

25. Nachtrag - Änderung der Satzung der BKK-VBU vom 01.01.2020

Artikel I

Änderungsbefehl: „§ 13 der Satzung wird wie folgt gefasst:“

§ 13 Leistungen gemäß § 11 SGB V

(1) Allgemeiner Leistungsumfang gemäß § 11 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V

Die Versicherten der mkk-meine krankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V)
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V)
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V)
5. des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

(2) Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Absatz 2 Satz 5 SGB V

1. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt.
2. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

(3) Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 2 SGB V

1. Die mkk-meine krankenkasse gewährt auch dann Haushaltshilfe,

- a) wenn die Versicherten häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhalten und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt.
- b) wenn und solange den Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe ist auf 14 Einsatztage je Erkrankung begrenzt und darf einen Zeitraum von 3 Wochen nicht überschreiten. Eine erneute Inanspruchnahme ist frühestens nach Ablauf von 4 Wochen, ausgehend vom letzten Einsatztag, möglich. Dabei darf die Höchstdauer von insgesamt 28 Einsatztagen im Kalenderjahr nicht überschritten werden.
- c) Die Haushaltshilfe nach § 13 Absatz 3 Nr. 1a und § 13 Absatz 3 Nr. 1b wird für maximal 2 Stunden je Einsatztag gewährt.
- d) Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, davon abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
- e) Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

(4) Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit gemäß § 47 Absatz 3 SGB V

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

(5) Kostenerstattung gemäß § 13 Absatz 2 SGB V

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die mkk-meine krankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im 4. Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der mkk-meine krankenkasse 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 von den Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Die Versicherten sind mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden.

Sie können die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Frist von 2 Wochen zum Quartalsende schriftlich beenden.

4. Die Versicherten haben Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen (und, soweit vorhanden, durch die ärztliche Verordnung) nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die mkk-meine krankenkasse 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., maximal 40,00 Euro für Verwaltungskosten 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 Erstattungsverzichts 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 5 v. H., jedoch maximal um 50,00 Euro für Verwaltungskosten 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 mkk-meine Krankenkasse 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.

(6) Kostenerstattung Wahlarzneimittel gemäß § 13 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 130 Abs. 1a SGB V bzw. § 130a Absatz 1b SGB V

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 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,
 - a) als dasjenige, für das die mkk-meine Krankenkasse eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
 - b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 6 SGB V abzugeben 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 mkk-meine Krankenkasse 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 für Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 Satz 6 SGB V ist um 10 v. H. als Abschlag für die der mkk-meine Krankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie 5 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

(7) Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die mkk-meine krankenkasse übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen:

(8) Künstliche Befruchtung

1. Versicherte der mkk-meine krankenkasse erhalten über den gesetzlichen Anspruch nach § 27a Absatz 3 Satz 3 SGB V hinaus einen weiteren Zuschuss zu den mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten je Behandlungsversuch. Der Zuschuss beträgt 600,00 Euro je Behandlungsversuch, jedoch nicht mehr als die den Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten. Sind beide Ehegatten bei der mkk-meine krankenkasse versichert, beträgt der Zuschuss je Ehepaar insgesamt höchstens 600,00 Euro je Behandlungsversuch, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
2. Der Kostenzuschuss nach Nr. 1 wird nach Vorlage einer spezifizierten Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers geleistet.

(9) Ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

1. Versicherte der mkk-meine krankenkasse 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 mkk-meine krankenkasse mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Absatz 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
2. Die mkk-meine krankenkasse 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. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung 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.
3. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen. Die mkk-meine krankenkasse führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Absatz 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten.

4. Soweit die vertraglichen Regelungen nicht dagegenstehen, gilt für die veranlassten Leistungen § 13 Absatz 5 Nr. 1 entsprechend.

