



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBL. NRW. 2009 Nr. 2](#)
Veröffentlichungsdatum: 10.12.2008
Seite: 21

II

33. Nachtrag vom 10.12.2008 zur Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.02.1994

II.

33. Nachtrag vom 10.12.2008
zur Satzung der AOK Westfalen-Lippe
vom 18.02.1994

Die Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.2.1994, zuletzt geändert durch den
32. Nachtrag vom 20.6.2008, wird wie folgt geändert:

Artikel 1

Änderung der Satzung

1.

§ 8 c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 entfällt.

b) Die Nummerierung von Absatz 1 entfällt dementsprechend.

2.

Nach § 8 f werden folgende §§ 8 g bis j eingefügt:

a) Einfügung des § 8 g:

„ § 8 g
Wahltarif für die Teilnahme an der
hausarztzentrierten Versorgung

(1) Die AOK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V an. Hierzu schließt sie einen Vertrag nach § 73 b Abs. 4 SGB V.

(2) Die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig. An der hausarztzentrierten Versorgung nach Absatz 1 teilnehmende Versicherte erkennen durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK die Inhalte der hausarztzentrierten Versorgung an. Sie verpflichten sich insbesondere, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung eines von ihnen gewählten, vertraglich eingebundenen Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Abweichend davon ist eine direkte Inanspruchnahme von Fachärzten für Gynäkologie und Augenheilkunde sowie von Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzten für genehmigte Therapieverfahren möglich.

(3) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung bei dem von ihm gewählten Hausarzt. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden. Der Versicherte kann seine Teilnahme frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber der AOK kündigen. Der gewählte Hausarzt soll nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden. Als wichtiger Grund gilt insbesondere

- ein Wohnortwechsel des teilnehmenden Versicherten,
- eine gravierende Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen dem teilnehmenden Versicherten und dem betreuenden Hausarzt sowie
- Praxisschließung.

Die AOK kann die Teilnahme von Versicherten beenden, wenn der Versicherte die Teilnahmebedingungen nicht einhält.

(4) Die besonderen Teilnahmevoraussetzungen der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Rechte und Pflichten für Versicherte, der Kreis hieran teilnehmender Leistungserbringer, die spezifischen Inhalte der hausarztzentrierten Versorgung und konkrete Kündigungsregelungen werden in den vertraglichen Regelungen nach Absatz 1 festgelegt. Über die Einzelheiten dieser besonderen Versorgungsform informiert die AOK und berät die Versicherten in geeigneter Weise.

(5) Die AOK kann mit der Teilnahme von Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung Zahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen verbinden. Voraussetzung ist, dass die AOK die Bonifizierung gegenüber den teilnehmenden Versicherten in geeigneter Weise bekannt macht.“

b) Einfügung des § 8 h:

„§ 8 h
Wahltarif Kostenerstattung bei Zahnersatz

(1) Mitglieder mit Wohnsitz in Deutschland sowie in Deutschland versicherungspflichtig beschäftigte Mitglieder mit Wohnsitz im angrenzenden Ausland (Grenzgänger), die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen mit Wohnsitz in Deutschland bzw. im Wohnland des Grenzgängers einen Tarif nach § 53 Abs. 4 SGB V für die Erstattung von Kosten bei medizinisch notwendigem Zahnersatz wählen. Der Tarif kann außerdem von im angrenzenden Ausland lebenden Mitgliedern gewählt werden, die eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und für die ohne den Rentenbezug bzw. die Rentenanstellung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V aus der Mitgliedschaft eines Grenzgängers im Sinne von Satz 1 bestehen würde.

(2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des Kalendermonats, der auf den Zugang der Wahlerklärung bei der AOK folgt, frühestens jedoch

- zum Beginn des Kalendermonats, der auf den Versicherungsbeginn im laufenden Monat folgt und
- zu dem vom Mitglied gewählten Monatsersten.

Die Teilnahme am Tarif beginnt abweichend hiervon auf Wunsch des Versicherten rückwirkend mit Beginn der Versicherung, wenn die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen wegen Beginns einer eigenen Mitgliedschaft endet und der Tarif aus diesem Grund innerhalb von zwei Monaten nach dem Tag neu gewählt wurde, an dem der Versicherte vom Ende der Tarifteilnahme Kenntnis erlangt hat; dies gilt entsprechend in den Fällen, in denen die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen endet, weil die Familienversicherung nunmehr aus der Mitgliedschaft eines anderen Mitglieds abgeleitet wird.

(3) Der Versicherte ist an die Wahl des Tarifes drei Jahre vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist). Die Bindungswirkung entsteht sowohl für das Mitglied als auch für die nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde.

Die Teilnahme am Tarif wird durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei der AOK nicht berührt; dies gilt insbesondere auch bei einem Wechsel in eine Familienversicherung oder in eine Mitgliedschaft, in der die Beiträge komplett von Dritten getragen werden.

(4) Erstattet werden die dem Versicherten in Deutschland bzw. im Rahmen einer Kooperation nach § 140 e SGB V entstandenen nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz, sofern dieser von einem Vertragszahnarzt eingegliedert wurde und sowohl das Datum der Erstellung des Heil- und Kostenplans bzw. Kostenvoranschlags als auch das Datum der Eingliederung des Zahnersatzes in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fallen. Der Anspruch besteht bis zur Höhe des zweifachen Leistungsbetrages nach § 55 Abs. 1 SGB V begrenzt auf den Rechnungsbetrag; ggf. nach § 13, § 14 oder § 55 SGB V erstattete bzw. vom Zahnarzt gem. § 87 Abs. 1a Satz 8 SGB V mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechnete Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind hierauf anzurechnen. § 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend.

Der Anspruch auf Erstattung ist in den ersten drei Jahren nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes abweichend von Satz 2 wie folgt begrenzt:

1. Jahr maximal 250,00 EUR
2. Jahr maximal 500,00 EUR
3. Jahr maximal 750,00 EUR

Wird der Kostenerstattungstarif über das dritte Jahr nach Abs. 7 fortgeführt, besteht ein voller Kostenerstattungsanspruch nach Satz 2.

Der Erstattungsanspruch erhöht sich mit der Dauer der Teilnahme am Tarif wie folgt:

ab dem 7. Jahr

um 5 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2

ab dem 10. Jahr

um 10 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2

ab dem 13. Jahr

um 20 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen (inkl. aller dazugehörigen Belege, z. B. Material- und Laborkosten) vorzulegen.

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK eingeht; er bezieht sich nur auf Leistungen, die nach diesem Datum beginnen, es sei denn, die Prämie ist noch nicht fällig geworden.

Sofern eine Prämie nach Absatz 5 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tage, an dem die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig entrichtet werden. Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachentrichtet werden oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft.

Ein fehlendes Verschulden des Mitglieds an der verspäteten Zahlung ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn

1. der verspätete Zahlungseingang nachweislich durch das vom Mitglied mit der Überweisung beauftragte Geldinstitut verschuldet wurde,
2. die termingerechte Zahlung bedingt durch einen stationären Krankenhausaufenthalt des Mitglieds nicht fristgerecht vorgenommen werden konnte,
3. 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 nachgewiesenen Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalles stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde.

(5) 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 zu zahlen, die im Voraus für den Kalendermonat zu entrichten ist. Die Prämie wird jeweils am Monatsersten für den laufenden Kalendermonat fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Monat am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig. Bei jährlicher Zahlungsweise ist die Prämie fällig am 1. des Monats (Zahltag) zu Beginn des jeweiligen Teilnahmejahres.

Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Monat wird die Prämie anteilig nach Kalendertagen berechnet; dies gilt sinngemäß in den Fällen des Absatz 7 Satz 3.

Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 4 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend.

Entstehen der AOK durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten.

(6) Es gelten folgende Konditionen:

Altersklasse		Monatsprämien in Euro
0 bis 20 Jahre		2,10
21 bis 30 Jahre		6,80
31 bis 40 Jahre		6,80
41 bis 50 Jahre		10,90
51 bis 60 Jahre		10,90
ab 61 Jahre		14,20

Maßgeblich für die Bestimmung der Monatsprämie ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Kalendermonats, für den die Prämie zu entrichten ist.

