

3. Nachtrag zur Satzung der BKK VerbundPlus

Die Satzung der BKK VerbundPlus vom 01. Januar 2015 wird wie folgt geändert:

Artikel I

§ 2 Verwaltungsrat

(3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 33 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

- 1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1b SGB V),**
- 2. den Haushaltsplan festzustellen (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),**
- 3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.**
- 4. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),**
- 5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,**
- 6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,**
- 7. den Vorstand zu überwachen,**
- 8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB IV),**
- 9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen (§197 Abs.1 Nr.5 SGB V),**

10. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen (§ 171a Abs.1 Satz 1 SGB V bzw. § 150 Abs.1 Satz 1 SGB V),
11. über die Schließung einer Geschäftsstelle zu beschließen.

§ 3 Vorstand

- (1) Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an (§ 35 a Abs. 4 Satz 1 SGB IV).
- (2) Keine Änderungen im Inhalt.
- (3) Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35 a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV),
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB IV),
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten (§ 35 a Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten (§ 70 Abs. 1 SGB IV),
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen.
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,

9. **Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,**
10. **die Leistungen festzustellen und zu gewähren.**

§ 4 Widerspruchs ausschüsse

(2)

1. **Die Widerspruchs ausschüsse setzen sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und einem Vertreter aus der Gruppe der Arbeitgeber nach § 47 Abs. 2 i. V. mit § 51 SGB IV und § 36 a Abs. 2 SGB IV.**
2. **Jedes Mitglied der Widerspruchs ausschüsse hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.**
3. **Die Versichertenvertreter der Widerspruchs ausschüsse werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter der Widerspruchs ausschüsse werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder der Widerspruchs ausschüsse bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.**
4. **Das Amt der Mitglieder der Widerspruchs ausschüsse ist ein Ehrenamt. Die §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.**
5. **Der Vorsitz der Widerspruchs ausschüsse wechselt zwischen Versichertenvertreter und Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Die Vorsitzenden werden jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder der Widerspruchs ausschüsse bestimmt. Die Vorsitzenden bestimmen die Schriftführer, die auch Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein können.**
6. **Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchs ausschusses beratend teil.**

§ 5 Kreis der versicherten Personen

(1) Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

- 1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,**
- 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.**

(2) Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse VerbundPlus nur dann beitreten, wenn sie das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

(4) Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn

- 1. sie zu dem in § 1 Absatz 2 der Satzung genannten Bereich gehören oder**
- 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder**
- 3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,**
- 4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,**
- 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,**
- 6. sie bei einer/ einem Betriebskrankenkasse/ Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.**

(5) Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 12 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 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.

(5) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

Apotheken sind grundsätzlich dazu angehalten, entweder nur eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben oder eines, für das die Betriebskrankenkasse einen 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 Betriebskrankenkasse zu wählen.

Zur Erstattung sind die spezifischen Rechnungen und ärztliche Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbrin-

gung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 20 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

§ 12a Primärprävention (§ 20 Abs. 1 SGB V)

Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention), zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung), insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens "Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung" Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
- Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum:

- **Förderung des Nichtrauchens**
- **Gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums**

Diese Leistungen werden erbracht als

- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V),
- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und als
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 90 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 150 EUR je Maßnahme gewährt. Die Betriebskrankenkasse bezuschusst maximal zwei Kurse je Kalenderjahr je Versicherter.

Der Zuschuss für Präventionsmaßnahmen bei einer „BKK-Aktivwoche“ beträgt für Versicherte maximal 160 EUR, für mitversicherte Angehörige vom 6. Lebensjahr bis zur Vervollendung des 18. Lebensjahres maximal 110 EUR.

§ 12b Schutzimpfungen

Der Versicherte erhält Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, soweit nicht ein anderer Kostenträger zuständig ist. Der Versicherte erhält auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20i Abs. 1 SGB V besteht.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 EUR.