(10) Nicht zugelassene Leistungserbringer – stationäre Behandlung

1. Die mkk-meine krankenkasse übernimmt im Rahmen von § 11 Absatz 6 SGB V die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung nach § 39 Absatz 4 SGB V unter folgenden Voraussetzungen:
 - a) mit dem Krankenhaus wurde eine Vereinbarung nach Nr. 4 getroffen, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet,
 - b) es liegt Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V vor und sie wird vom Arzt bescheinigt,
 - c) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - d) es handelt sich nicht um eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossene Behandlungsmethode,
 - e) der mkk-meine krankenkasse wurde vor Behandlungsbeginn ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers vorgelegt,
 - f) die mkk-meine krankenkasse hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
3. Die Versicherten erhalten mit der Zustimmung eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die mkk-meine krankenkasse sowie die voraussichtliche Höhe des zu leistenden Eigenanteils.
4. Die mkk-meine krankenkasse schließt unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V mit nicht zugelassenen Krankenhäusern Vereinbarungen über die Erbringung stationärer Krankenhausbehandlung. Vertragspartner der Vereinbarungen können nur Krankenhäuser sein, deren Qualifikation mit denen der im 4. Kapitel des SGB V genannten Krankenhäusern vergleichbar ist und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.
5. Die BKK mkk-meine krankenkasse führt ein Verzeichnis der Krankenhäuser, für die Vereinbarungen nach Nr. 4 getroffen worden sind. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben zu den Leistungsinhalten sowie zu Eigenbeteiligungen der Versicherten. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Kasse stellt ihnen auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

(11) Weitere bezuschusste Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

1. Die mkk-meine krankenkasse beteiligt sich, zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme nachfolgend aufgeführter weiterer Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V.
2. Der Gesamtanspruch der oder des Versicherten für die Inanspruchnahme von Leistungen nach Absatz (12) bis Absatz (19) ist insgesamt auf **500,00 Euro** pro Kalenderjahr begrenzt. Die Höhe des jeweiligen maximalen Zuschusses für die Inanspruchnahme der einzelnen Leistungen ergibt sich aus den Absätzen (12) bis (19).
3. Aus den Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung nach Absatz (20), Absatz (21), Absatz (22) und Absatz (23) können Versicherte individuell auswählen und hierfür insgesamt einen kalenderjährlichen Zuschuss in Höhe von bis zu 400,00 € von der mkk-meine krankenkasse erhalten. Der Zuschuss je Einzelleistung beträgt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten und wird auf den Gesamtanspruch von 400,00 Euro je Kalenderjahr angerechnet.
4. Eine Übertragung von gegebenenfalls nicht in Anspruch genommenen Zuschüssen auf das folgende Kalenderjahr oder andere Versicherte ist nicht möglich.
5. Maßgeblich für die Zuordnung zum jeweiligen Anspruchszeitraum ist der tatsächliche Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme (Datum der Leistungserbringung). Bei kalenderjahresübergreifenden Behandlungen entscheidet allein der Abschluss der Behandlung über die Zuordnung zum jeweiligen Anspruchszeitraum. Gegebenenfalls anfallende Kosten für das Ausstellen einer detaillierten Rechnung werden von der mkk-meine krankenkasse nicht erstattet.

(12) Versiegelung von Glattflächen bei Kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband

1. Die mkk-meine krankenkasse gewährt Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres über die Regelleistung hinaus auf Grundlage von § 11 Absatz 6 i. V. m. § 28 Absatz 2 SGB V einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 100,00 Euro zur Versiegelung der Glattflächen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung mit Multiband. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2.
2. Zur Erstattung ist eine spezifizierte Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers einzureichen.

