

Der 1. Satzungsnachtrag hat folgenden Wortlaut:

**Erster Nachtrag
zur Satzung der
Novitas BKK**

Artikel I

1. § 8a Absatz (1), Absatz (2), Absatz (5) und Absatz (6) Satz 1 werden wie folgt neu gefasst:

- (1) Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als drei Monate bei der Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Die Wahl des Tarifs Prämienzahlung wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Der Tarif kann längstens bis zum 31.12.2015 gewählt werden.
- (2) Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
1. Prävention (§§ 20 und 20i SGB V),
 2. Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe, § 21 SGB V, Individualprophylaxe, § 22 SGB V, zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen, § 55 Absatz (1) SGB V),
 3. medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
 4. Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung (§§ 24c bis 24i SGB V),
 5. Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
 6. Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V).
- Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (5) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz (1) nicht wählen. Eine Prämienzahlung

ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif wählt oder gewählt hat.

- (6) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr, längstens bis 31.12.2016.

2. § 12 Absatz (1) Satz 1 Nr. 7 und Absatz (2) Nr. 1 werden wie folgt neu gefasst:

- (1) 7. des Persönlichen Budgets nach § 17 Absätze (2) bis (4) SGB IX.

(2) Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt unter der Voraussetzung, dass im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe,

wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz (1) SGB V erhält. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt,

wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer ambulanten Operation nicht möglich ist. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum gewährt, für den bei einer ambulanten Operation Krankenhausbehandlung gewährt worden wäre,

wenn im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung wegen eines operativen Eingriffs die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung nicht möglich ist. Die Haushaltshilfe wird längstens für 2 Wochen gewährt. In begründeten Ausnahmefällen und nach vorheriger Prüfung der weiteren Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung kann die Krankenkasse die Haushaltshilfe für einen längeren Zeitraum gewähren,

wenn nach ärztlicher Feststellung durch die Haushaltshilfe eine Krankenhausbehandlung entbehrlich wird, für die Dauer der ansonsten zu gewährenden Krankenhausbehandlung,

wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes wegen einer Hospiz-palliativ-medizinischen Versorgung nach § 39a SGB V nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, sofern im Haushalt ein oder mehrere Kinder leben, die bei Beginn der Haus-

haltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

3. § 12 Absatz (7) wird wie folgt neu gefasst:

(7) Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz (6) SGB V

Die Novitas BKK gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Absatz (6) SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

1. Versiegelung von Glattflächen bei Kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband.

Die Novitas BKK gewährt Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bei erstmaliger kieferorthopädischer Versorgung mit Multiband einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 100 Euro zur Versiegelung der Glattflächen.

Zur Erstattung ist eine spezifizierte Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Leistungserbringers einzureichen.

2. Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den Regelungen des § 27 a SGB V haben, erhalten bei Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen Zuschuss für bis zu drei Behandlungsversuche pro Ehepaar.

Der Zuschuss beträgt 400 Euro je Versuch, jedoch nicht mehr als die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten, wenn beide Ehepartner bei der Novitas BKK versichert sind. Ist nur einer der Ehepartner bei der Novitas BKK versichert, reduziert sich der Zuschuss auf 100 Euro je Versuch.

Für die Erstattung ist die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

3. Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Die Novitas BKK erstattet die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie), sofern

- a. deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheits-

beschwerden zu lindern und

- b. die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
- c. das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde und
- d. das verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz (1) Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen wurde

Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz (1) Sätze 2 - 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen der Leistungserbringer mit ärztlicher Verordnung vorzulegen.

4. Osteopathie

Versicherte können bei Vorlage der ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung

- a. medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- b. auf ärztliche Verordnung eines an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Arztes erbracht wird,
- c. nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde und
- d. qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt, der Leistungserbringer muss eine mehrjährige Weiterbildung und ständige Fortbildung nachweisen können.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen der Leistungserbringer mit ärztlicher Verordnung vorzulegen.

5. Professionelle Zahnreinigung

Die Novitas BKK übernimmt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine professionelle Zahnreinigung bei Vorlage der Rechnung einer an der kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz (4) SGB V berechtigten Zahnarztes, bis max. 50 Euro. Dies gilt nur, wenn die Novitas BKK nicht bereits aufgrund von bestehenden Verträgen eine volle Kostenübernahme leistet.

6. Zusätzliche Leistungen von Hebammen – Hebammenrufbereitschaft

Darüber hinaus erstattet die Novitas BKK die Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme, die in der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche entstehen, sofern die Hebamme gemäß §§ 134a Absatz (2) oder 13 Absatz (4) SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt ist.

Zur Erstattung ist die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

7. Medizinische Vorsorge

Über die im SGB V geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die Novitas BKK ihren Versicherten für folgende -von Ärzten durchgeführte oder verordnete- Vorsorgeleistungen, wenn die Leistung mit dem Ziel erbracht wird, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken, ein konkreter individueller Untersuchungsanlass besteht oder für die Patientin ein gesundheitliches Risiko besteht,

- a. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen bei festgestellten Auffälligkeiten, sofern keine Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien
- b. Toxoplasmose-Test, bei Kontakt mit Tieren –insbesondere mit Katzen-
- c. Triple-Test bei familiärer Vorbelastung in der 15. – 18. SSW
- d. Nackenfaltenmessung bei familiärer Vorbelastung.

