



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBI. NRW. 2010 Nr. 3](#)
Veröffentlichungsdatum: 09.12.2009
Seite: 48

II

36. Nachtrag vom 09.12.2009 zur Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.02.1994

II.

36. Nachtrag vom 09.12.2009
zur Satzung der AOK Westfalen-Lippe
vom 18.02.1994

Die Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.02.1994, zuletzt geändert durch den 35. Nachtrag vom 23.6.2009, wird wie folgt geändert:

Artikel 1 Änderungen der Satzung

1. § 2 wird wie folgt geändert:

In Absatz 5 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 angefügt:

„Die von dem GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge und die Richtlinien

nach den §§ 92 und 282 SGB V sind für die AOK verbindlich.“

2. § 4 wird wie folgt geändert:

Hinter dem Wort „Mitglieder“ wird der Text „sowie Kinder von familienversicherten Kindern“ eingefügt.

3. § 7 wird wie folgt geändert:

In Nummer 2 Buchstabe a wird nach dem 5. Spiegelstrich der folgende Spiegelstrich eingefügt:

„- Zuschuss für ambulante und stationäre Hospizleistungen“.

Der bisherige 6. Spiegelstrich wird der 7. Spiegelstrich.

4. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die AOK übernimmt Leistungen zur Primärprävention, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem von dem GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfaden entsprechen. Diese Leistungen umfassen den Individuellen Ansatz und den Setting-Ansatz.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die AOK erbringt Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach Maßgabe des § 20 a SGB V, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem von dem GKV-Spitzenverband beschlossenen Leitfaden entsprechen.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die AOK fördert Selbsthilfegruppen und -organisationen, wenn diese die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von solchen Krankheitsbildern zum Ziel haben, die in dem von dem GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind sowie die gesundheitsbezogene Arbeit

von Selbsthilfekontaktstellen, die themenbereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sind.“

5. § 8 d wird neu wie folgt gefasst:

“§ 8d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Versicherte können am AOK-Prämienprogramm oder im Familienverbund am

AOK-Familienbonus teilnehmen. Beim AOK-Familienbonus ist die Höchstzahl der Teilnehmer im Familienverbund auf 5 Versicherte begrenzt. Die Teilnahme ist freiwillig und kommt durch Einschreibung zustande. Eine gleichzeitige Teilnahme an beiden Programmen sowie eine gleichzeitige Teilnahme am AOK-Familienbonus und am AOK-Bonustarif nach § 8 b dieser Satzung oder am AOK-Bonus-Wahltarif nach § 8 l dieser Satzung oder am AOK-Selbstbehalttarif nach § 8 a dieser Satzung ist ausgeschlossen.

(2) Versicherte erhalten beim AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus

bei regelmäßiger Inanspruchnahme von

a) qualitätsgesicherten Leistungen zur Primärprävention nach § 7 Abs. 1 dieser Satzung,

b) Maßnahmen, die nachweislich der Gesundheitsförderung dienen oder gesundheitsbewusste Verhaltensweisen fördern, nach Maßgabe der Ausführungsbestimmungen,

c) Leistungen zur Früherkennung nach § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen),

d) Leistungen zur Früherkennung nach § 26 SGB V (Kinderuntersuchungen),

e) öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen nach § 8 Abs. 4 dieser Satzung

in der in den Ausführungsbestimmungen genannten Kombinationen einen Bonus. Die Anerkennung einer Leistung im Rahmen des AOK-Prämienprogramms oder des AOK-Familienbonus erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der AOK Westfalen-Lippe. Diese richtet sich allein nach Maßgabe der Gesetze und dieser Satzung.

(3) Die Voraussetzungen des Abs. 2 Satz 1 weisen die Versicherten durch ent-

sprechende Bestätigungen und Leistungsabzeichen nach. Die durchgeführten Maßnahmen zum AOK-Prämienprogramm und zum AOK-Familienbonus dürfen zum Zeitpunkt der Einreichung der Bestätigung bzw. Leistungsabzeichen nicht länger als drei Kalenderjahre zurückliegen.

