

BKK der G. M. PFAFF AG, Kaiserslautern

1. Nachtrag zur Satzung vom 16.01.2025

Die Satzung der BKK PFAFF wurde zuletzt zum 01.01.2025 geändert.

§ 12

VII. Nicht zugelassene Leistungserbringer – Stationäre Behandlung

1. Die BKK PFAFF übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze 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 BKK PFAFF vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 - e) die BKK PFAFF hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
3. Mit der Zustimmung nach Abs. 1 Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK PFAFF sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

§ 12 b

I. Osteopathische Behandlung

1. Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Berufsverband der Osteopathen berechtigt oder der bereits Mitglied eines Berufsverbandes für Osteopathen ist.

2. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für maximal fünf Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 100 v.H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 50,00 EUR pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die im gleichen Kalenderjahr ausgestellte ärztlichen Bescheinigung vorzulegen.

V. Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie künstlicher Befruchtung

Über die im SGB V geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse für folgenden, von den Ärzten durchgeführte, veranlasste oder direkt vom Versicherten initiierte Leistungen in Höhe von 80 v. H. des Rechnungsbetrages, insgesamt höchstens jedoch 300,00 EUR je Schwangerschaft für:

- a) Nackenfaltenmessung / Nackentransparenzmessung
- b) Hebammenrufbereitschaft – Erstattungsfähig sind die Kosten für die persönliche Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten 3 Wochen vor dem mutmaßlichen und 2 Wochen nach dem tatsächlichen Entbindungstermin, sofern die Rufbereitschaft die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zur Geburtshilfe umfasst. Eine zusätzliche Kostenübernahme für eine Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme erfolgt nicht.
- c) nicht invasive Bluttests / nicht invasive Pränatal Diagnostik – NUPD (z. B. Praena®-Test oder Harmony®- Test).
- d) Geburtsvorbereitungskurs für den Ehegatten bzw. für den Lebenspartner bzw. Lebenspartnerin der schwangeren Versicherten, sofern dieser von Hebammen gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder der nach § 13 Abs. 4 SGB V zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringern durchgeführt wurde.
- e) apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium, Folsäure und Jod als Monopräparate und Kombinationspräparate aus diesen Wirkstoffen zur Vermeidung eines Mangels während der Schwangerschaft. Voraussetzung ist die Verordnung dieser Mittel durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt.
- f) medizinisch notwendigen Leistungen bei Schwangerschaft, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung des Kindes entgegenzuwirken, Risiken frühzeitig zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden. Hierzu zählen:
 - B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. - 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
 - Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere.
 - Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere.
 - Toxoplasmose-Test für Schwangere.
 - Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere.

Voraussetzung ist, dass die medizinisch notwendigen Leistungen nach § 23 SGB V durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt mit

entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden. Es darf sich nicht um Leistungen nach der Mutterschaftsrichtlinie handeln.

Zur Erstattung sind jeweils die personifizierten Rechnungen, sowie bei Arzneimitteln die ärztliche Verordnung, vorzulegen.

VI. Sportmedizinische Untersuchung

1. Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.
2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen. Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten bis maximal 80 EUR pro Untersuchung. Zur Erstattung sind die spezifizierte Rechnung sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
3. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

VII Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

1. Die Betriebskrankenkasse erstattet einmalig im Kalenderjahr, über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus, die Kosten für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde oder sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als Medizinische Tastuntersucherinnen (MTU), bis zu einem Betrag von 75 EUR.
2. Voraussetzung ist, die Untersuchung wird von einer Frauenärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst und die Versicherten weisen, anhand einer ärztlichen Bestätigung Risikofaktoren oder eine familiäre bzw. medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach. Zur Kostenerstattung sind die personifizierte Rechnung sowie die ärztliche Bescheinigung einzureichen.

VIII Früherkennung von Darmkrebs

1. gewährt zur Verhütung von Krankheiten und zum Schutz der öffentlichen Gesundheit Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Die Betriebskrankenkasse erstattet einmalig, über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus, nach Vollendung des 45. Lebensjahres und vor Vollendung des 50. Lebensjahres der Versicherten, die Kosten für eine in Anspruch genommene Darmspiegelung, bis zu einem Betrag vom 150 EUR.
2. Voraussetzung ist, die Untersuchung wird von einem Vertragsarzt durchgeführt und die Versicherten weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung Risikofaktoren oder eine familiäre bzw. medizinische Vorbelastung nach. Zur Kostenerstattung sind die personifizierte Rechnung sowie die ärztliche Bescheinigung einzureichen.

§ 12 c Schutzimpfungen

1. Die Betriebskrankenkasse Krankheiten, wenn diese von der ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden, auch im Falle eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes (Reiseschutzimpfungen). Ebenso werden die Kosten der Malariaprophylaxe, sofern diese aufgrund eines privaten Auslandsaufenthaltes erforderlich ist, übernommen. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20 i Absatz 1 SGB V besteht.
2. Für selbst bezahlte Schutzimpfungen sowie für die Malariaprophylaxe werden von der Betriebskrankenkasse 100 v.H. der Kosten des Impfstoffes bzw. des Prophylaxe-Präparates, sowie 15 EUR für die ärztliche Leistung je Impfung, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten, erstattet. Der Erstattungsbetrag ist auf 500 EUR je Kalenderjahr begrenzt. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt oder wegen eines beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes notwendig ist.

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, mindestens 3 Voraussetzungen der Maßnahmen der jeweiligen Altersgruppe innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

Maßnahmen für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:

1. Ärztliche Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V (ab dem Alter von 18 Jahren einmalig und ab dem Alter von 35 Jahren alle 3 Jahre)

2. Geschlechtsspezifische Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach § 25 Abs. 2 SGB V (Frauen ab dem Alter von 20 Jahren und Männer ab dem Alter von 45 Jahren)
3. Nachweis des Impfschutzes gegen Diphtherie, Tetanus und Polio.
4. 4. Jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V
5. 5. Ärztliches Hautkrebsscreening nach § 25 Abs. 2 SGB V (ab dem Alter von 35 Jahren alle 2 Jahre)
6. Darmkrebsvorsorge durch Test auf okkultes Blut im Stuhl oder einer Koloskopie gemäß § 25 Absatz 2 SGB V i.V. m. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie in der jeweils gültigen Fassung
7. Screening auf Bauchaortenaneurysmen nach § 25 Absatz 1 SGB V i. V. m. der Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (Männer ab dem Alter von 65)
8. Teilnahme an einem zertifizierten Präventionskurs nach § 20 Abs. 5 SGB V
9. Erwerb des Sportabzeichens des Deutschen Olympischen Sportbundes
10. Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder einem
11. qualitätsgesicherten Fitnessstudio

Je Maßnahme wird ein Bonus von 20,00 EUR im Kalenderjahr der Inanspruchnahme gezahlt. Die maximale Bonushöhe pro Kalenderjahr und Versicherten beträgt 100,00 EUR.