

31. Nachtrag
zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 01.10.2005
in der Fassung des 30. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

Es wird ein neuer Paragraph eingefügt:

„§ 63a - Kostenerstattung von Arzneimitteln im Einzelfall“

2. § 63 Abs. 3 und 4 werden wie folgt geändert:

**„§ 63
Kostenerstattung**

(1) - (2) . . .

(3) Das Wahlrecht nach Absatz 1 wird durch eine schriftliche Erklärung unter Verwendung des dafür bereitgestellten Vordrucks ausgeübt. Versicherte sind an die gewählte Kostenerstattung mindestens für die Dauer eines Kalendervierteljahres ab Wirksamwerden dieser Erklärung gebunden. Die Kostenerstattung wird ab dem ersten Tag des auf den Zugang der Versicherterklärung (Satz 1) folgenden Kalendervierteljahres durchgeführt. Wird das Versicherungsverhältnis zur Knappschaft neu begründet, kann abweichend von Satz 3 Kostenerstattung nach Absatz 1 ab Beginn der Mitgliedschaft gewählt werden; in diesem Fall verlängert sich die Mindestbindungsdauer nach Satz 2 um den Zeitraum vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des jeweiligen Kalendervierteljahres.

(4) Die Aufwendungen werden bis zur Höhe der Kosten erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, höchstens bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen werden in Abzug gebracht. Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist je Antrag um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5,00 v.H., höchstens 25,00 EUR zu kürzen.

(5) - (6) . . .“

3. § 63a wird neu eingefügt:

**„§ 63a
Kostenerstattung von Arzneimitteln im Einzelfall**

(1) Gemäß § 13 Absatz 2 i.V.m. § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,

1. als dasjenige, für das die Knappschaft eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
2. das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben gewesen wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

(2) Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Knappschaft bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Der Erstattungsbetrag gemäß Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieses Absatzes errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der Preise, die in einem Rabattvertrag für den Wirkstoff des Arzneimittels vereinbart worden sind, das Versicherte gewählt haben. Davon werden 28 v.H. als Abschlag für die der Knappschaft entgangenen Vertragsrabatte abgezogen. Der Erstattungsbetrag gemäß Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieses Absatzes errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der preisgünstigsten Arzneimittel, die den Wirkstoff des Arzneimittels enthalten, das Versicherte gewählt haben. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Absatz 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen. Ferner sind von dem so ermittelten Erstattungsbetrag 5 v.H. für Verwaltungskosten in Abzug zu bringen.“

4. § 66a Abs. 2 wird wie folgt geändert:

**„§ 66a
Wahltarif Selbstbehalt**

(1) . . .

(2) Die Wahl des Selbstbehalttarifs ist schriftlich durch das Mitglied zu erklären. Die Erklärung wirkt frühestens vom Beginn des auf den Eingang der Erklärung bei der Knappschaft folgenden Quartals. Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens nach Ablauf von drei Jahren seit Beginn der Teilnahme. In besonderen Härtefällen kann die Teilnahme abweichend von Satz 3 zum Ende des Quartals, in dem der Härtefall angezeigt wird, vorzeitig gekündigt werden. Nach § 53 Absatz 8 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden; das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4 Satz 5 bleibt davon unberührt.

(3) - (5) . . .“

5. § 66b Abs. 2 wird wie folgt geändert:

**„§ 66b
Wahltarif Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit**

(1) . . .

(2) Die Wahl des Tarifs Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit ist schriftlich durch das Mitglied zu erklären. Die Teilnahme beginnt am 1. Januar, 1. April oder 1. Juli, der auf den Eingang der Teilnahmeerklärung folgt. Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens nach Ablauf von einem Jahr seit Beginn der Teilnahme. In besonderen Härtefällen kann die Teilnahme abweichend von Satz 3 zum Ende des Quartals, in dem der Härtefall angezeigt wird, vorzeitig gekündigt werden. Nach § 53 Absatz 8 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4 Satz 5 bleibt davon unberührt.

(3) - (5) . . . “

6. § 66d Abs. 3 und 4 werden wie folgt geändert:

**„§ 66d
Wahltarife zur Kostenerstattung**

(1) - (2) . . .

(3) Eine Kündigung des einzelnen Tarifs kann frühestens zum Ende der einjährigen Bindungsfrist (§ 53 Abs. 8 SGB V) schriftlich erfolgen. Anderenfalls verlängert sich die Teilnahme an dem gewählten Tarif automatisch um ein Jahr; die Kündigung ist dann mit einer Frist von drei Monaten jeweils nur zum Ablauf dieses Jahres zulässig. Ein Sonderkündigungsrecht besteht nur in besonderen Härtefällen. Während der Bindungsfrist und der Teilnahme an dem jeweiligen Tarif kann die Mitgliedschaft nicht beendet werden; das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4 Satz 5 bleibt davon unberührt.