(13) Retainer

1. Die mkk-meine krankenkasse beteiligt sich zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer in Anspruch genommenen kieferorthopädischen Behandlung, soweit diesbezüglich eine Leistungspflicht der mkk-meine krankenkasse besteht und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde, als Alternative zu herausnehmbaren Retentionsapparaturen nach den folgenden Absätzen über die Regelleistung hinaus auf Grundlage von § 11 Absatz 6 i. V. m. § 28 Absatz 2 SGB V an den Kosten eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers (Retainer). Ebenfalls leistet sie einen Zuschuss für anfallende Reparaturleistungen während einer gemäß § 28 Absatz 2 Satz 6 und 7 SGB V laufenden kieferorthopädischen Behandlung.
2. Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten des Retainers ist dessen Einsetzen durch einen zugelassenen oder einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Kostenbeteiligung erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, umfasst insgesamt jedoch maximal 150,00 Euro.
3. Der Zuschuss für anfallende Reparaturkosten beträgt insgesamt maximal 50,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
4. Für die jeweilige Kostenbeteiligung nach Nr. 2 und Nr. 3 gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2.
5. Für anfallende Reparaturleistungen nach einer erfolgreich abgeschlossenen kieferorthopädischen Behandlung gewährt die mkk-meine krankenkasse keinen Zuschuss. Gleiches gilt für Reparaturleistungen nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses bei der mkk-meine krankenkasse.
6. Die Kostenbeteiligung für den Retainer bzw. der Zuschuss für eine anfallende Reparaturleistung werden unter Vorlage der Rechnung nach erfolgreichem Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung mit der Erstattung der Eigenanteile geleistet. Die Rechnung muss neben der Bezeichnung des Leistungserbringers nach Nr. 2. den Namen der bzw. des Versicherten, den Behandlungstag bzw. den Tag der Reparaturleistung, die detaillierte Leistungsbenennung, die Abrechnungsposition sowie die Kosten erkennen lassen.
7. Kostenbeteiligung und Zuschuss entfallen bei zusätzlicher vertraglicher Abrechnung von eingesetzten herausnehmbaren Retentionsapparaturen durch den behandelnden Leistungserbringer nach Nr. 2.

(14) Osteopathie

1. Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung 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 Leistungs-

erbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

2. Die mkk-meine krankenkasse beteiligt sich für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten an den Kosten der Leistung nach Nr 1. Erstattet werden bis zu 50,00 Euro je Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten je Sitzung. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2. Zur Erstattung sind die Rechnung(en), sowie eine ärztliche Verordnung vorzulegen.

(15) Professionelle Zahnreinigung

1. Versicherte der mkk-meine krankenkasse haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Absatz 2 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung durch einen Vertragszahnarzt, Vertragskieferorthopäden oder einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Altersgrenze gemäß § 28 Absatz 2 Satz 6, § 29 Absatz 4 SGB V i. V. m. Abschnitt B Nr. 4 Absatz 1 KFO-RL gilt.
3. Der Zuschuss wird einmalig im Kalenderjahr in Höhe von maximal 30,00 Euro – jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten – gewährt. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2. Zur Erstattung des Zuschusses ist die Rechnung vorzulegen.

(16) Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

1. Die mkk-meine krankenkasse erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern
 - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
 - b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf einem Privatrezept erfolgte und
 - c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
2. Die mkk-meine krankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Nr. 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100,00 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.
3. Für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie für versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (mit Entwicklungsstörung) erstattet die mkk-meine krankenkasse abweichend von Nr. 2 die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel in voller Höhe, für

alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 150,00 Euro pro Kalenderjahr und Kind bzw. Jugendlichen.

4. Für die jeweilige Kostenerstattung nach Nr. 2 und Nr. 3 gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2.
5. Zur Erstattung sind der mkk-meine krankenkasse die spezifizierten Rechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.
6. Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
7. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

