
**Bekanntmachung –
Nachtrag Nr. 17 zu der ab 01.01.2014 geltenden
Satzung der Betriebskrankenkasse Mobil Oil**

Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat die vom Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse Mobil Oil im Rahmen des Nachtrages Nr. 17 am 10.12.2019 beschlossenen Änderungen der Satzung mit Bescheid vom 16.01.2020 (Aktenzeichen: 213-59327.0-4704/2013) genehmigt.

München, 23.01.2020

Nachtrag Nr. 17 zu der ab 01.01.2014 geltenden Satzung der Betriebskrankenkasse Mobil Oil

Darstellung: Es werden Absätze vollständig wiedergegeben, in denen Änderungen vorgenommen wurden. Änderungen werden in rot ausgewiesen.

Die Satzung der Betriebskrankenkasse Mobil Oil wird wie folgt geändert:

Art. I

§ 5 Kreis der versicherten Personen

(1) Zum ~~Mitgliederkreis~~ Versichertenkreis der Betriebskrankenkasse Mobil Oil gehören:

1. Arbeitnehmer und zur Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,

~~2. Studenten und Berufspraktikanten,~~

~~3.2.~~ alle anderen Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten, soweit gesetzlich nichts anderes geregelt ist.

Nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX der Betriebskrankenkasse Mobil Oil beitreten, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen noch nicht erfüllen und wenn sie beim Beitritt noch nicht 30 Jahre alt sind.

...

§ 7 Bemessung der Beiträge

~~(1)~~ Für die Bemessung der Beiträge gelten die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung.

§ 10 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse Mobil Oil erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen:

1. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),

2. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V),

3. zur Behandlung von Krankheiten zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),

4. bei Schwangerschaft und Mutterschaft zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),

5. zur Empfängnisverhütung, des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

~~6. bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation,~~

~~7. des persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.~~

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

(2) Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ~~bis zu einer~~ für eine Stunde je Pflegeeinsatz und ~~bis zu~~ für 25

Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI ab dem Pflegegrad 2 vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt.
Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

(3) Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil gewährt über die gesetzliche Regelung des § 38 Abs. 1 SGB V hinaus Haushaltshilfe unter den Voraussetzungen, dass
 - a) ~~arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung nicht vorsehen, dem Versicherten nach einer ärztlich bescheinigten Behandlungsmaßnahme wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist~~ und
 - b) eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, und
 - c) ein Kind im Haushalt lebt, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, ~~und~~
 - d) ~~die Betriebskrankenkasse Mobil Oil die Kosten der Behandlung trägt bzw. eine Zuschuss nach § 39a SGB V leistet, Haushaltshilfe dann, wenn~~
 - aa) ~~durch die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V ein stationärer Krankenhausaufenthalt vermieden wird. Die Haushaltshilfe wird für die Dauer der häuslichen Krankenpflege gewährt.~~
 - bb) ~~eine Operation ambulant oder eine ärztliche Behandlungsmaßnahme mit vergleichbarer Wirkung durchgeführt wurde. Die Haushaltshilfe wird für den Zeitraum der medizinischen Notwendigkeit, längstens für 30 Tage gewährt.~~
 - cc) ~~wegen ambulanter oder stationärer Hospizleistungen nach § 39a SGB V dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist.~~
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

...

(5) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Abs. 2 i. V. m. § 129 Abs. 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Abs. 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
 - a) als dasjenige, für das die Betriebskrankenkasse Mobil Oil eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder
 - b) das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 4, 5 SGB V abzugeben wäre.Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.
2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 Buchstabe a) in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieses Absatzes errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der Preise, die in einem Rabattvertrag für den Wirkstoff des Arzneimittels vereinbart worden sind. Davon werden 30 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse Mobil Oil entgangenen Vertragsrabatte abgezogen. Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 Buchstabe b) in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieser Ziffer errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der preisgünstigsten

Arzneimittel, die den Wirkstoff des Arzneimittels enthalten, das Versicherte gewählt haben. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 i. V. m. § 31 Abs. 3 SGB V sind abzuziehen. Zudem ist der Erstattungsbetrag je Einzelrechnung um 5 v. H. und maximal 40,00 Euro für Verwaltungskosten zu kürzen.

