

22. Nachtrag zur Satzung der Bertelsmann BKK (in der Fassung vom 15.06.2007)

Artikel I

In § 4 Abs. II Nr. 7, Widerspruchsausschuss

Die Nummer 7 wird wie folgt neu gefasst:

Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind, mindestens zwei Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind und hiervon mindestens ein Mitglied der Gruppe der Versichertenvertreter angehört.

In § 5 werden folgende Passagen neu gefasst:

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der BKK versicherten Personen umfasst:

3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

II. Freiwillige Mitglieder

Der Versicherung zur BKK können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten:

3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
6. innerhalb von 6 Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig geworden sind, deren

Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren,

7. innerhalb von 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

§ 12 Abs. I

Der zweite Spiegelstrich wird wie folgt neu gefasst:

- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten

§ 12 Abs. II Nr. 2, Haushaltshilfe

Im ersten Absatz wird „soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen“ gestrichen.

Die Anlage zu § 12 Abs. II Nr. 4 wird neu gefasst

§ 12 Abs. II Nr. 6 b, Zusätzliche Leistungen

Die bisherige Regelung wird gestrichen und wie folgt neu gefasst:

b) Zusätzliche Leistungen

Versicherte erhalten einen Zuschuss zu den nachfolgend genannten Leistungen:

- Die BKK bezuschusst über den Leistungsrahmen des § 28 SGB V hinaus zahnärztliche Leistungen der professionellen Zahnreinigung. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnimmt oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist. Der Zuschuss ist auf 20 Euro im Kalenderjahr begrenzt.
- Versicherte erhalten einmal jährlich über die in § 23 Abs. 1 SGB V genannte ärztlich Behandlung hinaus einen Zuschuss zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind und sich auf Vorsorgemaßnahmen beziehen. Der Zuschuss zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ist auf insgesamt 20 Euro im Kalenderjahr begrenzt.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird. Er gilt für folgende bezuschussungsfähige Untersuchungen:

1. Ultraschalluntersuchung der weiblichen Brust bei Frauen bis einschließlich zum Alter von 49 Jahren, bei denen z.B. folgende Risikofaktoren vorliegen:
 - hohe Brustdichte,
 - familiäre Vorbelastung oder
 - während einer Hormonersatztherapie
 2. PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs bei Männern, bei denen z.B. folgende Risikofaktoren vorliegen:
 - Alter von 55 bis 69 Jahren oder
 - familiäre Vorbelastung
 3. Augeninnendruckmessung zur Glaukom-Früherkennung für Versicherte, bei denen z.B. folgende Risikofaktoren vorliegen:
 - ab dem Alter von 40 Jahren,
 - bekannte Glaukom-Erkrankung in der Familie oder
 - hohe Myopie.
 4. Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs für Versicherte bis zum Alter von 34 Jahren, bei denen z.B. folgende Risikofaktoren vorliegen:
 - bei bekannter Hautkrebserkrankung in der Familie,
 - mit hellem Hauttyp,
 - mit kongenitalem Naevus,
 - mit aktinischer Keratose,
 - mit nicht-melanozytärem Hautkrebs in der Vorgeschichte,
 - in der Immunsuppression oder
 - nach Röntgenkombinationsschaden.
- Die BKK bezuschusst für versicherte Frauen die Kosten für eine Rufbereitschaftspauschale der Hebamme für die Zeit der 38. bis 42. Woche der Schwangerschaft. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. Der Zuschuss ist auf 100 Euro im Kalenderjahr begrenzt.
 - Die BKK bezuschusst für versicherte Frauen die Kosten von Vorsorge- und zusätzliche Leistungen während der Schwangerschaft. Zuschussfähig sind im Einzelfall mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation nach ärztlicher Beratung sowie Aufklärung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt über die gesetzlich geregelten Vorsorgeleistungen und Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien hinaus folgende Zusatzleistungen:
 1. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bzw. 3-D oder Farbdoppler-Ultraschall bei schwangeren Frauen mit möglichen Risikofaktoren oder einer möglichen Gefährdung des ungeborenen Kindes.
 2. Toxoplasmose-Screening bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z.B. Kontakt mit Katzen).
 3. Triple-Test bei schwangeren Frauen mit positiver Familienanamnese oder besonders begründeter Indikation.

Der Anspruch besteht, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken oder eine Schwächung der Gesundheit der Schwangeren, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Vorsorgeleistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung

(Kassenarzt) im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnimmt oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist.

Der Zuschuss ist auf 100 Euro im Kalenderjahr begrenzt.

- Versicherte können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen Parietale, Viszerale und Craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt wäre.

Die BKK übernimmt die Kosten für bis zu 3 Sitzungen im Kalenderjahr. Je Sitzung werden bis zu 40 Euro übernommen, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Zur Erstattung ist eine ärztliche Verordnung einzureichen.

Bezuschusst werden die tatsächlich entstandenen und durch Originalrechnung nachgewiesenen Kosten.

Der Zuschuss für die zusätzlichen Leistungen ist insgesamt im Kalenderjahr auf 120 Euro je Versicherten begrenzt.

§ 12 Abs. II Nr. 6 c, Osteopathische Behandlung

Die Regelung wird gestrichen.

§ 12 Abs. II Nr. 6 d, Künstliche Befruchtung

Aus § 12 Abs. II Nr. 6 d wird § 12 Abs. II Nr. 6 c.

§ 12 Abs. II Nr. 8, Schutzimpfungen

Die bisherige Regelung wird gestrichen und wie folgt neu gefasst:

Die BKK übernimmt die Kosten für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten im Rahmen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 20 i Abs. 1 SGB V.

Versicherte erhalten darüber hinaus auch für die anderen von der STIKO in den Kategorien „S“, „A“, „I“, „R“ und „P“ oder im Einzelfall ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten einen Zuschuss, es sei denn, diese sind beruflich bedingt.

Bezuschusst werden die tatsächlich entstandenen und durch Originalrechnung nachgewiesenen Kosten. Der Zuschuss ist insgesamt im Kalenderjahr auf 50 Euro je Versicherten begrenzt.

Die Kosten der HPV-Impfung werden für Frauen bis zum Alter von 26 Jahren übernommen. Kann die HPV-Impfung nicht als Sachleistung erbracht werden, besteht ein Anspruch auf Erstattung bis zur Höhe des Betrages, der bei der Sachleistung entstanden wäre.

§ 12 Abs. II Nr. 10, Primärprävention

Der erste Absatz wird gestrichen und wie folgt neu gefasst:

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz in den dort aufgeführten prioritären Handlungsfeldern:

Artikel II

Der Satzungsnachtrag wurde am 07.12.2016 beschlossen und tritt am 01.01.2017 in Kraft.

Michael Aust
Vorsitzender des Verwaltungsrates