Die Monatsprämie ist jeweils für das Mitglied und jeden nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, zu entrichten.

Wählt das Mitglied eine jährliche Zahlung im Voraus, wird ein Prämiennachlass in Höhe von 4 v. H. gewährt.

(7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK die schriftliche Kündigung zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist; für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der AOK oder wenn der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt; die besondere Regelung für Grenzgänger und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt. Abweichend hiervon ruht die Teilnahme am Tarif ohne Leistungsanspruch und Prämienzahlungen für längstens drei Jahre, wenn der Versicherte aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen zu einer anderen Krankenkasse wechseln muss. Versicherungsunterbrechungen bis zu einem Monat sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich.

Die AOK kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist und der Einzug der Prämien im Wege der Vollstreckung nicht möglich ist; die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Beendigung des Tarifes dem Versicherten bekannt gegeben wird.

(8) 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 für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt; das Nähere ergibt sich aus Absatz 9.

Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK zugeht.

Das Mitglied kann den Tarif aus den o. a. Gründen wahlweise auch für einen oder mehrere der nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen kündigen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend.

(9) Eine unbillige Härte ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn ein Mitglied des Familienverbundes Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegsopferfürsorge bezieht.

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.

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % 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.

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

(10) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Westfalen-Lippe den Tarif gemeinsam mit anderen AOKn durch.“

c) Einfügung des § 8 i:

„§ 8 i Wahltarif Krankengeld

(1) Einen Krankengeldtarif nach § 53 Abs. 6 SGB V können wählen:

- a) hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres,
- b) Arbeitnehmer, die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen und die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter),
- c) nach dem KSVG versicherte Künstler und Publizisten.

Nach Vollendung des 50. Lebensjahres ist die Wahl des Tarifs für hauptberuflich Selbstständige nur möglich, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Wahl des Krankengeldtarifs eine Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hat.

(2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Versicherung und der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personen und frühestens mit dem vom Mitglied gewählten Datum.

Die Teilnahme beginnt abweichend von Satz 2 mit Beginn der Versicherung und der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personen, wenn die schriftliche Erklärung zur Wahl des Tarifes innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherung und Zugehörigkeit zu den in Absatz 1

genannten Personen bei der AOK eingeht; bei freiwillig versicherten Selbstständigen ist ein rückwirkender Teilnahmebeginn nur dann möglich, wenn die Wahlerklärung zusammen mit der Beitrittserklärung nach § 9 Abs. 2 SGB V bzw. § 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V eingeht.

Sofern das Mitglied schriftlich erklärt, den Beginn des Anspruchs auf Krankengeld oder die Höhe des Krankengeldes zu verändern, wird die Änderung ab dem Tag wirksam, an dem die schriftliche Erklärung der AOK zugeht.

(3) Das Mitglied ist an den Krankengeldtarif drei Jahre gebunden (Mindestbindungsfrist).

(4) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Kündigung der AOK zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist; für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

Unter Verzicht auf die Einhaltung der Mindestbindungsfrist des Satzes 1 kann der Krankengeldtarif durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK gekündigt werden, wenn die weitere Zahlung der Prämien für das Mitglied einen besonderen Härtefall darstellt. Der Krankengeldtarif endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der AOK die Kündigung zugeht.

Ein besonderer Härtefall ist insbesondere anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) im Sinne des § 18 SGB IV nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % 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.

Ein besonderer Härtefall ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn ein Mitglied des Familienverbundes Leistungen nach dem SGB III (Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegsopferfürsorge bezieht.

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

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

(5) Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personen (Zugehörigkeit zum Personenkreis) ruht die Teilnahme am Tarif für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum Perso-

nenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung für längstens drei Jahre; eine abweichende Festlegung des Leistungsbeginns oder der Leistungshöhe im Sinne von Absatz 2 Satz 4 wirkt bei Wiedererlangung der Zugehörigkeit zum Personenkreis rückwirkend ab Beginn der erneuten Zugehörigkeit zum Personenkreis, sofern die Erklärung innerhalb von drei Monaten nach Beginn der erneuten Zugehörigkeit zum Personenkreis bei der AOK eingeht.