(4) Die Höhe der einzelnen Tarifprämien richtet sich nach dem Alter der teilnehmenden Versicherten. Für das erste Jahr der Teilnahme gelten die Prämientabellen nach Maßgabe der Absätze 8 und 9, die zu Beginn der Teilnahme maßgeblich waren. Mit Beginn des zweiten Jahres der Teilnahme ist die Prämienhöhe unter Berücksichtigung möglicher Prämienanpassungen nach Absatz 6 gegebenenfalls neu zu ermitteln. Darüber hinaus anfallende Prämienanpassungen erfolgen mit dem Ersten des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Teilnehmer die für eine andere Prämienhöhe relevante Altersstufe erreicht.

(5) - (11) . . . “

7. § 66e Abs. 3 wird wie folgt geändert:

**„§ 66e
Wahltarif für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen**

(1) - (2) . . .

(3) Eine Kündigung dieses Tarifs kann frühestens zum Ende der einjährigen Bindungsfrist (§ 53 Abs. 8 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) schriftlich erfolgen. Andernfalls verlängert sich die Wahl des Tarifs automatisch um ein Jahr; die Kündigung ist dann jeweils nur zum Ablauf dieses Jahres zulässig. Ein Sonderkündigungsrecht besteht nur in besonderen Härtefällen. Während der Bindungsfrist und der Teilnahme an dem Tarif kann die Mitgliedschaft nicht beendet werden; das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4 Satz 5 bleibt davon unberührt.

(4) - (6) . . .“

8. § 67 Abs. 2 bis 5 werden wie folgt geändert:

**„§ 67
Hausarztzentrierte Versorgung**

(1) . . .

(2) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig. Sind Versicherte bereits in einem anderen Hausarztprogramm der Knappschaft eingeschrieben, ist ein Wechsel nur unter Einhaltung der jeweiligen Kündigungsfristen möglich. Die gleichzeitige Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung und an der integrierten Vollversorgung prosper/proGesund ist ausgeschlossen. Ein Wechsel von der hausarztzentrierten Versorgung in die Integrierte Vollversorgung prosper/proGesund ist auch innerhalb der Mindestbindungszeit möglich. Dabei gilt die Erklärung zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung prosper/proGesund gleichzeitig als Kündigung der Teilnahmeerklärung zur hausarztzentrierten Versorgung mit Wirkung zum Quartalsende. Eine Mitgliedschaft bei prosper/proGesund beginnt in diesen Fällen mit dem ersten Tag des Folgequartals.

(3) Mit der Teilnahmeerklärung wählen die Versicherten aus dem Kreis der im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 eingebundenen Ärzte ihren koordinierenden Hausarzt. An diese Wahl sind sie mindestens ein Jahr gebunden (Mindestbindungszeit). Im Vertretungsfall ist der vom gewählten Arzt benannte Vertretungsarzt aufzusuchen. Der innerhalb des Programms koordinierende Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden (z. B. schwerwiegende Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses). In diesen Fällen beginnt mit der Wahl eines anderen koordinierenden Hausarztes eine neue einjährige Mindestbindungszeit.

(4) Die Versicherten verpflichten sich schriftlich, während der Programmteilnahme nur den von ihnen nach Absatz 3 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Leistungen nur auf dessen Überweisung. Ausgenommen hiervon sind grundsätzlich Fachärzte für Gynäkologie, Augenärzte, Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie medizinische Notfälle. Bei vorliegendem Fehlverhalten können

der/dem Versicherten entstandene Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden. Des Weiteren kann ein solches Fehlverhalten zum Ausschluss aus der hausarztzentrierten Versorgung führen.

- (5) Die Teilnahme der Versicherten beginnt mit der wirksamen Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung. Eine Kündigung der Teilnahme durch Versicherte ist innerhalb der Mindestbindungszeit nur in Härtefällen möglich, in denen eine Fortführung des Programms aus schwerwiegenden Gründen unmöglich oder unzumutbar ist (z. B. Praxis-schließung, Wohnortwechsel). Danach ist eine Kündigung mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der Knappschaft schriftlich zu erklären.
- (6) . . .“

Artikel 2

1. Artikel 1 Nrn. 1 bis 8 treten mit Wirkung vom 01.01.2011 in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 11. Mai 2011.

Grunwald

Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der von der Vertreterversammlung am 11. Mai 2011 beschlossene 31. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme von Artikel 1 Nr. 8 § 67 (Hausarztzentrierte Versorgung) Absatz 4 Satz 3 und 4 und insoweit Artikel 2 gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 27. Juni 2011

II3-59022.01226/2005

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag

(Beckschäfer)