

BEKANNTMACHUNG

Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat mit Schreiben vom 21. Dezember 2023 den 36. Nachtrag zur Satzung der R+V Betriebskrankenkasse vom 1. Januar 2011 (Aktenzeichen 213 - 10204#00057#0038) genehmigt.

Demnach wurde folgender Beschluss gefasst:

Der vorstehende, vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 14. Dezember 2023 beschlossene 36. Nachtrag zur Satzung der R+V Betriebskrankenkasse wird gem. § 195 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und § 41 Absatz 4 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) jeweils in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

Der Nachtrag wird gemäß § 19 Abs. 1 der Satzung der R+V Betriebskrankenkasse auf der Internetseite und nachrichtlich als Aushang bekannt gemacht.

Wiesbaden, den 8. Januar 2024

Anlage

Satzungsnachtrag Nr. 36 vom 14. Dezember 2023

Satzungsnachtrag Nr. 36 zur Satzung der R+V BKK vom 01.01.2011

1. Artikel I § 6 Austritt nach § 175 Abs. 4 SGB V

In Artikel I § 6 erhalten Absatz (1) und Absatz (2) folgende neue Fassungen:

„(1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Betriebskrankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 SGB V bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(2) Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.“

2. Artikel I § 12 Leistungen gemäß § 11 SGB V

a. Artikel I § 12 Absatz (7) erhält folgende neue Fassung:

"(7) Zusätzliche ambulante Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

1. ¹Versicherte haben auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V und nach Maßgabe der folgenden Absätze Anspruch auf ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern, falls die Leistungen medizinisch notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. ²Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die R+V BKK mit den nicht zugelassenen Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern eine Vereinbarung nach Absatz 2 getroffen hat, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet.
2. ¹Die R+V BKK schließt unter Berücksichtigung des Bedarfs ihrer Versicherten sowie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V mit nicht zugelassenen Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen. ²Vertragspartner(innen) der Vereinbarungen können nur Leistungserbringer(innen) im Inland oder in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz sein, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind und die über eine Qualifikation verfügen, die der Qualifikation der im 4. Kapitel des SGB V genannten Leistungserbringer(innen) oder der Qualifikation der im jeweiligen nationalen System der gesetzlichen Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten vorgesehenen Leistungserbringer(innen) vergleichbar ist, und die eine vergleichbare Versorgung sicherstellen.
3. Die Erbringung von Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen worden sind, ist nicht Regelungsgegenstand der Vereinbarungen nach Absatz 2.
4. ¹Die R+V BKK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer(innen), mit denen Vereinbarungen nach Absatz 2 getroffen worden sind. ²Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Leistungsdurchführung sowie zu Eigenbeteiligungen der Versicherten. ³Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. ⁴Die R+V BKK stellt ihnen auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
5. Für veranlasste Leistungen gilt § 12 Absatz 3 (Kostenerstattung) entsprechend.“

b. Artikel I § 12 erhält folgenden neuen Absatz (12):

„(12) zahnmedizinische Leistungen

1. ¹Über die gesetzlichen Regelleistungen hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse die Kosten für folgende durchgeführte Leistungen:
 - a) Glattflächen-/ Fissurenversiegelung bei kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
 - b) Anästhesie (Vollnarkose) und Lachgas-Sedierung bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern es keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist,
 - c) Fissurenversiegelung der kariesfreien Prämolaren 4 und 5 im bleibenden Gebiss bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

²Erstattet wird je Leistung ein Betrag von bis zu 100,00 EUR je Versicherten einmal pro Kalenderjahr.
2. ¹Darüber hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse zusätzlich zu den gesetzlichen Regelleistungen die Kosten für digitale Volumentomographie / 3D-Röntgen bei einem kieferchirurgischen Eingriff. ²Erstattet wird ein Betrag von bis zu 100,00 EUR je Versicherten einmal pro Kalenderjahr.
3. ¹Weiterhin übernimmt die Betriebskrankenkasse zusätzlich zu den gesetzlichen Regelleistungen die Kosten für die Kariesinfiltration. ²Erstattet wird ein Betrag von bis zu 60,00 EUR je Versicherten einmal pro Kalenderjahr.
4. Zur Erstattung sind spezifizierte Rechnungen von zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern vorzulegen.“

3. Artikel I § 12b Primärprävention gemäß § 20 Abs. 1 und Abs. 2, Abs. 4 Nr. 1 bis Nr. 3 in Verbindung mit Abs. 5 SGB V

a. Artikel I § 12b erhält Satz 3 folgende neue Fassung:

„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 Betrag von bis zu 100,00 EUR je Maßnahme gewährt.“

b. Artikel I § 12b erhalten Satz 4 und 5 folgende neue Fassungen:

„Davon abweichend beträgt der Zuschuss für Präventionsmaßnahmen im Rahmen von Kompaktangeboten, die den Vorgaben des jeweils aktuellen Leitfadens Prävention nach § 20 SGB V entsprechen, maximal 200,00 EUR je Kalenderjahr. Dies gilt nicht für die übrigen Kosten der Kompaktangebote.“

- c. In Artikel I § 12b wird in Satz 6 das Wort „Präventionsreisen“ durch das Wort „Kompaktangebote“ und die Zahl „160,00 EUR“ durch die Zahl „200,00 EUR“ ersetzt.