...

§ 10b Zusätzliche Satzungsleistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

(1) Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

- ~~1. Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, Herz-Kreislauf- oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung nach den Grundsätzen der S1-Richtlinie „Vorsorgeuntersuchung im Sport“ der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.~~
- ~~2. Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil erstattet 100 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 70,00 Euro pro Behandlung nach Abs. 1 Satz 1 und nicht mehr als 130,00 Euro pro Behandlung nach Abs. 1 Sätze 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen vorzulegen. 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.~~
1. Über die gesetzlichen Regelungen hinaus beteiligt sich die Betriebskrankenkasse Mobil Oil auf der Basis von § 11 Abs. 6 i. V. m. § 23 SGB V im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung an den Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden und entsprechende Risikofaktoren vorliegen. Derartige Risikofaktoren sind:
 - a) erhöhtes Körpergewicht,
 - b) erhöhter Blutdruck,
 - c) kardiovaskuläre Vorerkrankungen,
 - d) Atemwegserkrankungen,
 - e) Skelettvorerkrankungen, z. B. Skoliose,
 - f) Diabetes,
 - g) Rauchen,
 - h) Alkoholmissbrauch.
2. Sofern ärztlich bescheinigte, besondere weitere Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.
3. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern mit der Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ erbracht wird. Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil erstattet 100 v. H. des Rechnungsbetrages, aber nicht mehr als 70,00 Euro pro Behandlung nach Abs. 1 und nicht mehr als 130,00 Euro pro Behandlung für die Abs. 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.

...

(3a) Nicht zugelassene Leistungserbringer – Ambulante Behandlung

1. Die Versicherten der Betriebskrankenkasse Mobil Oil können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, wenn die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Betriebskrankenkasse Mobil Oil mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Nr. 2 getroffen hat, welche die Leistungen einschließt.
2. Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil schließt Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert sich dabei an dem Bedarf der Versicherten. Die nicht zugelassenen Leistungserbringer müssen auf ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten, über eine Qualifikation verfügen, die der Qualifikation der im 4. Kapitel des SGB V genannten Leistungserbringern entspricht und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.
Vereinbarungen über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, können nicht geschlossen werden.
3. Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil führt ein Verzeichnis über alle, in dem nicht zugelassene Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Nr. 2 geschlossen wurde, enthalten sind. Darüber hinaus enthält das Verzeichnis Angaben zu den Leistungsinhalten, dem Ort der Leistungserbringung und möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis ist unter www.bkk-mobil-oil.de einzusehen. Das Verzeichnis kann auf Wunsch den Versicherten in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.
4. Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur gegen Vorlage der Rechnung und höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse Mobil Oil bei Erbringung der Leistung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

~~(3b) Zweitmeinungsverfahren (Cyberknife), Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern im ambulanten Bereich~~

~~Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil gewährt auf der Grundlage des § 11 Abs. 6 SGB V zusätzliche Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer bei der Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung im Falle strahlentherapeutischer, radiologischer, onkologischer und chirurgischer Indikationen für eine Cyberknife-Behandlung nach den folgenden Regelungen:~~

- ~~1. Der Anspruch setzt voraus, dass die Betriebskrankenkasse über einen Vertragspartner (Strahlencentrum) eine Vereinbarung mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer getroffen hat, die diese Behandlung einschließt. Die Vereinbarung wird unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots getroffen und richtet sich am Bedarf der Versicherten aus. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass der nicht zugelassene Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügt und im Zweitmeinungsverfahren zu jeder Zeit eine fachübergreifende Interdisziplinarität durch Beteiligung der verschiedenen Fachärzte der folgenden Disziplinen gegeben ist: Facharzt für Strahlentherapie, Radiologie, Onkologie und Chirurgie. Je nach Einzelfall können weitere Facharztvertreter konsultiert werden (z.B. Neurochirurg oder Urologe) bzw. die je nach Einzelfall (ICD-Codierung) zuständigen Fachärzte belegen.
Die Einholung der ärztlichen Zweitmeinung erfolgt über eine interdisziplinäre Kommission (Tumorboard). Die Versicherten werden dabei vom Vertragspartner (Strahlencentrum) der Betriebskrankenkasse Mobil Oil unterstützt, der die Organisation und Vermittlung der Zweitmeinung übernimmt.~~
- ~~2. Die Zweitmeinung bezieht sich ausschließlich auf die Indikation für die Cyberknife Radiochirurgie im Falle einer Diagnose folgender Erkrankungen, wobei eine Verdachtsdiagnose für den Anspruch auf das Zweitmeinungsverfahren nicht ausreichend ist:
a) alle klassischen Indikationen im Bereich von Kopf und Gehirn (Indikationsliste Abschnitt 1);~~