Unterbrechungen der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis bis zu einem Monat führen nicht zum Ruhen der Teilnahme am Tarif.

(6) Unabhängig von einer Kündigung endet der Krankengeldtarif

1. mit dem Ende der Versicherung bei der AOK; durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei der AOK wird die Teilnahme am Tarif nicht berührt; dies gilt insbesondere auch bei einem Wechsel in eine Familienversicherung oder in eine Mitgliedschaft, in der die Beiträge komplett von Dritten getragen werden,
2. für Selbstständige sowie für rentenversicherungsfreie oder von der Rentenversicherungspflicht befreite Arbeitnehmer mit dem Tag, an dem das 65. Lebensjahr vollendet wird,
3. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei der AOK, frühestens jedoch mit dem Tag vor Rentenbeginn,
4. mit dem Tag des Eingangs des Bescheides über die Zubilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei der AOK, frühestens jedoch mit dem Tag vor Rentenbeginn,
5. für rentenversicherungsfreie oder von der Rentenversicherungspflicht befreite Arbeitnehmer 10 Wochen nach der ärztlichen Feststellung über den Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB VI,
6. für Selbstständige 10 Wochen nach der ärztlichen Feststellung über den Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB VI,
7. durch Tod.

Unterbrechungen der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis bis zu einem Monat führen nicht zum Ende der Teilnahme am Tarif.

Die AOK kann die Teilnahme am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 7 bis 11 trotz Mahnung nicht nachgekommen 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 Tarifes bekannt gegeben wird.

(7) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes eine Monatsprämie zu zahlen.

Die Höhe der Prämie für den Krankengeldtarif ist bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen abhängig vom Lebensalter des Mitglieds, von der gewählten Höhe des Krankengeldes und vom Beginn des Krankengeldanspruchs. Zur Bestimmung der Altersklasse in den ersten drei Jahren

der Teilnahme am Tarif ist das Alter des hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen zu Beginn der Teilnahme maßgeblich. Zur Bestimmung der Altersklasse in jedem sich anschließenden Verlängerungsjahr ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Verlängerungsjahres maßgeblich, für das die Prämie zu entrichten ist. Die Prämie beträgt:

Alters- klassen	Monatsprämie in EUR für je 5 EUR Krankengeld pro Tag ab Beginn der 3. Woche der Ar- beitsunfähigkeit	Monatsprämie in EUR für je 5 EUR Krankengeld pro Tag ab Beginn der 7. Woche der Ar- beitsunfähigkeit
0-20 Jahre	4,97 Euro	1,27 Euro
21-30 Jahre	6,17 Euro	2,08 Euro
31-40 Jahre	6,97 Euro	2,32 Euro
41-50 Jahre	8,61 Euro	2,84 Euro
51-60 Jahre	12,70 Euro	4,25 Euro
> 60 Jahre	15,81 Euro	5,13 Euro

(8) Arbeitnehmer, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, zahlen eine Prämie für den Krankengeldtarif in Höhe von 3,60 v. H. des in der Krankenversicherung voraussichtlichen beitragspflichtigen Arbeitsentgeltes.

(9) Künstler und Publizisten zahlen eine Prämie für den Krankengeldtarif in Höhe von 0,95 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 234 Abs. 1 SGB V.

(10) Die Prämien nach den Absätzen 7 bis 9 sind fällig am 15. des Folgemonats (Zahltag).

(11) Sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht ein Krankengeldanspruch von diesem Zeitpunkt an bis zum Tage der vollständigen Entrichtung der rückständigen Prämien

und der der AOK wegen der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten. Eine Zahlung von Krankengeld innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird 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 oder
- 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 Gründen kann ein fehlendes Verschulden 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 den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde.

(12) Bei Beginn und Ende der Teilnahme im laufenden Monat sowie in den Fällen des Absatzes 2 Satz 4 und des Absatzes 5 wird die Prämie anteilig nach Kalendertagen berechnet; hierfür ist die Monatsprämie durch 30 zu dividieren und mit der Zahl der tatsächlichen Kalendertage zu multiplizieren.

Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 1 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend.