4. Artikel I § 12c Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i Absatz 2 SGB V

- a. Artikel I § 12c erhält folgende neue Fassung:

„¹Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i SGB V weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe. ²Die Schutzimpfungen werden als Sachleistung gewährt. ³Kann die Erbringung als Sachleistung nicht erfolgen, sind nur tatsächlich entstandene Kosten erstattungsfähig. ⁴Keine Kostenerstattung erfolgt für Leistungen, wenn ein anderer Kostenträger die Impfung unentgeltlich anbietet, die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers fällt, oder die Impfung im Rahmen gesonderter Verträge durchgeführt und abgerechnet werden kann. ⁵Die Übernahme erfolgt nach folgenden Regelungen:

1. Bei nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalten erstattet die Betriebskrankenkasse für selbstgezahlte, ärztlich empfohlene, Schutzimpfungen gemäß STIKO den in Rechnung gestellten Impfstoff und die ärztliche Leistung.
2. Bei nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalten erstattet die Betriebskrankenkasse für selbstgezahlte, ärztliche empfohlene, Malaria-Chemoprophylaxe gemäß STIKO das in Rechnung gestellte Arzneimittel.
3. Für selbstgezahlte ärztlich empfohlene Impfungen gegen HPV-Infektionen erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für den Impfstoff in Höhe von 50 v. H. sowie die Kosten für die ärztliche Leistung bis zu einer Höhe von 14,00 EUR pro Verabreichung, höchstens jedoch den tatsächlichen Rechnungsbetrag.
4. Für selbstgezahlte ärztlich empfohlene Grippeimpfungen erstattet die Betriebskrankenkasse 80% des in Rechnung gestellten Impfstoffs, maximal jedoch 80,00 EUR der jeweiligen Impfdosis. Zusätzlich erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für die ärztliche Leistung bis zu einer Höhe von 14,00 EUR pro Verabreichung, höchstens jedoch den tatsächlichen Rechnungsbetrag.

5. Für selbstgezahlte ärztlich empfohlene Impfungen gegen Meningokokken Typ B erstattet die Betriebskrankenkasse bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, 80% der Kosten für die in Deutschland zugelassenen und in Rechnung gestellten Impfstoffe. Zusätzlich erstattet die Betriebskrankenkasse die Kosten für die ärztliche Leistung bis zu einer Höhe von 14,00 EUR pro Verabreichung, höchstens jedoch den tatsächlichen Rechnungsbetrag.

6. Für selbstgezahlte ärztlich empfohlene Impfungen gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) erstattet die R+V Betriebskrankenkasse die Kosten für die in Deutschland zugelassenen und in Rechnung gestellten Impfstoffe, sofern kein anderweitiger Anspruch besteht, bzw. anderer Kostenträger zuständig ist. Zusätzlich erstattet die R+V Betriebskrankenkasse die Kosten für die ärztliche Leistung bis zu einer Höhe von 14 EUR pro Verabreichung, höchstens jedoch den tatsächlichen Rechnungsbetrag.“

7. Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung übernimmt die Betriebskrankenkasse für Ihre Versicherten die Kosten für betriebsärztlich, altersunabhängig durchgeführte Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, wenn diese von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch Institut (STIKO) empfohlen und in der Richtlinie über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungsrichtlinie/SI-RL) aufgenommen sind.“

5. Artikel I § 13c Wahltarif besondere Versorgung gemäß § 53 Abs. 3 in Verbindung mit § 140a SGB V

- a. Artikel I § 13c Absatz (1) Satz 2 werden die Worte „diesen Versorgungsformen“ durch die Worte „der besonderen Versorgung“ ersetzt.

- b. Artikel I § 13c Absatz (3) wird Satz 1 ersatzlos gestrichen und Satz 2 wird zu Satz 1.

6. Anlage 5 zu § 14c der Satzung – Bonusprogramm aktiv

- a. In der Anlage 5 Nr. 1 wird in der Tabelle die Zeilen 9 und 10 entfernt.
- b. In der Anlage 5 Nr. 1 wird in der Tabelle die Zeile 11 zu Zeile 9.
- c. In der Anlage 5 Nr. 3 wird in der Tabelle unter Punkt 3.7 (Zeile 7) und Punkt 3.8. (Zeile 8) nach dem Text „Nr. 3.1.-3.6.“ folgender Text eingefügt „und 3.9.-3.10.“
- d. In der Anlage 5 Nr. 3 werden in der Tabelle folgende neue Zeilen 9 und 10 eingefügt:

„3.9. Geburtsvorbereitungskurs	50	max. einmal pro Jahr
3.10. Rückbildungskurs	50	max. einmal pro Jahr“

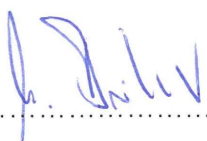
- e. In der Anlage 5 Nr. 3 wird nach der Tabelle in Satz 1 Ziffer 1. das Wort „bis“ durch das Wort „ab“ ersetzt.
- f. In der Anlage 5 Nr. 3 werden nach der Tabelle in Satz 1 Ziffer 2. nach dem Wort Punkte die Worte „ausschließlich aus Bonusmaßnahmen“ eingefügt.
- g. In der Anlage 5 Nr. 3 werden nach der Tabelle in Satz 1 Ziffer 3. nach dem Wort Punkte“ die Worte „ausschließlich aus Bonusmaßnahmen“ eingefügt.

Artikel II Inkrafttreten

Der Satzungsantrag Nr. 36 zur Satzung der R+V BKK vom 1. Januar 2011 tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Wiesbaden, den 14. Dezember 2023

Vorsitzende
des Verwaltungsrates
der R+V BKK



Ulrich Birkenstock



Vorstand
der R+V BKK



Jochen Gertz

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat der R+V BKK am 14. Dezember 2023 beschlossene 36. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Viertes Buch (SGB IV) genehmigt.

Bonn, den 14. Dezember 2023

213 – 10204#00057#0038

Bundesamt für Soziale Sicherung
Im Auftrag

Antje Domscheit