- b) ~~bestimmte Tumoren im Schädel, die über die klassischen Indikationen hinausgehen (Indikationsliste Abschnitt 2),~~
- c) ~~Tumoren im Bereich des Rückenmarks, der Wirbelsäule und des Skeletts (Indikationsliste Abschnitt 3),~~
- d) ~~bestimmte Tumoren im übrigen Körper in bewegten Organen (Indikationsliste Abschnitt 4),~~
- e) ~~sonstige Erkrankungen (Indikationsliste Abschnitt 5).~~

Zusätzlich müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- a) ~~Die Zielstruktur (Tumor, Malformation, Erkrankungsherd, krankes Organ) muss in der digitalen Bildgebung ausreichend gut abgrenzbar und lokalisierbar sein.~~
- b) ~~Die Zahl der zu behandelnden Läsionen soll im Regelfall (je Organ und Behandlungssitzung) fünf im Gehirn, drei im Wirbelsäulenbereich und in bewegten Organen nicht überschreiten.~~
- c) ~~Die Anwendung der Cyberknife Radiochirurgie muss gegenüber anderen Behandlungsverfahren abgewogen werden und gegenüber diesen Vorteile oder eine sinnvolle therapeutische Ergänzung bieten.~~
- d) ~~Die Anwendung der Cyberknife Radiochirurgie muss die Anforderungen der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin in der neuesten Version erfüllen (rechtfertigende Indikation).~~

~~Abschnitt 1 (Schädel, Gehirn, Neurokranium)~~

- ~~• Supratentorielle Tumore: D16.41, D33.0, D43.0, C41.01, C71.0~~
- ~~• Infratentorielle Tumore: D33.1, D43.1, C71.7~~
- ~~• Meningeome: D32.9, D42.9, C70.9~~
- ~~• Tumore der Sellaregion: C41.01, D16.41, D48.0, D44.4, C75.2~~
- ~~• Schmerzsyndrome (Trigeminusneuralgie, Ticdouloureux): G50.0~~
- ~~• Kompressionssyndrome: D33.9, C71.8~~
- ~~• Gefäßmalformationen: D18.02, D32.9, Q28.38, Q85.9~~
- ~~• Tumore der Nerven und deren Bindegewebe: D33.3, D43.3, C72.5~~

~~Abschnitt 2 (Schädelbasis, Viszerokranium, Hals)~~

- ~~• Tumore im Viszerokranium: D16.42, D16.5, C41.02, C41.1~~
- ~~• Tumore der Schädelbasis: D33.3, D33.7, D35.2, D44.3, D44.4, C72.2-C72.5, C75.1, D75.2~~
- ~~• Tumore der Nasennebenhöhlen: C31.0-C31.9, D14.0, D38.5~~
- ~~• Tumore der Speicheldrüsen: D10.3, D11.0, D11.7, D11.9, D37.0, C06.9, C07, C08.0, C08.1, C08.9~~
- ~~• orbitale und retroorbitale Tumore incl. der Tränendrüsen: D16.41, D48.0, C41.01, D31.5, D31.6, D48.7, C69.5, C69.6~~
- ~~• Orale und pharyngeale Tumore: D00.0, D10.1, D10.3, D10.9, D37.0, C01, C02.0-C02.9, C03.0-C03.9, C04.0-C04.9, C05.0-C05.9, C06.0-C06.9, C11.0-C11.9, C12, C13.0-C13.9, C14.0~~
- ~~• Tumore der Halsregion: D09.7, D36.7, D48.7, C76.0~~
- ~~• Tumorschmerz: R52.1~~
- ~~• Kompressionssyndrome: H47.4 durch D35.2, H68.1, G93.5, G58.9, J39.80~~

~~Abschnitt 3 (Wirbelsäule, Rückenmark, Nervenwurzeln, Skelett)~~

- ~~• Benigne und maligne Tumore (intra-extramedulläre) Raumforderung: C71.7, C79.3, D33.1, D43.1, C72.0, C79.4, D33.4, D43.4, C70.1, D32.1, D42.1~~
- ~~• Benigne und maligne Tumore vertebrale Raumforderungen: C41.2, C79.5, D16.6, D48.0~~
- ~~• Benigne und maligne Tumore paravertebrale Raumforderung: C47.9, C79.88, D36.1, D48.2, C79.4~~
- ~~• Benigne und maligne Tumore des Skelettsystems: C41.3, C41.4, C41.9, D16.6, D16.7, D16.8, D16.9, C41.9, C79.5~~
- ~~• Tumorschmerz: R52.1~~
- ~~• Drohender Querschnitt~~
- ~~• Kompressionssyndrome~~

Abschnitt 4 (Gesamtkörper, bewegte Organe)

- ~~Primäre und sekundäre Tumore Larynx: C13.9, D00.0, D10.9, D37.0, C32.0-C32.9, C78.3, C79.88, D02.0, D10.7, D14.1, D38.0~~
- ~~Primäre und sekundäre Tumore Schilddrüse und Nebenschilddrüse: C73, C79.88, D09.3, D34, D44.0, C75.0, D35.1, D44.2~~
- ~~Primäre und sekundäre Tumore der Lunge und der Pleura: C34.0-C34.9, C78.0, D02.2, D14.3, C38.4, C78.2, D15.7, D38.2~~
- ~~Primäre und sekundäre Tumore des Mediastinums: C38.1, C38.2, C38.3, C38.8, C78.1, D15.2, D38.3~~
- ~~Primäre und sekundäre Tumore des Herzens und des Pericards: C38.0, C38.1-C38.3, C38.8, C78.1, D15.2, D38.3, C45.2, C79.88, D15.1, D48.7~~
- ~~Primäre und sekundäre Tumore des Pankreas: C25.0-C25.9, C78.8, D01.7, D13.6, D37.7~~
- ~~Primäre und sekundäre Tumore der Leber und Gallengänge: C22.0-C22.9, C78.7, D01.5, D13.4, D37.6, C24.0-C24.9, C78.8, D13.5~~
- ~~Primäre und sekundäre Tumore der Nieren und Nebennieren: C64, C65, C79.0, D09.1, D30.0, D30.1, D41.0, D41.1, C74.0, C74.1, C74.9, C79.7, D09.3, D35.0, D440, D44.1~~
- ~~Primäre und sekundäre Tumore der inneren und äußeren Geschlechtsorgane: C60.0-C60.9, C61, C62.9, C63.0-C63.9, C79.82, D07.6, D29.7, D29.9, D40.7, D40.9, C51.0-C51.9, C52, C53.0-C53.9, C54.0-C54.9, C55, C56, C57.0-C57.9, D07.3, D28.7, D28.9, D39.7, D39.9~~
- ~~Primäre und sekundäre Tumore der Haut und ihrer Anhangsgebilde: C43.0-C43.9, C44.0-C44.9, C79.2, D04.0-D04.9, D23.0-D23.9, D48.5~~
- ~~Primäre und sekundäre Tumore der Weichteile: C48.0-C48.9, C78.6, D20.0, D48.3, C49.0-C49.9, C79.88, D21.0-D21.9, D48.1~~

Abschnitt 5 (Besondere Indikationen)

- ~~Tumorähnliche Läsionen: D48.9~~
- ~~Gefäßmalformationen: D18.00, D21.9, I77.0, I77.9, I78.9, Q28.81, Q28.88, Q28.9~~
- ~~Schmerzsyndrome~~
- ~~Kompressionssyndrome~~

