

Bekanntmachung

22. Nachtrag zur Satzung der BKK Textilgruppe Hof

Der Verwaltungsrat unserer Betriebskrankenkasse hat in seiner Sitzung am 5. Dezember 2016 die folgenden Änderungen der Kassensatzung beschlossen:

§ 12 Leistungen

VI. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf alle veranlassten oder auf einzelne Bereiche veranlasster Leistungen beschränkt werden.
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden.

Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., mindestens 2,50 EUR und maximal 40,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungs-verzichts nicht der Erstattung.

Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Der Erstattungsbetrag ist um 7,5 v. H., mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

§ 13c Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden.

Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13d Wahltarif Besondere ambulante ärztliche Versorgung

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die besondere ambulante ärztliche Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13d Wahltarif Strukturierte Behandlungsprogramme

- I. Die Betriebskrankenkasse führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
 2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
 4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
 5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
 6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

- II. Versicherte, die an den strukturierten Behandlungsprogrammen nach Ziffer I teilnehmen, erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V zum Zeitpunkt der Einschreibung eine einmalige Prämienzahlung in Höhe von 50 EUR. § 8b Absatz IV gilt.

§ 16c Flash-Glukose-Messsystem

- I. Die BKK erstattet Versicherten die Kosten eines Flash-Glukose-Messsystems bestehend aus einem Lesegerät und den dazugehörigen Sensoren, sofern
1. ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus vorliegt,
 2. bereits eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie durchgeführt wird
 3. und ein individuelles Therapieziel festgelegt sowie der Behandlungsverlauf dokumentiert wird.
- II. Ein zugelassener Vertragsarzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat die Notwendigkeit auf einer Verordnung bestätigt. Vertragsärzte bzw. berechnigte Ärzte in diesem Sinne sind:
- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
 - Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie“
- III. Bei dem Flash-Glukose-Messsystem muss es sich um ein zugelassenes Medizinprodukt (CE-Kennzeichnung muss vorhanden sein) handeln. Die Nutzung dieses Systems durch den Versicherten muss ohne Zugriff Dritter, insbesondere des Herstellers, auf die personenbezogenen oder -beziehbaren Daten der Versicherten möglich sein.
 - IV. Die BKK muss vor der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem dieser zugestimmt haben und der Versicherte in der sicheren Anwendung des Gerätes geschult sein.
 - V. Die BKK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten, maximal jedoch 62,00 € alle 2 Jahre für das Lesegerät sowie max. 360,00 € für höchstens 6 Sensoren in einem Quartal.
 - VI. VI. Den Versicherten entsteht eine Zuzahlung analog § 33 Abs. 8 SGB V i.V.m. § 61 SGB V. Diese ist einmalig für das Lesegerät und einmalig pro Quartalsversorgung (6 Sensoren) zu entrichten.

Die vorstehend genannten Satzungsänderungen treten zum 1. Januar 2017 in Kraft.

Die vom Verwaltungsrat am 5. Dezember 2016 beschlossene Satzungsänderung wurde von der Regierung von Mittelfranken – Oberversicherungsamt Nordbayern – mit Bescheid vom 13. Dezember 2016, AZ: RMF-SG12-6322-2-2-2, genehmigt.

Die komplette Satzung finden Sie im Impressum auf unserer Homepage (www.BKK-Textilgruppe-Hof.de) oder liegt zur Einsichtnahme in den Kassenräumen aus.

BKK Textilgruppe Hof



Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
Schoberth



Der Vorstand
Knöchel

Aushang für 4 Wochen am:

21.12.2016

Abnahme der Bekanntmachung am: