

BEKANNTMACHUNG

16. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK (vom 1. Januar 2014)

Artikel I

1. § 13 Abs. 4 wird geändert:

§ 13 Leistungen

(4) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

~~1. Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V (Rabattvertrag) mit Arzneimittelherstellern abgeschlossen hat. Versicherte haben jedoch auch die Wahlmöglichkeit, ein anderes als eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel oder als ein Rabatt-Arzneimittel der BKK zu wählen.~~

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB 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 ein anderes Arzneimittel wählen,

a) als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder

b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK 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, sind von den Versicherten selbst zu tragen.

~~2. Der Versicherte hat für die Kostenerstattung die Rechnung der Apotheke im Original sowie die ärztliche Verordnung des substituierten Arzneimittels vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Eventuell höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.~~

~~Die Festbetragsregelung ist bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages zu berücksichtigen. Vom Erstattungsbetrag werden 20 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte und 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgezogen.~~

2. Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 Nr. a) errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der Preise, die in einem Rabattvertrag für den Wirkstoff des Arzneimittels vereinbart worden sind. Der Erstattungsbetrag ist um 20 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels zu kürzen.

Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 Nr. b) errechnet sich ausgehend von dem Durchschnittspreis der vier preisgünstigsten Arzneimittel, die den Wirkstoff des Arzneimittels enthalten, das Versicherte gewählt haben. Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zu dem Durchschnittspreis der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

~~3. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Die Erstattungsbeträge nach Absatz 2 sind um 5 v. H., maximal 40 € für Verwaltungskosten zu kürzen.~~

3. Es gelten § 13 Abs. 3 Nr. 4., 5. und 6.

2. § 13d Abs. 4 wird geändert:

§ 13d Osteopathie

(4) Die Abrechnung für die osteopathische Behandlung erfolgt wie bei einem Privatpatienten. Die Rechnung des Osteopathen bezahlt der Versicherte zunächst selbst und reicht sie zusammen mit der ärztlichen Verordnung ~~im~~ **Original** bei der BKK ein. Die BKK überweist dann den Erstattungsbetrag auf das vom Versicherten angegebene Konto.

3. § 13e wird geändert:

§ 13e Glaukom-Früherkennung

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK die Kosten für eine von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführte Glaukom-Früherkennungsuntersuchung zu 90 v. H., aber maximal in Höhe von 20,00 € pro Versicherten und Kalenderjahr.

Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass eine Erkrankung bezogen auf diese Vorsorgeuntersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

Der Anspruch besteht für Versicherte ab einem Alter von 40 Jahren.

Zur Kostenerstattung sind der BKK spezifizierte Rechnungen ~~im Original~~ vorzulegen. Die Erstattung erfolgt auf das vom Versicherten benannte Konto.

4. § 13f Abs. 2 wird geändert:

§ 13f Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung

(2) Hebammenrufbereitschaft

Die BKK übernimmt für Versicherte, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme ~~und nicht durch ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus~~ in Anspruch nehmen, die Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft (38. – 42. Schwangerschaftswoche) entstehen.

Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die Bereitschaft zu sofortiger mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

Zur Kostenerstattung sind der BKK spezifizierte Rechnungen ~~im Original~~ vorzulegen.

Erstattet werden jeweils 90 v. H. des Rechnungsbetrages für die Leistungen nach Absatz (1) und Absatz (2), insgesamt nicht mehr als 200 Euro je Schwangerschaft. ~~sofern das neugeborene Kind zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der BKK versichert ist.~~

5. § 13h Abs. 2 wird geändert:

§ 13h Professionelle Zahnreinigung (PZR)

(2) Erstattet werden die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 50 Euro je Kalenderjahr. Zur Erstattung sind ~~Originalrechnungen~~ Rechnungen vorzulegen.

6. § 13i wird neu eingefügt:

§ 13i Nichtzugelassene Leistungserbringer – ambulante Behandlung

- (1) Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
- (2) Die BKK trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Ein Anspruch des Leistungserbringers auf Vertragsabschluss besteht nicht.
- (3) Über Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.
- (4) Die BKK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die BKK den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
- (5) Versicherte haben Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und gegebenenfalls ärztliche Verordnungen nachzuweisen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung die die BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

7. § 13j wird neu eingefügt:

§ 13j Nichtzugelassene Leistungserbringer – stationäre Behandlung

- (1) Die BKK übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V.
Voraussetzungen dafür sind:

- a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
 - b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
 - d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der BKK vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 - e) die BKK hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
- (2) Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
- (3) Mit der Zustimmung nach Abs. 1 Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

8. § 15 wird wie folgt geändert:

§ 15 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

(1) Bonus für Erwachsene (nach Vollendung des 15. Lebensjahres)

Basis-Aktivitäten

1. Der/Die Versicherte nimmt zwischen dem 18. und dem 35. Lebensjahr einmalig an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Absatz 1 SGB V teil.
2. Der/Die Versicherte nimmt ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle ~~2~~ 3 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Absatz 1 SGB V teil.
3. Der/Die Versicherte nimmt jährlich (Frauen ab 20 Jahren, Männer ab dem Alter von 45 Jahren) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Absatz 2 SGB V teil.

(2) Bonus für Kinder (bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres)

Wahl-Aktivitäten

4. Versicherte Kinder/Jugendliche ab dem 6. Lebensmonat nehmen eine zahnärztliche Untersuchung nach § 26 Absatz 1 oder § 22 Absatz 1 SGB V in dem jeweiligen Kalenderjahr in Anspruch

9. § 16 wird wie folgt geändert:

§ 16 Persönliche elektronische Gesundheitsakte

- (3) Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß ~~Nr. 2~~ Abs. 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die ~~SKD~~ BKK.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat der SKD BKK hat den 16. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK in der Sitzung am 5. Dezember 2019 beschlossen.
2. Der 16. Nachtrag zur Satzung der SKD BKK tritt am Tag nach der öffentlichen Bekanntmachung in Kraft.

Schweinfurt, 5. Dezember 2019

gez. Dr. Muharrem Cinar
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 5. Dezember 2019 beschlossene 16. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

Bonn, den 16. Januar 2020
213-59217.0-314/2014

Bundesamt für Soziale Sicherung
im Auftrag
Beckschäfer

Aushang am 17.01.2020 – bis 16.02.2020