3. ~~Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, haben Anspruch darauf, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens kann der Versicherte prüfen lassen, ob die Leistung Cyberknife die medizinisch sinnvollste Behandlungsoption darstellt. Dazu findet zwischen den involvierten Fachärzten eine interdisziplinäre Fallbesprechung auf Basis der durchgeführten bildgebenden Verfahren (CT, MRT) statt. Auf dieser Grundlage entscheiden die Fachärzte bzw. das sogenannte Tumorboard gemeinsam, welche Behandlungsoption vor dem Hintergrund verschiedener therapeutischer Möglichkeiten angewendet wird; der Versicherte wird über das Ergebnis informiert.~~

~~Der Versicherte wird vor der möglichen Behandlung über die Inhalte und Risiken des Cyberknife-Verfahrens umfassend aufgeklärt z. B. ärztliches Gespräch und Teilnahmeerklärung.~~

4. ~~Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung~~

~~Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil leistet dafür Gewähr, dass die datenschutzrechtlichen Pflichten nach dem Bundesdatenschutzgesetz und des Sozialdatenschutzes nach dem Sozialgesetzbuch eingehalten werden. Dies gilt insbesondere für die nach § 9 BDSG sowie § 78a SGB X nebst den jeweiligen Anlagen geforderten technischen und organisatorischen Maßnahmen.~~

~~Sämtliche Personen, die im Zusammenhang mit der Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung bei strahlentherapeutischen, radiologischen, onkologischen und chirurgischen Indikationen mit persönlichen Daten der Versicherten in Berührung kommen, sind auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften des BDSG sowie des SGB verpflichtet worden. Die Einhaltung der Vorschriften des Schutzes der Berufsschwiegenheit des § 203 StGB (Arztgeheimnis) werden eingehalten.~~

...

~~(5) Flash Glukose Messsystem~~

~~Versicherte haben unter den folgenden Voraussetzungen Anspruch auf die Versorgung mit einem Lesegerät für ein Flash Glukose Messsystem und den dazugehörigen Sensoren:~~

- ~~a) Die Versicherten führen eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie durch. Zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient können die festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation der Patientin oder des Patienten nicht erreicht werden.~~
- ~~b) Ein zugelassener Vertragsarzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat die Notwendigkeit auf einer Verordnung bestätigt. Vertragsärzte bzw. berechnigte Ärzte in diesem Sinne sind:~~
- ~~• Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder~~
 - ~~• Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung "Diabetologie" oder "Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG)" bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder~~
 - ~~• Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung "Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie".~~
- ~~c) Die Versicherten sind in der sicheren Anwendung des Flash Glukose Messsystems geschult.~~
- ~~d) Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil hat die Versicherten in geeigneter Art und Weise über die Möglichkeiten zum Bezug der Leistung informiert und der Versorgung vor Versorgungsbeginn zugestimmt.~~
- ~~e) Die Nutzung des Flash Glukose Messsystems ist ohne Zugriff Dritter, insbesondere des Herstellers, auf die personenbezogenen oder beziehbaren Daten der Versicherten möglich.~~

~~Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil übernimmt die Kosten für das Auslesegerät einmalig in Höhe von bis zu 59,90 Euro und die Kosten für Sensoren bis zu einem Höchstbetrag von 59,90 Euro je Sensor alle zwei Wochen. Den Versicherten entsteht eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V.~~

(5) Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus übernimmt die Betriebskrankenkasse Mobil Oil die Kosten in Höhe von maximal 53,00 Euro pro Kalenderjahr für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucher/-innen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:

- Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
- die Untersuchung wird von einer Fachärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

...

(7) Arzneimittel während einer Hyposensibilisierung gegenüber Allergenen

1. Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil erstattet Versicherten Kosten für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zur symptomatischen Behandlung von Allergien während einer Hyposensibilisierungstherapie als Monopräparate, wenn die Verordnung des Arzneimittels durch einen Vertragsarzt oder einen nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf Privatrezept erfolgt und das Arzneimittel in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
2. Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens 50,00 Euro je Kalenderjahr. Zur Erstattung sind die Originalrechnung der

Apotheke, die ärztliche Verordnung, sowie ein geeigneter ärztlicher Nachweis über die Durchführung der Hyposensibilisierungstherapie vorzulegen.

3. Für Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 34 Abs. 1 Satz 6 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind, werden keine Kosten erstattet. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere der Arzneimittel-Richtlinie i. V. m. Anlage I, bleibt unberührt.

§ 11 unbesetzt Zweitmeinung nach § 27b Abs. 6 SGB V

(1) Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil gewährt ihren Versicherten nach § 27b Abs. 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 Eingriffen oder zu angeratenen Therapieempfehlungen. Der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht bei den in der Anlage zur Satzung gelisteten Indikationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

(2) Das Zweitmeinungsverfahren wird durch gemäß § 27b Abs. 3 Nr.1- 4 SGB V teilnahmeberechtigte Leistungserbringer erbracht. Die Zweitmeiner müssen die besonderen Anforderungen nach § 27b Abs. 2 Satz 3 SGB V i. V. m. § 7 Abs. 2 und Abs. 3 Zm-RL erfüllen. Entsprechend § 7 Abs. 6 Zm-RL geben die Zweitmeiner eine Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse Mobil Oil ab.

Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil führt ein Verzeichnis über die nach dieser Regelung zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigten Zweitmeiner, das sie im Internet veröffentlicht und auf Wunsch den Versicherten zur Verfügung stellt. Ebenso hält die Betriebskrankenkasse Mobil Oil Informationen über das Zweitmeinungsverfahren bereit und übermittelt bei Bedarf die Zm-RL an die Versicherten.

(3) Im Zweitmeinungsverfahren holen die Versicherten durch die Zweitmeiner nach Abs. 2 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 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 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.

(4) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Betriebskrankenkasse Mobil Oil je Eingriff in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Betriebskrankenkasse Mobil Oil abgerechnet.

§ 11a Wahltarif zu strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V

Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil ~~führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:~~

- ~~a) strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1,~~
- ~~b) strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2,~~
- ~~c) strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs,~~
- ~~d) strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit,~~
- ~~e) strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma,~~
- ~~f) strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, bietet ihren Versicherten auf Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.~~

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt (BVA) zugelassenen Fassung. ~~Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.~~

§ 11h Wahltarif Krankengeld

...

(18) Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt für die Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V in den Tarifen:

1. MOBIL 1 6,90 Euro,
2. MOBIL 2 12,00 Euro,
3. MOBIL 3 17,10 Euro,
4. MOBIL 4 23,40 Euro,
5. MOBIL 5 27,30 Euro,
6. MOBIL 6 32,40 Euro.

Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt für die Mitglieder nach § 46 Satz ~~2~~ 4 SGB V in den Tarifen:

1. MOBIL 1 6,00 Euro,
2. MOBIL 2 10,80 Euro,
3. MOBIL 3 15,60 Euro,
4. MOBIL 4 21,30 Euro.

...

§ 11i Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ ~~84~~ 167 SGB IX) sind.

...

§ 11j Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

...

(2) Der Bonus wird dem Versicherten als ~~Barprämie-Geldbonus~~ in Höhe von 50,00 Euro ausbezahlt, wenn bis zum 31.03. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die vollständige Teilnahme nachgewiesen wurden und die Mitgliedschaft während des gesamten zurückliegenden Jahres bestand. Der Bonus wird bei Nachweis der vollständigen Teilnahme an jedem weiteren Angebot nach Abs.1 um jeweils 25,00 Euro für bis zu maximal zwei weitere Maßnahmen aufgestockt.

Anlage zu § 11 der Satzung Orthopädische Indikationen

MDC 08: Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

Indikationen CyberKnicke

Die Zweitmeinung bezieht sich ausschließlich auf die Indikation für die CyberKnicke Radiochirurgie im Falle einer Diagnose folgender Erkrankungen, wobei eine Verdachtsdiagnose für den Anspruch auf das Zweitmeinungsverfahren nicht ausreichend ist:

1. alle klassischen Indikationen im Bereich von Kopf und Gehirn (Indikationsliste Abschnitt 1),
2. bestimmte Tumoren im Schädel, die über die klassischen Indikationen hinausgehen (Indikationsliste Abschnitt 2),

3. Tumoren im Bereich des Rückenmarks, der Wirbelsäule und des Skeletts (Indikationsliste Abschnitt 3),
4. bestimmte Tumoren im übrigen Körper in bewegten Organen (Indikationsliste Abschnitt 4),
5. sonstige Erkrankungen (Indikationsliste Abschnitt 5).

