



## Nachtrag Nr. 15

Zur Satzung der BKK Diakonie; 33617 Bielefeld, vom 01.01.2010, die am 01.01.2010 in Kraft getreten ist.

### Artikel I

#### § 12 Leistungen

1. Absatz VII. Buchstabe e) Ziffer 1) wird redaktionell überarbeitet und ergänzt.

#### VII. Zusätzliche Satzungsleistungen

##### e) Medizinische Vorsorge (§ 23 SGB V) und Osteopathie (§ 32 SGB V)

##### 1) Medizinische Vorsorge

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus, erstattet die BKK Diakonie Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, die Kosten für folgende, von Ärzten durchgeführte Leistungen:

- Jährliche Hautkrebsvorsorge inklusive Auflichtmikroskopie, wenn ein Risikofaktor wie zum Beispiel eine positive Familienanamnese oder eine erhöhte Hautpigmentierung vorliegt, sofern im jeweiligen Kalenderjahr kein Anspruch im Rahmen der Regelversorgung besteht
- Glaukom-Vorsorge bei vorliegenden Risikofaktoren Sehstörungen, erhöhter Augeninnendruck, Diabetes
- Mammographie zur Brustkrebsfrüherkennung für Versicherte vor Vollendung des 50. Lebensjahres bei vorliegenden Risikofaktoren wie bspw. diagnostizierter Brustkrebs-erkrankungen im familiären Umfeld
- Ultraschalluntersuchung der Brust (Mamma-Sonographie) bei vorliegenden Risikofaktoren wie bspw. diagnostizierter Brustkrebs-erkrankungen im familiären Umfeld
- Gesundheitsuntersuchung (Check-Up) vor Vollendung des 35. Lebensjahres bei Risikofaktoren wie diagnostizierten Vorerkrankungen im familiären Umfeld, bspw. Diabetes oder Herz-Kreislauf-erkrankungen
- Versicherte erhalten bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen des Krankheitsrisikos der Osteoporose eine Erstattung für die Kosten einer Knochendichtemessung bei einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V

berechtigten Leistungserbringer im Rahmen der medizinischen Vorsorgeleistungen. Der Anspruch auf diese Untersuchung besteht unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung für weibliche Versicherte ab 55 Jahren, für männliche Versicherte ab 65 Jahren, für maximal 1 Untersuchung pro Jahr, bei Wiederholung frühestens nach 2 Jahren. Voraussetzung ist, dass für Versicherte kein Anspruch auf die Knochendichtemessung im Rahmen der Regelleistung besteht.

- Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung Sportmedizin führen.

Voraussetzungen für alle unter Punkt 1) aufgeführten zusätzlichen Leistungen ist, dass bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen oder die Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung vermieden werden kann.

Die BKK Diakonie erstattet für die aufgeführten Zusatzleistungen die Kosten bis zu einem maximalen Betrag von 200 € pro Versicherten und Kalenderjahr. Zur Erstattung sind Originalrechnungen vorzulegen.

## **§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung**

### **2. Absatz III. wird redaktionell überarbeitet und ergänzt.**

- III. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die hausarztzentrierte Versorgung. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte schriftlich über Inhalt und Ziel des Vertrags, die Freiwilligkeit der Teilnahme, Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und Folgen fehlender Mitwirkung, die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung, die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie die im Rahmen des jeweiligen Vertrags vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten, informiert. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der BKK Diakonie ohne Angabe von Gründen widerrufen. Fristwährend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK Diakonie. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK Diakonie den Versicherten eine Belehrung über ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufserklärung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufserklärung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens zum Ablauf der zeitlichen Bindung von einem Jahr erfolgen. Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

## **§ 13c Wahltarif Integrierte Versorgung**

### **3. Absatz I. wird redaktionell ergänzt.**

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen an. Für die Versicherten ist die Teilnahme an diesen Versorgungsformen freiwillig. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des

Versicherten in die Integrierte Versorgung. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte schriftlich über Inhalt und Ziel des Vertrags, die Freiwilligkeit der Teilnahme, Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und Folgen fehlender Mitwirkung, die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung, die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie die im Rahmen des jeweiligen Vertrags vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten, informiert. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der BKK Diakonie ohne Angabe von Gründen widerrufen. Fristwährend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK Diakonie. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK Diakonie den Versicherten eine Belehrung über ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufserklärung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichkeit der Widerrufserklärung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

#### **§ 13g Wahltarif besondere ambulante ärztliche Behandlung**

##### **4. § 13g wird angefügt.**

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach § 73c SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu weiteren, neben den in Absatz 3 genannten Ausnahmen von dem Überweisungsgebot ist in einer Anlage zu dieser Satzung geregelt.

- III. Der Versicherte erklärt gegenüber der Betriebskrankenkasse schriftlich seine Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, indem er sich verpflichtet, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Für die Dauer der Teilnahme können andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge ohne Überweisung nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch genommen werden.
- IV. Bei einer unzulässigen Inanspruchnahme nicht vertraglich gebundener Leistungserbringer ohne Überweisung werden Vergünstigungen im Zusammenhang mit der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung widerrufen und für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgefordert; bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten wird auch der Ersatz der Mehrkosten verlangt, die durch die unzulässige Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern entstanden sind. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung ohne Überweisung werden dem Versicherten auferlegt. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor in Notfällen oder Nichterreichbarkeit der vertraglich gebundenen Leistungserbringer.
- V. 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.
- VI. Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist

mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

## **§ 19 Veröffentlichung der Jahresergebnisse**

### **5. § 19 wird angefügt.**

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse erfolgt darüber hinaus durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und durch Bekanntgabe in der Mitgliederzeitschrift.

Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Für die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist sechs Wochen.

Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu machen.

## **Anlage zu § 14 der Satzung, Wahltarife Krankengeld**

### **6. Anlage zu § 14 der Satzung, Absatz VI, Abschnitte e) und f) werden gestrichen.**

## **Artikel II Inkrafttreten**

Der Nachtrag Nr. 15 tritt am Tag der Bekanntmachung in Kraft.

33617 Bielefeld, den 25.08.2014

Thomas Oelkers, Bernd Vorneister

Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates

## Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 25. August 2014 beschlossene 15. Nachtrag zur Satzung vom 1. Januar 2010 wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 19. September 2014

213-59529.0-1533/2010

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag



**Anlage zu § 13 der Satzung**

**§ 13g Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung**

Der Versicherte ist nach erfolgter, schriftlicher Teilnahmeerklärung gemäß Absatz III und Ablauf der Widerrufsfrist gemäß Absatz VI an die Verpflichtungen laut Absatz II i. V. m. Absatz IV gebunden. Die zeitliche Bindung richtet sich grundsätzlich nach den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträge. Er soll bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Absatz I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses in Anspruch nehmen. Über das Vorliegen eines anderen oder weiteren – hier nicht genannten - wichtigen Grundes entscheidet die Betriebskrankenkasse auf schriftlichen Antrag des Versicherten. Eine Beendigung der Teilnahme ist mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende möglich, sofern die vertraglichen Regelungen in der Region keine anderslautenden Fristen vorsehen. Die Beendigung der Teilnahme ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.