



# Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

---

Ausgabe: [MBI. NRW. 2010 Nr. 30](#)  
Veröffentlichungsdatum: 30.06.2010  
Seite: 745

## II

### 38. Nachtrag vom 30.6.2010 zur Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.2.1994

---

#### II.

#### **38. Nachtrag vom 30.6.2010 zur Satzung der AOK Westfalen-Lippe vom 18.2.1994**

Die Satzung der AOK Westfalen-Lippe, zuletzt geändert durch den 37. Nachtrag vom 24.02.2010, wird wie folgt geändert:

#### **Artikel 1 Änderungen der Satzung**

1.

§ 8 a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Selbstbehalttarifes. Mitglieder, deren

Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Ergeben sich während der Tarifaufzeit Zeiten, in denen der Tarif gemäß § 53 Abs. 8 SGB V nicht wählbar ist oder werden vom Mitglied keine Beiträge gezahlt, ruhen für diese Zeiten die Rechte und Pflichten aus dem Tarif. Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Selbstbehalttarif und am AOK-Bonustarif nach § 8 b oder dem Bonus-Wahltarif nach § 8 I dieser Satzung ist nicht möglich. Die Wahl wird wirk-

sam 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 drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von 3 Jahren ab Teilnahmebeginn. Bei Eintritt eines Härtefalles, insbesondere bei schwerwiegender chronischer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII, kann der Selbstbehalttarif abweichend von Satz 4 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.“

b) In Absatz 3 werden im Satz 6 die Wörter „auf schriftlichen Antrag des Mitglieds mit einer Frist von einem Monat zu Beginn eines Kalenderjahres“ durch die Wörter „durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalenderjahres“ ersetzt.

2.

§ 8 k wird wie folgt geändert:

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

(4) „Erstattet werden die dem Versicherten im Ausland entstandenen nachgewiesenen

Kosten einschließlich der Zuzahlungen/Eigenanteile für medizinisch sofort notwendige

1. ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes,
2. ärztlich verordnete stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich der ärztlich angeordneten Fahrten mit einem Kranken- oder Rettungswagen sowie des ärztlich angeordneten Flugtransportes zum nächsterreichbaren Krankenhaus; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist; sowie
3. ärztlich verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, die der Versicherte während eines vorübergehenden bis zu sechswöchigen Aufenthaltes im Ausland in Anspruch genommen hat, sofern sowohl das Datum der ärztlichen Behandlung bzw. Verordnung der Leistung als auch der Beginn des Auslandsaufenthaltes in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fallen; ggf. nach § 13, § 14 oder §§ 17 bis 18 SGB V oder im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts erstattete Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind hierauf anzurechnen. Die Kosten für einen medizinisch zwingend notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport ins Inland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinaus gehen, werden daneben übernommen; dies umfasst auch die Mehrkosten zur Rückreise, die dem Versicherten entstehen, wenn er infolge einer stationären Behandlung im Ausland die Rückreise nicht planmäßig antreten konnte, sowie die Mehrkosten für einen Rücktransport im Rahmen des Wirtschaftsgebotes (§ 12 SGB V). § 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend.

Folgende Leistungen werden im Rahmen des Tarifes nicht erstattet:

a) Kosten für planbare Dialyseleistungen

b) Überführung im Todesfall

c) Kosten für Hilfsmittel, die in Deutschland nicht übernahmefähig sind (z. B. Brillen)

Eine Kostenerstattung ist außerdem nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben haben oder eine Leistung dort bewusst anstelle einer Leistung im Inland in Anspruch genommen haben.

Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage der Nachweise grundsätzlich im Original; es gilt § 19 Abs. 2 SGB X. Die Kostenerstattung ist nicht auf Behandlungsfälle in Ländern beschränkt, in denen im Rahmen des über- bzw. zwischenstaatlichen Rechts Sachleistungsaushilfe zulasten eines Trägers im Aufenthaltsland in Anspruch genommen werden kann. Bei Grenzgängern und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen mit Wohnsitz im Ausland ist der Anspruch auf Leistungen, die in Deutschland oder im Wohnland in Anspruch genommen wurden, ausgeschlossen.

Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen Zeitraum von zusammenhängend längstens sechs Wochen begrenzt. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von sechs Wochen hinaus besteht keine Leistungspflicht.

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tag 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 Einzelfalls stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde."

3.

§ 8 I wird wie folgt geändert

Absatz 2 a wird wie folgt gefasst:

„a) Grundbonus von 100 EUR (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. Leistungen, die während einer Schwangerschaft einschließlich der Geburt anfallen, werden nicht mit Eigenbeteiligung belegt.

Für Mit-

glieder 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. Ein Wechsel in eine andere Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds zum

Beginn des auf den Antrag folgenden Kalenderjahres möglich.“

## **Artikel 2 Inkrafttreten**

Dieser Nachtrag tritt am 1.7.2010 in Kraft.

Dortmund, den 30.6.2010

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

Essen, 2. Juli 2010

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. 2010 S. 745**