(17) Sportmedizinische Beratung und Untersuchung

1. Über die gesetzlichen Regelungen hinaus beteiligt sich die mkk-meine krankenkasse auf der Basis von § 11 Absatz 6 i. V. m. § 23 SGB V im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung an den Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden und entsprechende Risikofaktoren vorliegen. Derartige Risikofaktoren sind:
 - a) erhöhtes Körpergewicht
 - b) erhöhter Blutdruck
 - c) kardiovaskuläre Vorerkrankungen
 - d) Atemwegserkrankungen
 - e) Skelettvorerkrankungen, z. B. Skoliose
 - f) Diabetes
 - g) Rauchen
 - h) Alkoholmissbrauch
2. Sofern ärztlich bescheinigte, besondere weitere Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Spiroergometrie, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.
3. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von einem mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ zugelassenen Vertragsarzt, von einer sportmedizinischen Einrichtung eines Universitätsklinikums oder von einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ erbracht wird.
4. Die mkk-meine krankenkasse beteiligt sich mit maximal 80,00 Euro an den tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten der Untersuchung. Werden die unter Nr. 2 aufgeführten zusätzlichen Untersuchungen in Anspruch genommen, werden insgesamt nicht mehr als 150 Euro erstattet. Dabei gilt die

kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2. Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen und die ärztliche(n) Bescheinigung(en) nach Nr. 1 und Nr. 2 vorzulegen.

5. Eine erneute Erstattung für die Inanspruchnahme einer sportmedizinischen Beratung und die sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ist möglich, wenn seit der letzten Inanspruchnahme der Leistung mindestens zwei Jahre vergangen sind.

(18) Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

1. Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die mkk-meine krankenkasse im Einzelfall die Kosten in Höhe von maximal 60,00 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:
 - a) Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
 - b) die Untersuchung wird von einer Fachärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.
2. Für die Kostenerstattung nach Nr. 1 gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2. Zur Kostenerstattung ist neben der personalisierten Rechnung die ärztliche Bestätigung der o. g. Vorbelastung einzureichen.

(19) Zahnärztliche Leistungen (Abformverfahren)

1. Die mkk-meine krankenkasse beteiligt sich über die Regelleistung hinaus auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V i. V. m. § 28 Absatz 2 SGB V an den Kosten für moderne Gebiss-Abformverfahren inkl. der elektronischen Speicherung des erhobenen Befundes, wenn diese im Zusammenhang mit (vertragszahnärztlich zugelassenen) Maßnahmen zur Verhütung, Früherkennung oder Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten durchgeführt werden.
2. Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten der Maßnahme nach Nr. 1 ist die Durchführung durch einen Vertragszahnarzt oder durch einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer. Die Kostenbeteiligung für die erstmalige Inanspruchnahme erfolgt in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten bis zu einem Betrag von 150,00 Euro. Frühestens nach Ablauf von 3 Jahren seit der erstmaligen Inanspruchnahme ist einmalig eine erneute Kostenbeteiligung in Höhe von 50,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten, möglich. Voraussetzung hierfür ist die Bestätigung des Vertragszahnarztes bzw. des nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers über eine Veränderung des bislang erhobenen Befundes. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 2. Zur Erstattung des Kostenzuschusses ist der mkk-meine krankenkasse die Rechnung des Leistungserbringers vorzulegen.

3.
(20) Arzneimittel für Schwangere

1. Die mkk-meine krankenkasse erstattet für schwangere Versicherte alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Folsäure und/oder Magnesium als Monopräparate oder Kombinationspräparate und für Mütter von der Geburt bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres ihres Kindes alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Jodid als Monopräparat, sofern
 - a) die Verordnung des Arzneimittels auf Privatrezept erfolgte und
 - b) das Arzneimittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde

in voller Höhe. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 3.

2. Zur Erstattung sind der mkk-meine krankenkasse die spezifizierten Rechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.
3. Von der Versorgung nach Absatz 1 sind Arzneimittel nicht umfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen sind. Die Erstattung von Kosten für Nahrungsergänzungsmittel mit Jodid, Eisen, Magnesium oder Folsäure ist ausgeschlossen.
4. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

(21) Rufbereitschaft Hebammen

1. Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die mkk-meine krankenkasse Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder nach § 13 Absatz 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.
2. Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme einmal je Schwangerschaft bis zur kalenderjährlichen Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 3. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der mkk-meine krankenkasse die Rechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