Bezuschusst werden die tatsächlich entstandenen Kosten. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen der Leistungserbringer mit ärztlicher Verordnung vorzulegen.

8. Geburtsvorbereitungskurse für Väter

Über die im SGB V geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die Novitas BKK die Kosten für von Hebammen, die gemäß § 134a Absatz (2) SGB V oder nach § 13

Absatz (4) SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sind, durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse für den Vater, sofern er während der Teilnahme bei der Novitas BKK versichert ist.

Zur Erstattung ist die spezifizierte Originalrechnung vorzulegen.

Der Zuschuss für die Leistungen nach den Nummern 3 bis 8 ist insgesamt im Kalenderjahr auf 50 Euro je Versicherten begrenzt.

4. § 12 b Nr. 1 Satz 2 und Nr. 2 Satz 1 werden wie folgt neu gefasst:

1. Die GBA-Richtlinie sowie die gesetzliche Leistungspflicht nach § 20i Absatz (1) SGB V bleiben hiervon unberührt.
2. Neben den in Nr. 1 und § 20i Absatz (1) SGB V genannten Fällen leistet die Betriebskrankenkasse auch für weitere Schutzimpfungen aufgrund einer individuell gestellten ärztlichen Impfindikation.

5. § 12c erhält folgende Fassung:

§ 12c Wahltarif Selbstbehalt

- (1) Mitglieder können für sich abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Betriebskrankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Bei einem Jahreseinkommen bis zu 36.000,- EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt in Tarifklasse 1 125,- EUR, in Tarifklasse 2 200,- EUR und in Tarifklasse 3 275,- EUR, bei einem Jahreseinkommen ab 36.000,01 EUR beträgt der jährliche Selbstbehalt in Tarifklasse 4 500,- EUR.
- (2) Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
 1. Prävention (§§ 20 und 20 i SGB V),
 2. Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V), Zahnprophylaxe § 55 Absatz (1) Satz 4 Nr. 2 SGB V),
 3. Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
 4. Gesundheitsuntersuchungen (§§ 25, 25a SGB V),
 5. Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschafts-Richtlinien,

6. Vertragsärztliche bzw. vertragszahnärztliche Leistungen mit Ausnahme von Kieferbruch-/ Parodontose- und kieferorthopädischer Behandlung, die mit der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung abgegolten sind (§ 87a Absatz (3) SGB V),

- (3) Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz 2 in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Abweichend davon werden ambulante ärztliche Leistungen wie folgt je Leistungsfall auf den Selbstbehalt angerechnet:

Ambulante ärztliche Behandlung mit Verordnungsfolgen	35,- EUR
--	----------

- (4) Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Betriebskrankenkasse dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 125,- EUR (Tarifklasse 1) jährlich 100,- EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 200,- EUR (Tarifklasse 2) jährlich 150,- EUR, bei einem jährlichen Selbstbehalt von 275,- EUR (Tarifklasse 3) jährlich 200,- EUR und bei einem jährlichen Selbstbehalt von 500,- EUR (Tarifklasse 4) jährlich 400,- EUR. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz (1) Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR nicht überschreiten. Die Zahlung der Prämie für das 1. Jahr erfolgt mit der Einschreibung im Voraus. Die Zahlung für das 2. und 3. Prämienjahr erfolgt nach Beendigung des Tarifes, spätestens jedoch zum 30.06. des Folgejahres. Zu leistende Selbstbehalte und bereits gezahlte Vorschüsse werden in Abzug gebracht.
- (5) Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Kalendermonats. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz (1) und die Prämienzahlung nach Absatz (4) anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V besteht. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz (1) die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden oder der Leistungsanspruch gesetzlich ruht oder ausgeschlossen ist. Versicherungslücken bis zu 30 Tagen im Kalenderjahr sind jedoch auf die Teilnahme unschädlich.
- (6) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz (1) erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse und endet nach Ablauf von 3 Jahren seit Beginn der Teilnahme, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz (4) SGB V frühestens zum Ablauf der

dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Endet die Mitgliedschaft kraft Gesetzes, endet gleichzeitig auch die Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt.

Das Mitglied erklärt die Wahl des Wahltarifs schriftlich oder unter Nutzung des Onlineangebots. Ein Wechsel der gewählten Tarifklasse ist innerhalb des dreijährigen Teilnahmezeitraums nicht möglich.

Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz (1) nicht wählen. Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif wählt oder gewählt hat. Mitglieder mit Beitragsrückstand können den Tarif nicht wählen.

Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

6. § 12e wird wie folgt hinzugefügt:

§ 12e Zweitmeinungsverfahren

- (1) Die Krankenkasse gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage von § 27b Absatz (6) SGB V zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten und/oder stationären Eingriffen. Berechtigt zur Erbringung einer Zweitmeinung sind Ärzte gemäß § 27b Absatz (3) SGB V.
- (2) Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch Ärzte, mit denen die Krankenkasse eine Vereinbarung nach Absatz (5) getroffen hat, prüfen lassen, ob der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von diesem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.
- (3) Der Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung besteht bei Vorliegen einer der in der Anlage zur Satzung aufgeführten gesicherten Diagnosen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.
- (4) Alle Versicherten der Krankenkasse können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Krankenkasse krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

- (5) Die Krankenkasse trifft zur Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen mit nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Erbringer der Zweitmeinung über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind
1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff bzw. der Behandlung maßgeblich ist,
 2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff bzw. Behandlung.

Die Krankenkasse führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der Krankenkasse veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die Krankenkasse den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

- (6) Im Rahmen der vorgenannten Vereinbarungen verpflichtet die Krankenkasse ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.
- (7) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Krankenkasse in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet.
- (8) Die vorstehenden Regelungen gelten bis zur Bekanntmachung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den § 27b Absatz (2) SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Absatz (1) Satz 2 Nr. 13 SGB V.

7. § 13a erhält folgende Fassung:

§ 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.

8. § 13c wird ersatzlos gestrichen

§ 13c unbesetzt

9. § 13d erhält folgende Fassung:

§ 13d 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.

10. § 15 Absatz (23) wird wie folgt neu gefasst:

- (23) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden im Mahnverfahren Mahngebühren gemäß § 19 Absatz (2) VwVG erhoben.

11. Anlage zu § 12b der Satzung Absatz (4) wird wie folgt neu gefasst:

- (4) Die Erstattung erfolgt in voller Höhe.

12. Anlage zu § 12e der Satzung wird wie folgt hinzugefügt:

Zweitmeinungsverfahren

- Anlage zu § 12e Absatz (3) -

M05-M14	Entzündliche Polyarthropathien
M15-M19	Arthrose
M20-M25	Sonstige Gelenkkrankheiten
M40-M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M45-M49	Spondylopathien
M50-M54	Sonstige Gelenkkrankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M65-M68	Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
M70-M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
M80-M85	Veränderungen der Knochendichte und –struktur
M91-M94	Chondropathien
C00-C75	Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen (der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx, der Verdauungsorgane, der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe, des Knochens und des Gelenkknorpels, Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut, des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes, der Brustdrüse [Mamma], der weiblichen Genitalorgane, der männlichen Genitalorgane, der Harnorgane, des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems, der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen)
C76-C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen

- C81-C96 Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
- C97-C97 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
- N80-N98 Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

13. Anlage zu § 14 Nr. 4 der Satzung wird wie folgt neu gefasst:

**Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- Anlage zu § 14 Nr. 4 der Satzung -**

Verzeichnis nach § 14 Nr. 4 der Satzung der Novitas BKK

- (1) Versicherte können den erworbenen Bonusanspruch anstelle der Geldleistung auch für die Erstattung von Ausgaben für nachgewiesene Gesundheitsleistungen verwenden.
- (2) Für die Erstattung von Ausgaben für nachgewiesene Gesundheitsleistungen erhöht sich der bisher erworbene Bonusanspruch (Geld) pauschal um 50 Euro, maximal jedoch um die tatsächlich nachgewiesenen Kosten der Leistungen nach Absatz (3) Nr. 1 - 4.
- (3) Für die Erstattung der nachfolgend benannten Leistungen sind die Originalrechnungen vorzulegen:
1. Erstmaliger Abschluss einer privaten Kranken- und Pflegeergänzungsversicherung (mit Ausnahme der Auslandsreiseversicherung) und Sterbegeldversicherung.

Die Erstattung bezieht sich ausschließlich auf den ersten Jahresbeitrag.
 2. Sportmedizinische Untersuchung inkl. Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet ist kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen und die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
 3. Teilnahme an folgenden Kursen, insoweit das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet ist: Eltern-Baby-Kurs (Pekip®, DELFI®, EIBa®), Baby-Schwimmkurs, Eltern-Kind-Turnen.
 4. Kosten und Gebühren für einen Daten- und Dokumentenservice für medizinische Notfälle.
- (4) Für die Erstattung von Sehhilfen (Brillengläser oder Kontaktlinsen) erhöht

sich der bisher erworbene Bonusanspruch (Geld) um 50 Euro, wenn der bisher erworbene Bonusanspruch im Wert von mindestens 80 Euro nachgewiesen werden kann. Es können maximal die tatsächlich nachgewiesenen Kosten erstattet werden.

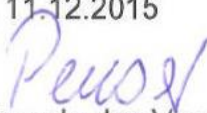
Es ist die Originalrechnung vorzulegen.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diesen 1. Satzungsnachtrag am 11.12.2015 beschlossen.
2. Artikel I tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Duisburg, 11.12.2015


Der Vorsitzende des Verwaltungsrates
der Betriebskrankenkasse
Peter Peuser



Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 11. Dezember 2015 beschlossene erste Nachtrag zur Satzung vom 1. Januar 2015 wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 22. Dezember 2015
213-59520.0-2435/2014