(4) Der Bonus wird den Versicherten beim AOK-Prämienprogramm als Sach- oder

Geldprämie und beim Familienbonus als Geldprämie gegen Nachweis gemäß

Abs. 3 zur Verfügung gestellt. Er wird nach einem sich aus den Ausführungsbestimmungen ergebenden Punktzahlsystem ermittelt. Beim AOK-Familienbonus ist die jährliche Bonifizierung für nachgewiesene Maßnahmen je Teilnehmer auf maximal 30 EUR begrenzt.

(5) Bei der Teilnahme am AOK-Familienbonus erhält jeder Teilnehmer nach drei,

sechs und neun Jahren zusätzlich einen Bonus für Nachhaltigkeit in Höhe von jeweils 60 EUR, wenn er jährlich die Teilnahme an mindestens einer Maßnahme gem. Abs. 2 nachgewiesen hat. Endet die Versicherung bei der AOK Westfalen-Lippe, entfällt der jeweils nächste Bonus für Nachhaltigkeit. Versicherungsunterbrechungen bis zur Dauer von drei Monaten sind für die durchgängige Teilnahme am AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus unschädlich.

(6) Die Teilnahme am AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus kann je-

derzeit beendet werden. Bei Versicherten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist auf dem Kündigungsschreiben zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

(7) Im Falle einer missbräuchlichen Nutzung des AOK-Prämienprogramms oder

AOK-Familienbonus z. B. durch Manipulationen des Punktestandes aufgrund falscher Angaben oder Sammlung von Punkten unter Verstoß gegen die Teilnahmebedingungen, kann die AOK Teilnehmer mit sofortiger Wirkung vom Programm ausschließen, bereits erworbene Ansprüche können entfallen.

Wurde ein Teilnehmer vom AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus ausgeschlossen, gilt er im Falle einer erneuten Anmeldung zum AOK-Prämienprogramm oder AOK-Familienbonus als nicht teilnahmeberechtigt.

(8) Das Nähere regeln die Ausführungsbestimmungen zum Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten, die durch den Vorstand festgelegt werden.“

6. § 8 f wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„(3) Erstattungsfähig sind die dem Mitglied 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. 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.

Eine Erstattung im Rahmen dieses Tarifes ist nicht möglich für

- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vor-

dergrund steht. Dies sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.

- Arzneimittel der „Negativliste“ nach § 34 Abs. 3 SGB V.

Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, die als Sachleistung über die Krankenversichertenkarte in Anspruch genommen werden können, sind ebenfalls von der Erstattung im Rahmen dieses Tarifes ausgenommen. Dies sind Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, die durch einen Vertragsarzt auf dem Kassenrezept ausnahmsweise verordnet werden können, z.B.

- für Kinder bzw. Jugendliche mit Entwicklungsstörungen ab dem Alter von zwölf Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder
- die nach den Arzneimittelrichtlinien bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten (sowie zur Anwendung bei diesen Erkrankungen).

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die dazugehörigen Rezepte vorzulegen. Die Höhe der Erstattung beträgt bei Sammlung und nur einmal jährlich erfolgreicher gebündelter Rezepteinreichung 90 v. H. der Kosten für jedes einzelne im Rahmen des Tarifs erstattungsfähige Arzneimittel. Stichtag für die jährliche Einreichung ist jeweils der Ablauf eines Teilnahmejahres. Bei unterjähriger Einreichung einzelner Rezepte reduziert sich die Erstattung auf 80 v. H., es sei denn, der jährliche Rechnungshöchstbetrag ist bereits erreicht. Maßgeblich ist der zum Zeitpunkt der Abgabe des Arzneimittels gültige Apothekenabgabepreis.

Erstattungen im Rahmen dieses Tarifs für prämienfrei mitversicherte Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren werden auf den jährlichen Rechnungshöchstbetrag des Mitgliedes angerechnet. Hat das Mitglied diesen Tarif nur für seinen familienversicherten Ehegatten/Lebenspartner gewählt, werden die Erstattungen für

prämienfrei mitversicherte Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren auf den jährlichen Rechnungshöchstbetrag des familienversicherten Ehegatten/Lebenspartners angerechnet.“

b) In Absatz 4 werden die Worte „den Ausführungsbestimmungen zum Wahltarif, die durch den Vorstand festgelegt werden“ durch die Worte „der Konditionstabelle in Absatz 6“ ersetzt.

c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(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 Prämie ist für den Kalendermonat oder wahlweise für ein Jahr im Voraus zu entrichten. Der Tag der Fälligkeit ist jeweils der 1. Tag eines Monats.

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

Das Mitglied ist verpflichtet, der AOK eine Einzugsermächtigung zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Prämien zu erteilen.

Zur Bestimmung der Monatsprämie sowie des Jahresrechnungshöchstbetrages in den ersten drei Jahren der Teilnahme am Tarif ist das Alter des Teilnehmers zu Beginn der Teilnahme maßgeblich. Zur Bestimmung der Monatsprämie sowie des Jahresrechnungshöchstbetrages in jedem sich anschließenden Verlängerungsjahr ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Verlängerungsjahres maßgeblich, für das die Prämie zu entrichten ist.

Für jeden Teilnehmer, der für die Dauer eines Teilnahmejahres Leistungen aus diesem Tarif nicht in Anspruch genommen hat, wird ein Bonus in Höhe des in der Konditionentabelle für seine Altersklasse genannten Betrages gewährt und am Ende des Teilnahmejahres erstattet.

Erstattungen für die Arzneimittel aus diesem Tarif sowie sonstige Guthaben (z. B. Bonus für Leistungsfreiheit im letzten Jahr der Teilnahme) werden auf das vom Mitglied mitgeteilte Bankkonto überwiesen. Das Mitglied wird über die Höhe der Erstattungen für sich und für alle am Tarif teilnehmenden familienversicherten Angehörigen schriftlich informiert.

Es gelten die folgenden Konditionen:

Konditionentabelle

Altersklassen	Monatsprämie in EUR	Monatsprämie bei jährlicher Zahlungsweise in EUR	Jahresrechnungsbetrag in EUR	Bonus bei Leistungsfreiheit im Teilnahmejahr in EUR
12 – 20 Jahre	4,50	4,32	140,00	25,00
21 – 35 Jahre	7,50	7,20	180,00	35,00
36 – 50 Jahre	9,50	9,12	200,00	50,00
über 50 Jahre	14,50	13,92	260,00	75,00."

7. § 8 i wird wie folgt neu gefasst:

„§ 8 i Krankengeld-Wahltarif

(1) Einen Krankengeld-Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V können wählen:

1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres, sofern diese eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben,

2. Versicherte 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 eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 EFZG Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben (Heimarbeiter),

3. nach dem KSVG versicherte Künstler und Publizisten.

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

(2) Die Wahl des Krankengeld-Wahltarifes nach § 53 Abs. 6 SGB V bedarf der

Schriftform. Diese 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 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 und 3 innerhalb der Frist nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

Satz 2 gilt auch, wenn beantragt wird, im Tarif KG PLUS das Krankengeld zu erhöhen.

(3) Folgende Krankengeld-Wahltarife können gewählt werden:

1. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarif KG 22).

2. Die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitglieder können einen Krankengeld-Wahl-
tarif wählen, der einen Krankengeldanspruch vom 15. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit umfasst (Tarif KG 15).

3. Die in Absatz 1 Nr. 1 genannten Mitglieder, deren beitragspflichtiges Arbeitseinkommen die kalendertägliche Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, können einen ergänzenden Krankengeld-Wahltarif zur Absicherung eines höheren Krankengeldes ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit wählen (Tarif KG PLUS).

(4) Das Wahltarif-Krankengeld

1. beträgt im Tarif KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 1 genannten Mitgliedern 70 v. H. des Arbeitseinkommens, welches zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Prämienbemessung nach Absatz 5 aus Arbeitseinkommen maßgebend war,
2. wird im Tarif KG 22 bei den nach Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitgliedern entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V und § 13 Abs. 3 dieser Satzung berechnet,
3. beträgt im Tarif KG 15 bei den nach Absatz 1 Nr. 3 genannten Mitgliedern 70 v. H. des durchschnittlichen täglichen Bruttoarbeitseinkommens, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde gelegt wurde; § 47 Abs. 4 Satz 2 bis 4 SGB V gilt,
4. kann im Tarif KG PLUS von 10,- EUR bis 150,- EUR nach Maßgabe des Absatzes 5 Satz 1 Nr. 3 abgeschlossen werden; im gewählten Tarif KG PLUS darf das Wahltarif-Krankengeld zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 SGB V nicht 70 v. H. des Arbeitseinkommens übersteigen.