(22) Schwangerschaftsvorsorge

1. Die mkk-meine krankenkasse beteiligt sich über die gesetzlichen Leistungen hinaus und auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 i. V. m. § 23 SGB V mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen bei Schwangerschaft. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 3.
2. Die mkk-meine krankenkasse beteiligt sich mit einem Zuschuss an den ärztlichen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:
 - a) B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
 - b) Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
 - c) Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- d) Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden.
3. Zur Erstattung ist der mkk-meine krankenkasse die jeweilige Rechnung vorzulegen.
4. Soweit die Schwangere eine oder mehrere der vorgenannten Leistungen zur Schwangerschaftsvorsorge bereits im Rahmen der Teilnahme am Wahltarif besondere Versorgung (§ 140a SGB V) gemäß § 16d der Satzung in Anspruch genommen hat, ist eine zusätzliche Inanspruchnahme dieser Leistung(en) nach dieser Regelung ausgeschlossen.

(23) Partner-Geburtsvorbereitungskurs

1. Die mkk-meine krankenkasse beteiligt sich je Schwangerschaft an den Kosten für die Teilnahme einer Begleitperson der Schwangeren an einem Partner-Geburtsvorbereitungskurs. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach Absatz (11) Nr. 3. Voraussetzung ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134a Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Absatz 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.
2. Zur Erstattung ist der mkk-meine krankenkasse die jeweilige Rechnung vorzulegen.

§ 13c der Satzung wird wie folgt gefasst:

§ 13c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

1. Die mkk-meine krankenkasse bietet ihren Versicherten Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz an. Insbesondere werden Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren von der mkk-meine krankenkasse angeboten, die dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.
2. Die von der mkk-meine krankenkasse gewährten Leistungen müssen den „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz 2 SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz“ in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.
3. Grundsätzlich bietet die mkk-meine krankenkasse die Leistungen nach Nr. 2 selbst an und informiert ihre Versicherten darüber in geeigneter Form. Werden Leistungen von Dritten erbracht, übernimmt die mkk-meine krankenkasse die Kosten in Höhe von 80 v.H. soweit die Voraussetzungen nach Nr. 2 erfüllt sind und die Leistung nachweislich die digitale Gesundheitskompetenz der oder des Versicherten fördert. Versicherte können mehrere Leistungen je Kalenderjahr in Anspruch nehmen. Der Höchstzuschuss für alle Leistungen beträgt insgesamt je Kalenderjahr maximal 400,00 Euro.
4. Vor der Inanspruchnahme einer Leistung, die durch Dritte erbracht wird, ist vom Versicherten ein formloser Antrag bei der mkk-meine krankenkasse zu stellen, der Informationen zu Inhalt, Methodik, Qualität und den entstehenden Kosten erhält.
5. Zur (anteiligen) Erstattung der Kosten ist der mkk-meine krankenkasse der entsprechende Nachweis über die Inanspruchnahme der Leistung in Form einer Teilnahmebescheinigung, die Informationen über den vermittelten Inhalt der Leistung enthält, und die Rechnung vorzulegen.
6. Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne direkten Gesundheitsbezug vermitteln (z. B. Anwendung von Hard- und Software) oder die offene oder verdeckte Produktwerbung enthalten, dürfen von der mkk-meine krankenkasse nicht angeboten oder finanziell bezuschusst werden.



Artikel II

Inkrafttreten

Dieser Satzungsnachtrag wurde in der Sitzung des Verwaltungsrates der BKK-VBU am 06.12.2023 [...] beschlossen. Er tritt mit dem 01.01.2024 in Kraft.
einstimmig

Erkner, den 06.12.2023



Frank Kirstan
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 6. Dezember 2023 beschlossene 25. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 27. Dezember 2023

213 – 10204#00023#0010

Bundesamt für Soziale Sicherung

Im Auftrag
Antje Domscheit

Beglaubigt

Tarifbeschäftigter