§ 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung

- (1) 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 der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) 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.

§ 13c Wahltarif besondere Versorgung

(1) Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

(2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

(3) 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

(4) Versicherten, die an einer besonderen Versorgung nach Absatz 1 teilnehmen ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme folgende Zuzahlungen:

1. Zuzahlung zur stationären Behandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V)
2. Zuzahlung zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
3. Zuzahlung zu Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)

in Höhe von 100 v. H.

Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

§ 13d Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

- gestrichen -

§ 13d Wahltarif Selbstbehalt

(2) Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

- **Prävention (§§ 20, 20i SGB V)**
- **Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung § 22a SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)**
- **medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten**
- **Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)**
- **Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)**
- **Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien**

Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

§ 16d Hebammenleistungen

(1) Rufbereitschaft Hebammen

- 1. Versicherte, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, erhalten die für die Rufbereitschaft der Hebamme innerhalb der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche der Schwangerschaft entstehenden Kosten. Voraussetzung ist, dass die Hebamme nach § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen oder berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe beinhalten.**
- 2. Der Anspruch besteht in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 EUR einmalig je Schwangerschaft. Für die Erstattung ist die Originalrechnung über die Rufbereitschaft der Hebamme vorzulegen.**

(2) Geburtsvorbereitung im Rahmen der Vorsorge

Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für einen von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Geburtsvorbereitungskurs des Partners bis zu 50 EUR, sofern dieser bei der Betriebskrankenkasse versichert ist. Die Hebamme oder der Entbindungspfleger benötigen eine Zulassung gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer. Die Erstattung erfolgt unter Vorlage der Teilnahmebescheinigung und der Originalrechnung im Rahmen der Kostenerstattung. Die Rechnung ist spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres nach der Entbindung vorzulegen.

§ 16e Schwangerschaftsleistungen (§ 23 SGB V)

Vorsorge- und zusätzliche Leistungen während der Schwangerschaft werden auf Antrag nach der Entbindung bezuschusst. 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 und/oder 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.

Insgesamt ist ein Zuschuss von maximal 150 EUR je Schwangerschaft möglich.

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.

Zur Kostenerstattung sind der Betriebskrankenkasse spezifizierte Rechnungen im Original vorzulegen.

§ 16f Mehrleistung für Flash-Glukose-Messsystem

- (1) Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten der vollständigen Versorgung mit Sensoren und einem Lesegerät für ein Flash-Glukose-Messsystem mit dem Ziel einer besseren Kontrolle des Glukoseverlaufes zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder Hyperglykämie (Überzuckerung).
- (2) Voraussetzung ist, dass eine intensivierete konventionelle Insulintherapie bei Diabetes mellitus erfolgt und die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen durch eine Verordnung bestätigt wird:
 - Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation, oder
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie.“

Ein individuelles Therapieziel ist festzulegen und der Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind von dem jeweiligen Arzt vor der Anwendung sicherzustellen. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein. Die Behandlungsmethode darf nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein.

- (3) Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für das Auslesegerät einmalig und die Kosten für Sensoren abzüglich einer Eigenbeteiligung zu dem Lesegerät sowie zu der jeweiligen Quartalsversorgung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung § 33 Absatz 8 SGB V i.V.m. § 61 SGB V.

(4) Die Betriebskrankenkasse hat der Versorgung vor Versorgungsbeginn zugestimmt.

Artikel II

Dieser Satzungsnachtrag tritt am Tag der Bekanntmachung, frühestens am 01.01.2017 in Kraft. Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkk-verbundplus.de, nachrichtlich durch 2-wöchigen Aushang in den Geschäftsstellen oder durch Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift.

Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Die Veröffentlichung im Internet erfolgte am 10.01.2017.

Der Satzungsnachtrag wurde am 12.12.2016 vom Verwaltungsrat beschlossen

12.12.2016

Datum

Verwaltungsratsvorsitzender

Vorstand