

4. Nachtrag zur Satzung vom 11.12.2017:

1. § 12 Abs. 5 d:

Der Satz „Alle Unterlagen sind im Original einzureichen“ entfällt.

2. § 12 Abs. 6 c:

Die Wörter „im Original“ werden ersatzlos gestrichen.

3. § 12a Abs. 4:

Die Wörter „im Original“ werden ersatzlos gestrichen.

4. §12b Abs. 1 wird ergänzt um:

l) Herpes Zoster

5. § 12b Abs. 4:

Die Wörter „im Original“ werden ersatzlos gestrichen.

6. § 12c Abs. 2:

Die Wörter „im Original“ werden ersatzlos gestrichen.

7. § 14 Abs. 2 Buchst. a:

Der Begriff „Check-up 35“ wird durch den Begriff „Gesundheits Check-up“ ersetzt.

8. § 14 Abs. 2 Buchst. b:

Der Begriff „Check-up 35“ wird durch den Begriff „Gesundheits Check-up“ ersetzt.

9. § 14 Abs. 2 Buchst. c:

Der Begriff „Check-up 35“ wird durch den Begriff „Gesundheits Check-up“ ersetzt.

10. § 14 Abs. 3 Buchst. a erhält folgende Fassung:

a) Gesundheits Check-up

Die Vorsorgeuntersuchung für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr erfüllt die in § 25 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit den dazu erlassenen Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung genannten Voraussetzungen.

11. § 14 Abs. 3 Buchst. b wird geändert in:

- a) Krebsvorsorgeuntersuchung:
Der Versicherte hat in dem Kalenderjahr, für das der Bonus beantragt wird, alle Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gemäß § 25 Abs. 2, Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V i. V. m. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie [KFE-RL]) sowie die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) in der jeweils gültigen Fassung in Anspruch genommen, zu deren Inanspruchnahme er aufgrund seines Alters berechtigt ist, sie durchführen zu lassen. Hiervon ausgenommen sind Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Rahmen des Hautkrebsscreening. Soweit der Versicherte aufgrund seines Alters noch nicht zur Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Untersuchungen berechtigt ist, scheidet eine Fiktion der Anerkennung dieses Punktes im Rahmen des MaxiBonus-Programmes aus.

12. § 14 Abs. 4:

Der Begriff „Check-up 35“ wird durch den Begriff „Gesundheits Check-up“ ersetzt.

13. § 16a Abs. 4 erhält folgenden Wortlaut:

- (4) Die BKK_DürkoppAdler übernimmt für versicherte Frauen die Kosten für eine Hebammenrufbereitschaft in Höhe von maximal 200,00 EUR je Schwangerschaft. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.

Die Pauschale beinhaltet täglich:

1. 24 Stunden unmittelbare Erreichbarkeit,
2. Sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe,
3. Aufenthalt in räumlicher Nähe der Schwangeren,
4. Bereitschaft, jede sonstige Aktivität, mit Ausnahme einer gerade stattfindenden anderen Geburt, sofort abubrechen und zu der Schwangeren zu fahren,
5. Begleitung bei einer Verlegung in ein Vertragskrankenhaus, sofern erforderlich.

14. § 16a Abs. 5, Abschnitt 1:

Die Wörter „im Original“ werden ersatzlos gestrichen.

15. § 16a Abs. 5, Abschnitt 4 wird geändert in:

Bei Leistungen nach Buchst. e, die den Besuch von Kursen erfordern, ist die Teilnahmebescheinigung mit Angaben zu Name und Vorname des Versicherten, Anbieter, Kursleiter, Kursbeginn und -ende, Kurseinheiten und Anzahl der absolvierten Kurseinheiten vorzulegen.

16. § 16b Abs. 4:

Die Wörter „im Original“ werden ersatzlos gestrichen

17. § 16a Abs. 2 Buchst. b wird wie folgt geändert:

b) Modul Osteopathie

Die Versicherten der BKK_DürkoppAdler können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Voraussetzung für die Behandlung ist, dass der Leistungserbringer die Mitgliedschaft in einem Berufsverband nachweisen kann, die in der Anlage zu dieser Vorschrift aufgelistet sind oder ein Zertifikat der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e.V. besitzen. Die Aufzählung der in der Anlage genannten Fachverbände ist nicht abschließend, sofern weitere Verbände gleichwertige Qualitätskriterien nachweisen. Wenn Leistungserbringer eine osteopathische Ausbildung mit vergleichbaren Qualitätskriterien der in der Anlage genannten Fachverbände mit einem Stundenumfang von mindestens 1.350 Stunden nachweisen, ist die Mitgliedschaft in einem Fachverband obsolet.

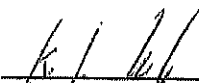
Die Kostenübernahme ist beschränkt auf maximal vier Sitzungen pro Versicherten und Kalenderjahr. Die Erstattung erfolgt in Höhe von 80 v.H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 40,00 Euro je Sitzung.

18. Inkrafttreten

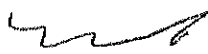
Die Regelungen zu Nr. 1 bis 6 sowie zu Nr. 14 bis 17 treten rückwirkend zum 01.01.2018 in Kraft. Die Regelungen zu Nr. 7 bis 13 treten zum 01.01.2019 in Kraft.

Bielefeld, den 11.12.2018

Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates



(Klaus-Jürgen Stark)



(Helmut Schmitz)

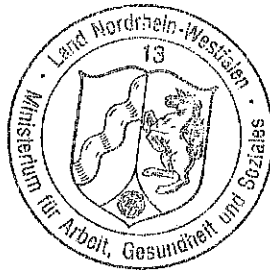
Genehmigung

Der vorstehende Satzungsnachtrag wird gemäß § 195 Abs. 1 SGB V genehmigt.

Düsseldorf, 27.12.2018

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-
Westfalen

Referat IIIB3



Im Auftrag

J. Michalski
Jürgen Michalski