



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBI. NRW. 2004 Nr. 3](#)
Veröffentlichungsdatum: 03.12.2003
Seite: 77



Zwanzigster Nachtrag vom 03.12.2003 zur Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.02.1994

AOK Westfalen-Lippe

Zwanzigster Nachtrag vom 03.12.2003
zur Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.02.1994

Die Satzung der AOK Westfalen-Lippe, zuletzt geändert durch den Neunzehnten Nachtrag vom 01.07.2003, wird wie folgt geändert:

Artikel 1

Änderungen der Satzung

1

Nach § 6 wird folgender § 6 a eingefügt:

„§ 6 a
Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

Die AOK kann den Versicherten Zusatzversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln.“

2

§ 8 a Abs. 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Das Modellvorhaben endet mit dem Wirksamwerden des Beschlusses des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Einordnung der Akupunkturbehandlung in die BUB-Richtlinien. Spätestens endet das Modellvorhaben nach 8 Jahren gemäß § 63 Abs. 5 SGB V.“

3

Nach § 8 a wird folgender § 8 b eingefügt:

„§ 8 b
Modellvorhaben AOK-Bonustarif

(1) Die AOK führt ein Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung unter der Bezeichnung „AOK-Bonustarif“ durch, mit dem kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Mitglieder durch entsprechende Bonusregelungen gefördert werden soll. Die in dem Modellvorhaben enthaltenen Tarifelemente setzen sich aus einem Grundbonus, einem Gesundheitsbonus und einer Eigenbeteiligung zusammen.

(2) Mitglieder nehmen aufgrund schriftlicher Erklärung an dem Modellvorhaben teil. Die Teilnahme beginnt zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Quartals und endet mit Ablauf des fünften Kalenderjahres, das auf den Beginn der Teilnahme folgt, oder mit schriftlicher Kündigung des Mitgliedes zum Ende des auf die Kündigung folgenden Quartals.

(3) Mitgliedern steht ein Grundbonus von 100 EUR kalenderjährlich zu. Er erhöht sich

- um 10 EUR, wenn in dem für die Bonusberechnung maßgeblichem Kalenderjahr,
- um 20 EUR, wenn in dem für die Bonusberechnung maßgeblichem Kalenderjahr und im Vorjahr,
- um 30 EUR, wenn im für die Bonusberechnung maßgeblichem Kalenderjahr und den beiden Vorjahren

weder sie noch ihre mitversicherten Ehegatten oder mitversicherten Lebenspartner ambulante

Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, oder Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen. Für Mitglieder mit einem monatlichen Einkommen über einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V gelten Satz 1 und 2 mit der Maßgabe, dass der Grundbonus 200 EUR beträgt.

(4) Mitgliedern steht ein Gesundheitsbonus von 70 EUR kalenderjährlich zu, wenn sie und ihre mitversicherten Ehegatten oder mitversicherten Lebenspartner die nach § 25 SGB V möglichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und Zahnvorsorge i. S. des § 55 Abs. 1 Satz 3 i. V. m. Satz 4 SGB V und im Rahmen der im § 8 der Satzung vorgesehenen Schutzimpfungen für Tetanus, Grippe und Pneumokokken nachweisen. Statt dessen genügt bei Mitgliedern und ihren mitversicherten Ehegatten oder mitversicherten Lebenspartnern der Nachweis körperlicher Fitness durch einen sportwissenschaftlich entwickelten Walkingtest, Ergometertest oder durch Vorlage eines Leistungsabzeichens des Deutschen Sportbundes, des Deutschen Leichtathletikverbandes, des Deutschen Schwimmverbandes oder des Bundes Deutscher Radfahrer. Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen dürfen nicht älter als ein Jahr sein.

(5) Mitglieder tragen für sich und ihre mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner Eigenbeteiligungen bis zu einem Höchstbetrag von 250 EUR kalenderjährlich. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 25 EUR und je Krankenhausbehandlung 50 EUR. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind hierauf nicht anzurechnen. Für Mitglieder mit einem monatlichen Einkommen über einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V gelten Satz 1 bis 3 mit der Maßgabe, dass der Höchstbetrag 350 EUR und die Eigenbeteiligung je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 35 EUR betragen. Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich der Geburt anfallen, werden nicht mit Eigenbeteiligung belegt.

(6) Die AOK zahlt den Bonus für das Kalenderjahr bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres. Von der zu zahlenden Bonussumme ist ggf. die Eigenbeteiligung abzuziehen. Ist die Summe der Eigenbeteiligungen höher als die der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 14 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig, auch wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe eines Kalenderjahres, vermindern sich der Grundbonus, der Gesundheitsbonus und der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.

(7) Das Modellvorhaben beginnt am 1. Januar 2004 und ist auf acht Jahre befristet."

4

Nach § 8 b wird folgender § 8 c eingefügt:

„§ 8 c
Bonusregelung bei Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm nach § 137 f SGB V

Versicherten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137 f SGB V teilnehmen, werden die in diesem Zusammenhang entstehenden Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) erstattet.“

5

§ 12 Abs. 7 wird aufgehoben.

6

§ 13 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 13
Kostenerstattung

(1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ambulanten Leistungen beschränkt werden. Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer ist möglich, wenn die AOK zuvor zugestimmt hat.

(2) Die Wahl erfolgt durch schriftliche Erklärung unter Verwendung des dafür bereit gestellten Vordruckes. Die gewählte Kostenerstattung beginnt frühestens mit dessen Zugang und endet frühestens nach Ablauf der Mindestbindungsdauer von einem Jahr durch schriftliche Erklärung. Wird das Versicherungsverhältnis neu begründet, kann der Versicherte abweichend von Satz 2 Kostenerstattung ab dem Beginn der Versicherung wählen.

(3) Versicherten werden die Kosten von Leistungen, die in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in Anspruch genommen wurden, 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 entstandene-

nen Kosten. Der Erstattungsbetrag ist zunächst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 7,5 Prozent zu mindern, wobei der Abschlag je Antrag mindestens fünf EUR und höchstens 40 EUR beträgt.

(5) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zugrunde gelegt.“

7

§ 16 Abs. 8 wird aufgehoben.

8

Artikel 3 Ziffer 3 Buchst. a des 5. Nachtrages zur Satzung der AOK Westfalen-Lippe wird aufgehoben.

Artikel 2

In-Kraft-Treten

Dieser Nachtrag tritt am 01.01.2004 in Kraft.

Dortmund, den 3. Dezember 2003

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. 20 wird gemäß § 195 Abs. 1 SGB V genehmigt.

Essen, den 11. Dezember 2003

II1 -3600.1-2-I

Landesversicherungsamt Nordrhein-Westfalen

Im Auftrag

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

- MBI. NRW. 2004 S. 77