(13) Versicherte haben im Rahmen des Tarifes Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie im Sinne des § 44 SGB V arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden; der Anspruch besteht nur dann, wenn der Tarif vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. der stationären Behandlung gewählt wurde und beginnt und der Versicherte bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. stationären Behandlung zu den in Absatz 1 genannten Personen gehört und die vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. stationären Behandlung fällig gewordenen Prämien nach Absätzen 7 bis 9 sowie die der AOK bei verspäteter Prämienzahlung entstandenen Kosten vollständig entrichtet wurden.

Versicherte haben im Rahmen des Tarifes außerdem Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist; § 45 SGB V gilt; der Anspruch besteht nur dann, wenn der Tarif vor Eintritt der Erkrankung des Kindes gewählt wurde und beginnt und der Versicherte bei Eintritt der Erkrankung des Kindes zu den in Absatz 1 genannten Personen gehört und die vor Eintritt der Erkrankung des Kindes fällig gewordenen Prämien nach Absätzen 7 bis 9 sowie die der AOK bei verspäteter Prämienzahlung entstandenen Kosten vollständig entrichtet wurden.

(14) Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige können beantragen, dass Krankengeld vom Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit an oder vom Beginn der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an gezahlt wird. Die Höhe des Krankengeldes richtet sich nach Leistungsstufen (Fünf-Euro-Stufen). Die gewählte Krankengeldhöhe darf 70 v. H. des Arbeitseinkommens nicht übersteigen; das Krankengeld beträgt höchstens 200,00 EUR kalendertäglich. Sofern das dem gewählten Krankengeld zugrunde liegende Arbeitseinkommen gesunken ist, wird bei Bedarf eine entsprechende Änderung der Tarifeingruppierung vorgenommen.

(15) Der Anspruch auf Krankengeld für Arbeitnehmer gemäß Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 entsteht nach § 46 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Das Krankengeld wird entsprechend § 47 Abs. 1, 2 und 3 SGB V berechnet.

(16) Der Anspruch auf Krankengeld für die nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten besteht 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.

(17) Die §§ 49 bis 52 und 52a SGB V gelten entsprechend.

(18) Die Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes richtet sich nach § 48 SGB V. Zeiten des Anspruches auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahlkrankengeldes angerechnet.

(19) In den Fällen des Absatzes 2 Satz 3 besteht kein Krankengeldanspruch für Personen nach Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 3, wenn Arbeitsunfähigkeit in den ersten drei Monaten der Teilnahme am Krankengeld-Wahltarif eintritt. Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Wahl des Krankengeldtarifs bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. Tritt Arbeitsunfähigkeit vor Wirksamwerden der Tarifänderung im Sinne des Absatzes 2 Satz 4 oder innerhalb von drei Monaten danach ein, dann gelten für die gesamte Dauer der Arbeitsunfähigkeit die bisherigen Tarifbedingungen. Die Sätze 1 und 3 gelten nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden und nach Tarifbeginn bzw. dem Wirksamwerden einer vom Mitglied erklärten Änderung innerhalb des Tarifes eintreten.

(20) Mitglieder, die am 31.12.2008 in einem Versicherungsverhältnis mit Anspruch auf Krankengeld standen und deren Krankengeldanspruch zum 31.12.2008 infolge der Neuregelung des § 44 Abs. 2 SGB V ab 01.01.2009 entfällt, können bis zum 31.03.2009 unter den Bedingungen dieser Vorschrift den Krankengeldtarif wählen. Der Krankengeldtarif wird in diesen Fällen ab 01.01.2009 wirksam. Wird die Frist versäumt, gilt Absatz 2 Satz 2.

(21) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Westfalen-Lippe den Tarif gemeinsam mit anderen AOKn durch.“

d) Einfügung des § 8 j:

„§ 8 j

Wahltarif bei Teilkostenerstattung

(1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 7 SGB V an. Der Wahltarif hat die Prämienzahlung als Äquivalent für den mit einer Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V i. V. m. § 14 dieser Satzung verbundenen geminderten Leistungsanspruch zum Gegenstand.

