

15. Nachtrag

zur Satzung der Siemens-Betriebskrankenkasse

vom 01.01.2010

Stand: 08.05.2012

Artikel I

1) § 22 c „Nicht zugelassene Leistungserbringer - Ambulante Behandlung“ wird neu eingefügt:

I.

Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die SBK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. II getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

II.

Die SBK trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.

Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.

III.

Die SBK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. II getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten.

IV.

Für die veranlassten Leistungen sind zur Erstattung die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die SBK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen sind abzuziehen.

- 2.) § 22 d „Nicht zugelassene Leistungserbringer - Stationäre Behandlung“ wird neu eingefügt:

I.

Die SBK übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragsätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:

- a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
- b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
- c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
- d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der SBK vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
- e) die SBK hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

II.

Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

III.

Mit der Zustimmung nach Abs. I Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die SBK sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

- 3.) § 15 b Wahltarif Selbstbeteiligung wird wie folgt geändert:

- a.) In Absatz I Satz 1 werden die Worte „und ihre familienversicherten Angehörigen“ ersatzlos gestrichen
- b.) In Absatz V Satz 2 werden die Worte „§ 10 I,II SGB V mitversicherter Kinder auch über das 18. Lebensjahr hinaus“ ersetzt durch die Worte „§ 10 SGB V Mitversicherter“

- 4.) In Anlage 6 zu § 15 b werden folgende Änderungen vorgenommen:

- a.) In § 1 Teilnahme am Selbstbeteiligungstarif, Absatz III Erklärung der Teilnahme werden die Nummern 2, 3 und 4 ersatzlos gestrichen.
- b.) In § 3 Abs. I werden in Satz die Worte „oder eines mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner“ ersatzlos gestrichen.
- c.) In § 3 Abs. II Nr. 2 Satz 1 werden die Worte „ oder ein mitversicherter Ehegatte oder Lebenspartner“ ersatzlos gestrichen.
- d.) In § 3 Abs. IV Nr. 2 werden die Worte „§ 10 I, II SGB V mitversicherte Kinder“ ersetzt durch die Worte „ § 10 SGB V mitversicherte Angehörige“.
- e.) In § 4 Abs. III Nr. 2 Satz 2 werden die Worte „oder dessen mitversicherten Ehepartner oder Lebenspartner“ ersatzlos gestrichen.
- f.) In § 5 Abs. I Nr. 2 werden Satz 2 und 3 ersatzlos gestrichen.
- g.) In § 5 Abs. II Nr. 1 werden die Worte „und dessen mitversicherter Ehegatte oder Lebenspartner“ ersatzlos gestrichen.

- h.) In § 5 Abs. II Nr. 2 Satz 1 werden die Worte „und dessen mitversicherter Ehegatte oder Lebenspartner“ ersatzlos gestrichen.
- i.) In § 7 Abs. I Satz 1 werden die Worte „und sein mitversicherter Familienangehöriger oder Lebenspartner sind“ wird ersetzt durch das Wort „ist“.
- j.) In § 7 Abs. II Satz 1 werden die Worte „und sein mitversicherter Familienangehöriger oder Lebenspartner unterstützen“ ersetzt durch das Wort „unterstützt“.
- k.) In § 8 Abs. I Satz 1 werden die Worte „und dessen bei der SBK mitversicherter Ehegatte oder Lebenspartner erklären“ ersetzt durch das Wort „erklärt“.
- l.) In § 8 Abs. II werden die Worte „und dessen mitversicherter Ehegatte oder Lebenspartner“ ersatzlos gestrichen.
- m.) § 8 Abs. III Übermittlung der Abrechnung an das Mitglied wird ersatzlos gestrichen.

Artikel II

Inkrafttreten

Der Nachtrag tritt hinsichtlich

Artikel I Nr. 1 und 2 01.07.2012 in Kraft,

Artikel I Nr. 3 und 4 treten am 01.01.2012 in Kraft.