Zusätzlich müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- a) Die Zielstruktur (Tumor, Malformation, Erkrankungsherd, krankes Organ) muss in der digitalen Bildgebung ausreichend gut abgrenzbar und lokalisierbar sein.
- b) Die Zahl der zu behandelnden Läsionen soll im Regelfall (je Organ und Behandlungssitzung) fünf im Gehirn, drei im Wirbelsäulenbereich und in bewegten Organen nicht überschreiten.
- c) Die Anwendung der CyberKnife Radiochirurgie muss gegenüber anderen Behandlungsverfahren abgewogen werden und gegenüber diesen Vorteile oder eine sinnvolle therapeutische Ergänzung bieten.
- d) Die Anwendung der CyberKnife Radiochirurgie muss die Anforderungen der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin in der neuesten Version erfüllen (rechtfertigende Indikation).

Abschnitt 1 (Schädel, Gehirn, Neurokranium)

- Supratentorielle Tumore: D16.41, D33.0, D43.0, C41.01, C71.0
- Infratentorielle Tumore: D33.1, D43.1, C71.7
- Meningeome: D32.9, D42.9, C70.9
- Tumore der Sellaregion: C41.01, D16.41, D48.0, D44.4, C75.2
- Schmerzsyndrome (Trigeminusneuralgie, Ticdouloureux): G50.0
- Kompressionssyndrome: D33.9, C71.8
- Gefäßmalformationen: D18.02, D32.9, Q28.38, Q85.9
- Tumore der Nerven und deren Bindegewebe: D33.3, D43.3, C72.5

Abschnitt 2 (Schädelbasis, Viszerokranium, Hals)

- Tumore im Viszerokranium: D16.42, D16.5, C41.02, C41.1
- Tumore der Schädelbasis: D33.3, D33.7, D35.2, D44.3, D44.4, C72.2-C72.5, C75.1, D75.2
- Tumore der Nasennebenhöhlen: C31.0-C31.9, D14.0, D38.5
- Tumore der Speicheldrüsen: D10.3, D11.0, D11.7, D11.9, D37.0, C06.9, C07, C08.0, C08.1, C08.9
- orbitale und retroorbitale Tumore incl. der Tränendrüsen: D16.41, D48.0, C41.01, D31.5, D31.6, D48.7, C69.5, C69.6
- Orale und pharyngeale Tumore: D00.0, D10.1, D10.3, D10.9, D37.0, C01, C02.0-C02.9, C03.0-C03.9, C04.0-C04.9, C05.0-C05.9, C06.0-C06.9, C11.0-C11.9, C12, C13.0-C13.9, C14.0
- Tumore der Halsregion: D09.7, D36.7, D48.7, C76.0
- Tumorschmerz: R52.1
- Kompressionssyndrome: H47.4 durch D35.2, H68.1, G93.5, G58.9, J39.80

Abschnitt 3 (Wirbelsäule, Rückenmark, Nervenwurzeln, Skelett)

- Benigne und maligne Tumore (intra-extramedulläre) Raumforderung: C71.7, C79.3, D33.1, D43.1, C72.0, C79.4, D33.4, D43.4, C70.1, D32.1, D42.1
- Benigne und maligne Tumore vertebrale Raumforderungen: C41.2, C79.5, D16.6, D48.0
- Benigne und maligne Tumore paravertebrale Raumforderung: C47.9, C79.88, D36.1, D48.2, C79.4
- Benigne und maligne Tumore des Skelettsystems: C41.3, C41.4, C41.9, D16.6, D16.7, D16.8, D16.9, C41.9, C79.5
- Tumorschmerz: R52.1
- Drohender Querschnitt
- Kompressionssyndrome

Abschnitt 4 (Gesamtkörper, bewegte Organe)

