

8. Nachtrag zur Satzung der energie-BKK vom 1. Januar 2017

Die Satzung der energie-BKK vom 1. Januar 2017 wird wie folgt geändert:

Artikel I

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

wird wie folgt geändert:

- I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Krankenkasse mindestens 12 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. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

§ 12 II Häusliche Krankenpflege

wird gestrichen

§ 12 Absatz VII lit. B Schwangerschaftsleistungen

wird wie folgt geändert:

Für folgende, von einem Arzt, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist, durchgeführte oder veranlasste Schwangerschaftsleistungen erstattet die Betriebskrankenkasse im Einzelfall die Kosten,

wenn die Leistungen mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken:

- Toxoplasmosetest bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z. B. Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen),
- B-Streptokokken-Test bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung,
- Glucose-Test bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung,
- Ringelröteln-/Windpockentest nur bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z. B. Kontakt zu Personen mit möglichen Erregern),
- Zytomegalie-Test nur bei schwangeren Frauen, die bereits ein Kind haben, welches das sechste Lebensjahr nicht überschritten hat.

§ 12 d Ärztliche Zweitmeinung

wird wie folgt geändert:

- I Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten nach § 27b Absatz 6 SGB V über die gesetzlich geregelte Zweitmeinung nach § 27b SGB V i. V. m. der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) hinaus zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten und stationären Eingriffen sowie zu angeratenen Therapieempfehlungen. Der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht bei den in der Anlage zu § 12 d der Satzung gelisteten Indikationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.
- II Das Zweitmeinungsverfahren wird durch zur Leistungserbringung zugelassene Ärztinnen und Ärzte oder zur Leistungserbringung ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte oder zur Leistungserbringung zugelassene Krankenhäuser erbracht. Gleiches gilt für nach § 13 Absatz 4 SGB V berechnete Leistungserbringer. Die Zweitmeiner müssen die besonderen Anforderungen nach § 27b Absatz 2 Satz 3 SGB V i. V. m. § 7 Absatz 2 und Absatz 3 Zm-RL erfüllen. Entsprechend § 7 Absatz 6 Zm-RL geben die Zweitmeiner eine Erklärung gegenüber der Krankenkasse ab.
- III Im Zweitmeinungsverfahren holen die Versicherten durch die Zweitmeiner nach Absatz II eine unabhängige, neutrale ärztliche zweite Meinung ein, ob der ärztlich angeratene Eingriff oder die ärztlich angeratene Therapieempfehlung die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhalten die Versicherten eine Empfehlung (Zweitmeinung). Die Erbringung einer Zweitmeinung umfasst neben der eigenständigen Bewertung und Beratung der Versicherten ärztliche Untersuchungsleistungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zu dem vorgesehenen Eingriff oder zu der angeratenen Therapieempfehlung medizinisch erforderlich sind. Im Rahmen der Indikationsstellung bereits erhobene Befunde sind zu berücksichtigen, soweit sie dem Zweitmeiner von den Versicherten zur Verfügung gestellt wurden. Unabhängig von dem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es den Versicherten frei, den geplanten

Eingriff oder die Therapieempfehlung durchführen zu lassen. Das Zweitmeinungsverfahren hat den Vorgaben des § 8 Zm-RL (Aufgaben der Zweitmeiner) zu entsprechen. Unter Einhaltung berufsrechtlicher und vertragsärztlicher Vorgaben können telemedizinische Möglichkeiten genutzt werden.

- IV Die Kosten der Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Betriebskrankenkasse je Eingriff oder je Diagnose in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Betriebskrankenkasse abgerechnet.

Anlage zur § 12 d

wird neu eingefügt:

Der Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung besteht bei Vorliegen einer der folgenden aufgeführten gesicherten Diagnosen:

- A00 – B99: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten,
- C00 – C75: Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen, als primär festgestellt oder vermutet, ausgenommen lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe,
- C76 – C80: Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen,
- C81 – C96: Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet,
- C97: Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen,
- D48: Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
- D50 – D90: Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
- E00 – E90: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- G00 – G99: Krankheiten des Nervensystems
- H00 – H59: Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
- H60 – H95: Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
- I00 – I99: Krankheiten des Kreislaufsystems
- J00 – J99: Krankheiten des Atmungssystems
- K00 – K93: Krankheiten des Verdauungssystems
- L00 – L99: Krankheiten der Haut und der Unterhaut
- M05 – M14: Entzündliche Polyarthropathien
- M15 – M19: Arthrose
- M20 – M25: Sonstige Gelenkerkrankungen
- M40 – M43: Deformität 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
- N00 – N99: Krankheiten des Urogenitalsystems
- S00 – T98: Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Artikel II

Dieser Satzungsnachtrag tritt mit Ausnahme der Änderung zu § 12 II am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft. Die Änderung zu § 12 II tritt am 1. Juli 2021 in Kraft.

Der Satzungsnachtrag wurde vom Verwaltungsrat gemäß § 64 Absatz 3a SGB IV im Wege des Umlaufverfahrens schriftlich beschlossen.

Hannover, im März 2021

Die alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates

Nagl