(2) Freiwillig versicherte Angestellte, die der Dienstordnung nach § 351 RVO unterstellt sind (DO-Angestellte) und die die Teilkostenerstattung nach § 14 der Satzung gewählt haben, können den Tarif wählen.

Satz 1 gilt auch für freiwillig versicherte im Ruhestand befindliche ehemalige DO-Angestellte sowie für freiwillig versicherte Hinterbliebene von DO-Angestellten, die die Teilkostenerstattung nach § 14 der Satzung gewählt haben.

(3) Die Erklärung zur Wahl der Teilkostenerstattung nach § 14 der Satzung gilt zugleich als Erklärung zur Wahl des Tarifs, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform.

Bei Mitgliedern, die sowohl am 31.12.2008 als auch am 1.1.2009 Anspruch auf Teilkostenerstattung haben, gilt der Tarif ebenfalls als gewählt, es sei denn, das Mitglied widerspricht dem ausdrücklich und in Schriftform.

Die Erklärung zur Wahl des Tarifs in den Fällen, in denen das Mitglied der Teilnahme am Tarif zunächst widersprochen hat, bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt in diesen Fällen mit Beginn des nächsten Kalendermonats gerechnet von dem Tag, an dem die schriftliche Wahlerklärung der AOK zugeht, jedoch nicht vor Beginn des Anspruchs auf Teilkostenerstattung und frühestens zu dem vom Mitglied gewählten Datum.

(4) Das Mitglied ist an die Wahl des Tarifs drei Jahre vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist).

(5) Mitgliedern, die den Tarif gewählt haben, wird nach Maßgabe der Absätze 6 bis 8 für die Dauer der Teilnahme monatlich eine Prämie gezahlt.

Die Prämie wird zweckgebunden gewährt und am gleichen Tag fällig wie der Beitrag gemäß § 18 der Satzung. Sie wird dementsprechend unmittelbar bei Fälligkeit durch die AOK für den Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) vereinnahmt. Abweichend hiervon wird die Prämie vorrangig mit Ansprüchen auf Rückerstattung von Prämien gemäß Abs. 8 Satz 2 aufgerechnet.

(6) Bemessungsgrundlage für die Prämie sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 240 SGB V; die §§ 223 und 238 a SGB V gelten entsprechend.

Bei Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Prämie bleiben folgende Einnahmen außen vor:

1. Sozialleistungen, die nach § 224 SGB V beitragsfrei sind
2. Arbeitsentgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung (§ 249 b SGB V)
3. Sozialleistungen, aus denen Beiträge zu erheben sind, die von Dritten getragen werden (§ 251 SGB V)

(7) Die Prämie wird durch Multiplikation der Bemessungsgrundlage mit dem für die jeweilige Einnahmenart maßgeblichen Prämienatz ermittelt. Der Prämienatz beträgt für:

- a) Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 228 SGB V): 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V
- b) Versorgungsbezüge (§ 229 SGB V): 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V
- c) Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird: 50 v. H. des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V
- d) alle weiteren der Bemessungsgrundlage hinzuzurechnenden Einnahmen: 50 v. H. des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 SGB V

(8) Sofern Beiträge zur Krankenversicherung nachzuberechnen sind, ist die Prämie für den Zeitraum der Nachberechnung rückwirkend entsprechend zu erhöhen, Absatz 5 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

Sofern Beiträge zur Krankenversicherung erstattet werden, ist die Prämie für den Zeitraum der Beitragserstattung rückwirkend entsprechend zu reduzieren.

(9) Die Teilnahme am Tarif kann durch das Mitglied schriftlich gekündigt werden; sie endet mit Ablauf des Monats, in dem sie der AOK zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist. Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Teilkostenversicherung bei der AOK.

(10) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist schriftlich kündigen, wenn das Mitglied nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Teilnahme am Tarif eine unbillige Härte darstellt.

Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Monats, in dem die Kündigung der AOK zugeht.“

3.