Aus dem Wahltarif-Krankengeld werden Beiträge zur Pflege- und Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung entrichtet, soweit dies auf Grund gesetzlicher Bestimmungen vorgesehen ist.

(5) Die Prämie beträgt:

1. für den Tarif KG 22 1,25 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§§ 226 und 240 SGB V) maßgebend sind; für die hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen gelten die „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ des GKV-Spitzenverbandes,
2. für den Tarif KG 15 0,80 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge (§ 234 SGB V) maßgebend sind.

3. Im Tarif KG PLUS beträgt die Prämie:

KG PLUS je Kalendertag in EUR	Monatliche Prämie in EUR
10,-	5,40
20,-	10,80
30,-	16,20
40,-	21,60
50,-	27,00
60,-	32,40
70,-	37,80
80,-	43,20
90,-	48,60
100,-	54,00
110,-	59,40
120,-	64,80
130,-	70,20
140,-	75,60
150,-	81,00

Ist die Prämie für einen Teilmonat zu entrichten, wird die Anzahl der mit Prämienzahlung belegten Kalendertage mit 1/30 der monatlichen Prämie multipliziert.

(6) Folgende Besonderheiten gelten zur Prämienzahlung:

1. Die Prämie nach Absatz 5 wird zum gleichen Zeitpunkt fällig, wie die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung.
2. Die Prämienzahlung endet in den Fällen der Absätze 11 Satz 1 und 3 und 12.

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

1. sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, 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 Ruhezeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird,
2. bei fehlender Mitwirkung zur Feststellung der Prämienhöhe; wird die Mitwirkung nachgeholt, wird das Ruhen des Leistungsanspruchs rückwirkend aufgehoben,
3. nach Absatz 12 Nr. 6 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.

Die §§ 11 Absatz 5, 16, 49, 50, 51, 52 und 52a SGB V gelten entsprechend, soweit in dieser Vorschrift nichts Abweichendes geregelt ist; § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 2 genannten Mitglieder.

(8) Für die in Absatz 1 Nr. 1 und 3 genannten Mitglieder besteht kein Krankengeld-

anspruch, wenn Arbeitsunfähigkeit in den ersten drei Monaten der Teilnahme am Krankengeld-Wahltarif eintritt. Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn der Teilnahme an dem Krankengeld-Wahltarif bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. Tritt Arbeitsunfähigkeit vor oder innerhalb von drei Monaten ab Wirksamwerden der Tarifänderung im Sinne des Absatzes 2 Satz 4 ein, dann gelten für die gesamte Dauer der Arbeitsunfähigkeit die bisherigen Tarifbedingungen. Sätze 1 und 3 gelten nicht für Arbeitsunfähigkeiten, die durch einen Unfall verursacht werden, der nach Antragstellung eingetreten ist.

(9) Die Feststellung der Leistungsdauer des Wahltarif-Krankengeldes richtet sich

nach § 48 SGB V. Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld werden bei Vorliegen der in § 48 SGB V genannten Voraussetzungen auf die Höchstanspruchsdauer des Wahltarif-Krankengeldes angerechnet.

(10) Das Mitglied ist an den Krankengeld-Wahltarif drei Jahre gebunden (Mindest-

bindungsfrist). 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. Gewählte Tarifänderungen, die das Krankengeld erhöhen oder den Beginn des Anspruchs auf Krankengeld vorverlegen, lösen ab Wirksamwerden eine neue Mindestbindungsfrist von drei Jahren aus.

(11) Der Krankengeld-Wahltarif kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der

3-jährigen Mindestbindungsfrist schriftlich gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich der Krankengeld-Wahltarif jeweils um zwölf Kalendermonate; die Kündigung ist dann mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Verlängerungszeitraums möglich. Das Mitglied hat die Möglichkeit zur Sonderkündigung in folgenden Härtefällen:

1. bei Erhalt von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem

SGB II,

2. bei Erhalt von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,

3. bei Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung nach § 807 ZPO,

4. bei Eintritt des Ruhens nach § 16 Abs. 3 a SGB V.

Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam.

Ein Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V besteht nicht.

(12) Unabhängig von einer Kündigung endet der Krankengeld-Wahltarif

1. wenn der Versicherte nicht mehr zum Personenkreis nach Absatz 1 zählt, es sei denn, die Versicherung oder die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 ist längstens einen Monat unterbrochen oder der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 1 und 2,
2. mit Ablauf des Kalendermonats vor Beginn des Monats, ab dem eine abschlagsfreie Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung frühestens beansprucht werden könnte,
3. mit dem Tag vor Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
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 mit dem Tag vor Beginn dieser Rente,
5. wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dem Mitglied die Beendigung des Tarifes bekannt gegeben wird,
6. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wirksam wird, es sei denn, der Tarif ruht nach Maßgabe des Absatzes 13 Satz 4,
7. durch Tod.

(13) Bei Ende der Zugehörigkeit zu den in Absatz 1 genannten Personen ruht der

Krankengeld-Wahltarif innerhalb der Mindestbindungsfrist nach Absatz 10 für die Dauer der fehlenden Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis ohne Leistungsanspruch und ohne Prämienzahlung. Der Krankengeld-Wahltarif lebt im Falle des Satzes 1 bei einer erneuten Versicherung aufgrund des früheren Status wieder auf. Unterbrechungen bis zu einem Monat der Versicherung oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis nach Absatz 1 führen nicht zum Ruhen des Tarifes. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend bei rechtswirksamer Kündigung der Wahl des Krankengeldanspruchs nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V.

(14) Mitglieder, die am 31.7.2009 in einem Versicherungsverhältnis mit Anspruch

auf Krankengeld nach einem zu diesem Zeitpunkt geltenden Krankengeld-Wahltarif standen, können bis zum 31.1.2010 rückwirkend zum 1.8.2009 unter den Bedingungen dieser Vorschrift einen Krankengeld-Wahltarif wählen. Der Krankengeld-Wahltarif wird in diesen Fällen ab 1.8.2009 wirksam. Wird die Frist versäumt, gilt Absatz 2 Satz 2. Abweichend von Satz 1 können Versicherte, die am 31.7.2009 Leistungen aus einem Krankengeld-Wahltarif bezogen haben, innerhalb von acht Wochen nach dem Ende des Leistungsbezugs rückwirkend zu dem Tag der auf den letzten Tag des Leistungsbezugs folgt den Krankengeld-Wahltarif unter den Bedingungen dieser Vorschrift wählen.

(15) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK Westfalen-Lippe den Krankengeld-Wahltarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.“

8. Nach § 8 k wird folgender § 8 l eingefügt:

„§ 8 l AOK-Bonus-Wahltarif

(1) Die AOK bietet im Rahmen eines Wahltarifs nach § 53 SGB V Bonuszahlungen für einen Selbstbehalt in Verbindung mit der Nichtinanspruchnahme von Leistungen und gesundheitsbewusstem Verhalten (§ 65 a SGB V) an. Auf den Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ist § 65 a Abs. 3 SGB V anwendbar, im Übrigen gilt § 53 Abs. 9 SGB V.

(2) Die Bonuszahlungen stehen unter folgenden Voraussetzungen zu:

a) Grundbonus von 100 € (Selbstbehalt):

Die Mitglieder tragen für sich Eigenbeteiligungen bis zu einem Höchstbetrag von 250,00 EUR kalenderjährlich. Die Eigenbeteiligungen betragen je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 25,00 EUR und je Krankenhausbehandlung 50,00 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 350,00 EUR und die Eigenbeteiligung je ambulanter Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, 35,00 EUR betragen. Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich der Geburt anfallen, werden nicht mit Eigenbeteiligung belegt.

b) Der Grundbonus erhöht sich wegen Nichtinanspruchnahme von Leistungen:

- um 10,00 EUR, wenn in dem für die Bonusberechnung maßgeblichem Kalenderjahr,
- um 20,00 EUR, wenn in dem für die Bonusberechnung maßgeblichem Kalenderjahr und im Vorjahr,
- um 30,00 EUR, wenn in dem für die Bonusberechnung maßgeblichem

Kalenderjahr und den beiden Vorjahren

das Mitglied ambulante Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung einhergeht, oder Krankenhausbehandlung nicht in Anspruch nimmt. 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 200,00 EUR beträgt.

