



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBI. NRW. 2008 Nr. 13](#)
Veröffentlichungsdatum: 11.03.2008
Seite: 254

II

31. Nachtrag vom 11.3.2008 zur Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.2.1994

31. Nachtrag vom 11.3.2008
zur Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.2.1994

Die Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.02.1994, zuletzt geändert durch den 30. Nachtrag vom 6.12.2007, wird wie folgt geändert:

Artikel 1 **Änderungen der Satzung**

1. Nach § 8 e wird folgender § 8 f eingefügt:

„8 f **Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen**

(1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 5 SGB V an. Der Wahltarif hat die Erstattung von Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen zum Gegenstand.

(2) Mitglieder können für sich sowie für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen den Tarif wählen. Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. Erfolgt keine Kündigung des Tarifs, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weite-

res Jahr, wenn zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres keine schriftliche Kündigung durch das Mitglied erfolgt. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. Bei Versicherungsunterbrechungen gilt § 19 Abs. 2 SGB V entsprechend.

(3) Erstattet werden dem Mitglied bei jährlicher Rezepteinreichung 90 v.H. der für sich selbst und/oder seine eingeschriebenen familienversicherten Angehörigen in Deutschland entstandenen und nachgewiesenen Kosten für von einem Vertragsarzt auf Rezept verordnete und von einer zugelassenen deutschen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegebene nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige und nach diesem Tarif erstattungsfähige phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel (Arzneimittel der besonderen Therapierichtung), sofern sowohl das Datum der ärztlichen Verordnung als auch das Datum der Abgabe des Arzneimittels in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fällt. Im Falle unterjähriger Einzeleinreichung von Rezepten beträgt die Erstattung 80 v.H. (Mindererstattung); dies gilt nicht bei unterjährigem Erreichen des Rechnungshöchstbetrages nach Absatz 4. Ggf. nach § 13 bzw. nach § 14 SGB V erstattete Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind hierauf anzurechnen. § 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend.

(4) Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen jährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt, der sich aus den Ausführungsbestimmungen zum Wahltarif, die durch den Vorstand festgelegt werden, ergibt. Maßgeblich für die Bestimmung des Rechnungshöchstbetrages ist das Alter des Versicherten. Bei Ende der Teilnahme im laufenden Jahr wird der Rechnungshöchstbetrag anteilig berechnet. Für die Berechnung des anteiligen Rechnungshöchstbetrages werden für volle Kalendermonate jeweils 1/12 des Jahresrechnungshöchstbetrages zugrunde gelegt.

(5) Der Anspruch auf Kostenerstattung durch die AOK setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 6 bei der AOK eingeht. Sofern Prämien nach Absatz 6 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tage, an dem die Prämien vollständig entrichtet werden. Eine Erstattung für Leistungen 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 an der verspäteten Zahlung ist anzuerkennen, wenn

- der verspätete Zahlungseingang nachweislich durch das vom Mitglied mit der Überweisung beauftragte Geldinstitut verschuldet wurde,
- die termingerechte Zahlung bedingt durch einen stationären Krankenhausaufenthalt des Mitglieds nicht vorgenommen werden konnte,
- die termingerechte Zahlung aus anderen schwerwiegenden Gründen, die in der Person des Mitglieds liegen oder sich aus dessen persönlichem Umfeld ergeben, nicht möglich war.

Aus anderen als den o. a. Gründen kann ein fehlendes Verschulden im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn die vom Mitglied vorgebrachten und durch schriftliche Erklärung nachgewiesen

Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalles stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde.

(6) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Monatsprämie an die AOK zu zahlen. Wählt das Mitglied für sich selbst oder für seinen familienversicherten Ehegatten/Lebenspartner diesen Tarif, sind die familienversicherten Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren bis längstens zum Ende der Familienversicherung prämienfrei mitversichert. Die Höhe, Zahlungsweise und Fälligkeit der Prämie ist in den Ausführungsbestimmungen zum Wahltarif geregelt.

(7) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Prämien an die AOK für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK zugeht.

Eine unbillige Härte ist anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf

55 v. H. der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. gleichgeschlechtlicher Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde.

Bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Wahltarif abweichend von Absatz 2 Satz 4 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.“

2. § 19 wird wie folgt geändert:

Das Wort „drei“ wird durch das Wort „zwei“ ersetzt.

Artikel 2

Inkrafttreten

Artikel 1 Nr. 1 dieses Nachtrags tritt am 1.4.2008 in Kraft. Artikel 1 Nr. 2 dieses Nachtrags tritt rückwirkend zum 1.1.2008 in Kraft.

Dortmund, den 11.3.2008

Dr. P r o j a h n
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Genehmigung

Der vorstehende Satzungsnachtrag wird mit Ausnahme von § 8f Abs. 2 Satz 6 gemäß § 195 Abs. 1 SGB V genehmigt.

Die abschließende Entscheidung bezüglich der nichtgenehmigten Regelung bleibt vorbehalten.

Essen, 3. April 2008

V B 2-3600.1-2-I

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Im Auftrag
M i c h a l s k i

- **MBI. NRW. 2008 S. 254**