
2. unter den in Satz 2 und 3 genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Ende des Monats, der der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht vorangeht, auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Abs. 4 a SGB V zu zahlen ist,
3. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.

Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als drei Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.“

Artikel 2 **In-Kraft-Treten**

Dieser Nachtrag - ausgenommen Artikel 1 Nr. 3 - tritt am 01.04.2007 in Kraft.

Artikel 1 Nr. 3 tritt erst dann in Kraft, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinien nach § 92 SGB V auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut beschlossen hat.

Dortmund, den 12.Juni 2007

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Dr. P r o j a h n

Der Vorsitzende des Vorstandes
N a d o l n y

Genehmigung

Der vorstehende Satzungsnachtrag Nr. 29 wird gemäß § 195 Abs. 1 SGB V genehmigt.

Essen, 19. Juni 2007

II 1-3600.1-2-I

Landesversicherungsamt
Nordrhein-Westfalen

Im Auftrag
M i c h a l s k i

-MBI. NRW. 2007 S. 416