Der Zahlungsbetrag darf 20 % der vom Mitglied selbst im Kalenderjahr getragenen Beiträge nicht überschreiten.

c) Gesundheitsbonus:

Mitgliedern steht darüber hinaus ein Gesundheitsbonus in Höhe von 70,00 EUR kalenderjährlich zu, wenn sie die nach § 25 SGB V möglichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, die Zahnvorsorge nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und die in § 20 d Abs. 1 SGB V i.V. mit den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Schutzimpfungen für Tetanus, Grippe und Pneumokokken nachweisen. Statt dessen genügt den Mitgliedern 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. Andere Nachweise der körperlichen Fitness können im Einzelfall anerkannt werden. Der Nachweis körperlicher Fitness oder das Leistungsabzeichen dürfen nicht älter als ein Jahr sein.

(3) Die AOK zahlt die Summe der Boni aus dem Wahltarif Selbstbehalt und dem Bonusprogramm 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.

Die AOK kann dem Mitglied auf Antrag eine Vorauszahlung in Höhe von bis zu 100,00 EUR auf künftige Grundboni im Kalenderjahr zahlen. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach diesem Absatz berücksichtigt.

(4) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft und frühestens zu dem vom Mitglied angegebenen Zeitpunkt. Mitglieder, de-

ren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Die in Abs. 2 genannten Tarifausprägungen sind nur zusammen wählbar.

(5) Die gleichzeitige Teilnahme am Bonus-Wahltarif und am AOK-Selbstbehalttarif nach § 8 a dieser Satzung ist ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen ist eine gleichzeitige Teilnahme am Bonus-Wahltarif und am AOK-Bonustarif (§ 8 b) sowie eine gleichzeitige Teilnahme am Bonus-Wahltarif und am AOK-Familienbonus (§ 8 d). Nimmt das Mitglied bei Wahl des Tarifes bereits am AOK-Bonustarif nach § 8 b oder am AOK-Familienbonus nach § 8 d dieser Satzung teil, endet die Teilnahme am AOK-Bonustarif bzw. am AOK-Familienbonus mit Beginn der Teilnahme am Bonus-Wahltarif.

Die Teilnahme am Wahltarif ruht für Zeiten, in denen eine Familienversicherung besteht oder in denen aus anderen Gründen (z. B. Unterbrechung der Versicherung ohne Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse) keine Beiträge zu zahlen sind oder die Beiträge vollständig von Dritten getragen werden.

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

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 Ablauf der 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 Beginn einer rechtmäßigen Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse oder mit Beginn der Teilnahme am AOK-Selbstbehalttarif nach § 8 a dieser Satzung.

(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 ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Teilnahme für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt; das Nähere ergibt sich aus Absatz 8. Eine vorzeitige Kündigung des Tarifes ist auch bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI möglich. Die Teilnahme endet in diesen Fällen zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats; Abs. 6 Satz 3 gilt entsprechend.

(8) Eine unbillige Härte ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn das Mitglied 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 be-

zieht.

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass regelmäßig 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.

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.

(9) Mitgliedern, die unmittelbar vor Teilnahme am AOK-Bonus-Wahltarif am AOK-Bonustarif nach § 8 b der Satzung teilgenommen haben, bleibt ein dort erworbener zusätzlicher Bonus nach § 8 b Abs. 3 Satz 2 der Satzung erhalten.“

9. § 10 a wird gestrichen.

10. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 12 Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V“.

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Freiwillig versicherte Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, haben Anspruch auf Krankengeld nach den für versicherungspflichtige Arbeitnehmer maßgebenden Regelungen des SGB V.“

c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Einen Krankengeldanspruch können wählen

1. Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind,
2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht 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).“

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) 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

1. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung entsprechend dem Lohnausfall gezahlt,
2. bei nicht kontinuierlicher Arbeitsvergütung aus dem abgerechneten Entgelt des Zeitraumes berechnet, der die durchschnittlichen Verhältnisse widerspiegelt (längstens der letzten 12 Monate).“

e) Absatz 4 wird gestrichen.

Artikel 2 Inkrafttreten

Dieser Nachtrag - ausgenommen Artikel 1 Nr. 10 - tritt am 01.01.2010 in Kraft. Artikel 1 Nr. 10 wird am 1.08.2009 wirksam.

Dortmund, den 9.12.2009

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

Der Vorsitzende des Vorstandes
L i t s c h

Genehmigung

Der vorstehende Satzungsnachtrag Nr. 36 wird gemäß § 195 Abs. 1 SGB V genehmigt.

Essen, 16. Dezember 2009

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. 2010 S. 48**