§ 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Freiwillige Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld gemäß § 44 Abs. 2 Satz 1 SGB V haben, sowie die in § 46 Satz 2 SGB V genannten Mitglieder können Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V in Verbindung mit § 8 i erhalten.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Kann bei einem versicherungspflichtigen oder freiwilligen Mitglied Krankengeld nicht nach § 47 Abs. 2 SGB V berechnet werden, weil eine kontinuierliche Arbeitsverrichtung oder -vergütung nicht vorliegt, wird das Krankengeld

- a) bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Entgeltausfall gezahlt,
- b) bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung aus dem abgerechneten Entgelt des Zeitraumes berechnet, der die durchschnittlichen Verhältnisse widerspiegelt, längstens aus den letzten zwölf Monaten.“

c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Für freiwillig versicherte rentenversicherungsfreie oder nicht rentenversicherungspflichtige oder von der Rentenversicherungspflicht befreite Arbeitnehmer,

- a) die das 65. Lebensjahr vollendet haben oder
- b) die nach Feststellung des Medizinischen Dienstes als erwerbsunfähig anzusehen sind,

werden die Kassenleistungen durch Wegfall des Krankengeldes beschränkt. Dies gilt auch für bereits bestehende Versicherungsverhältnisse. Bezieht der Versicherte zum Zeitpunkt der Feststellung der Erwerbsunfähigkeit nach Buchstabe b Krankengeld, so endet der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der zehnten Woche nach dieser Feststellung; dies gilt nicht, wenn die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit vorliegen und diese Rente beantragt wurde.“

d) Die Absätze 5 und 6 entfallen.

4.

§ 16 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 16 Beitragssätze

(1) Es gilt der durch Rechtsverordnung der Bundesregierung gemäß § 241 Abs. 1 SGB V festgesetzte allgemeine Beitragssatz.

(2) Es gilt der durch Rechtsverordnung der Bundesregierung gemäß § 243 Abs. 2 SGB V festgesetzte ermäßigte Beitragssatz.“

5.

§ 17 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 17 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder

Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger und anderer Mitglieder, die Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder sowie die Regelungen über Fälligkeit und Zahlung der Beiträge ergeben sich aus dem Gesetz und den einheitlichen Grundsätzen des GKV-Spitzenverbandes

zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge.“

6.

§ 18 wird wie folgt neu gefasst:

**„ § 18
Fälligkeit und Zahlung der Beiträge**

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

7.

§ 19 wird wie folgt gefasst:

**„ § 19
Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge**

Der Arbeitgeber hat der AOK spätestens zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Beiträge einen Beitragsnachweis durch Datenübertragung zu übermitteln.“

8.

§ 25 wird gestrichen.

9.

§ 26 wird gestrichen.

Die bisherigen §§ 27 bis 38 werden die §§ 25 bis 36; die Bezeichnungen der Abschnitte der Satzung werden dem jeweils vorgerückten Paragraphen vorgestellt.

10

§ 27 Abs. 12 d wird wie folgt gefasst:

„Angelegenheiten, die in der Regel einer weiteren Beratung nicht bedürfen oder besonders eilbedürftig sind. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, stellen die Verwaltungsratsvorsitzenden gemeinsam fest.“

11.

§ 28 wird wie folgt geändert:

Hinter Absatz 3 wird folgender Absatz 3 a angefügt:

„Soweit Beschlüsse der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes nicht der Zustimmung des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes bedürfen, hat der Vorstand kurzfristig nach Einberufung der Gesellschafterversammlung des AOK-Bundesverbandes die Zustimmung der Vorsitzenden des Verwaltungsrates über die Ausübung der Gesellschafterrechte der AOK einzuholen.“

Artikel 2

Inkrafttreten

Dieser Nachtrag - ausgenommen Artikel 1 Nr. 2 a - tritt am 1.1.2009 in Kraft.

Artikel 1 Nr. 2 a dieses Nachtrags tritt rückwirkend am 1.12.2008 in Kraft.

Dortmund, den 10.12.2008

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
K e p p e l e r

Der Vorsitzende des Vorstandes
L i t s c h

Genehmigung

Der vorstehende Satzungsnachtrag Nr. 33 wird gemäß § 195 Abs. 1 SGB V genehmigt.

Essen, 17. Dezember 2008

V B 2 -3600.1-2-I

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

Im Auftrag
Dr. S c h i k o r s k i

- **MBI. NRW. 2009 S. 21**