- Primäre und sekundäre Tumore Larynx: C13.9, D00.0, D10.9, D37.0, C32.0-C32.9, C78.3, C79.88, D02.0, D10.7, D14.1, D38.0
- Primäre und sekundäre Tumore Schilddrüse und Nebenschilddrüse: C73, C79.88, D09.3, D34, D44.0, C75.0, D35.1, D44.2
- Primäre und sekundäre Tumore der Lunge und der Pleura: C34.0-C34.9, C78.0, D02.2, D14.3, C38.4, C78.2, D15.7, D38.2
- Primäre und sekundäre Tumore des Mediastinums: C38.1, C38.2, C38.3, C38.8, C78.1, D15.2, D38.3
- Primäre und sekundäre Tumore des Herzens und des Pericards: C38.0, C38.1-C38.3, C38.8, C78.1, D15.2, D38.3, C45.2, C79.88, D15.1, D48.7
- Primäre und sekundäre Tumore des Pankreas: C25.0-C25.9, C78.8, D01.7, D13.6, D37.7
- Primäre und sekundäre Tumore der Leber und Gallengänge: C22.0-C22.9, C78.7, D01.5, D13.4, D37.6, C24.0-C24.9, C78.8, D13.5
- Primäre und sekundäre Tumore der Nieren und Nebennieren: C64, C65, C79.0, D09.1, D30.0, D30.1, D41.0, D41.1, C74.0, C74.1, C74.9, C79.7, D09.3, D35.0, D440, D44.1
- Primäre und sekundäre Tumore der inneren und äußeren Geschlechtsorgane: C60.0-C60.9, C61, C62.9, C63.0-C63.9, C79.82, D07.6, D29.7, D29.9, D40.7, D40.9, C51.0-C51.9, C52, C53.0-C53.9, C54.0-C54.9, C55, C56, C57.0-C57.9, D07.3, D28.7, D28.9, D39.7, D39.9
- Primäre und sekundäre Tumore der Haut und ihrer Anhangsgebilde: C43.0-C43.9, C44.0-C44.9, C79.2, D04.0-D04.9, D23.0-D23.9, D48.5
- Primäre und sekundäre Tumore der Weichteile: C48.0-C48.9, C78.6, D20.0, D48.3, C49.0-C49.9, C79.88, D21.0-D21.9, D48.1

Abschnitt 5 (Besondere Indikationen)

- Tumorähnliche Läsionen: D48.9
- Gefäßmalformationen: D18.00, D21.9, I77.0, I77.9, I78.9, Q28.81, Q28.88, Q28.9
- Schmerzsyndrome
- Kompressionssyndrome

Anlage 1 zu § 11f der Satzung

Teilnahmebedingungen nach § 11f der Satzung - Betriebskrankenkasse Mobil Oil-Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

...

4. Bonusmodelle

Für volljährige Teilnehmer gilt das Bonusmodell nach Buchstabe a); für Teilnehmer bis einschließlich 17 Jahre gilt das Bonusmodell nach Buchstabe b). Alternativ können die Teilnehmer das Bonusmodell nach Buchstabe c) wählen.

a) Aktiv-Bonus für Erwachsene

Die Anzahl der durchgeführten und von der Betriebskrankenkasse Mobil Oil anerkannten Maßnahmen nach Anlage 2 zu § 11f dieser Satzung bestimmt die Höhe des Bonus für einen Teilnahmezeitraum:

Stufe 1: für 3 Maßnahmen = 30,00 Euro,

Stufe 2: für 6 Maßnahmen = 60,00 Euro,

Stufe 3: für 7 Maßnahmen = 90,00 Euro.

Für die Stufe 1 muss der Versicherte mindestens eine Maßnahme aus dem Bereich Früherkennung und Vorsorge nachweisen. Für die Stufe 2 mindestens eine Maßnahme aus dem Bereich Früherkennung und Vorsorge und mindestens eine Maßnahme aus dem Bereich Gesundheitskurse. Für die Stufe 3 erhöht sich die Anzahl der nachzuweisenden Maßnahmen aus dem Bereich Gesundheitskurse auf mindestens zwei.

- b) Aktiv-Bonus für Kinder und Jugendliche
Die Anzahl der durchgeführten und von der Betriebskrankenkasse Mobil Oil anerkannten Maßnahmen nach Anlage 2 zu § 11f dieser Satzung bestimmt die Höhe des Bonus für einen Teilnahmezeitraum:
Stufe 1: für 3 Maßnahmen = 30,00 Euro,
Stufe 2: für 6 Maßnahmen = 60,00 Euro,
Stufe 3: für 7 Maßnahmen = 90,00 Euro.
Für die Stufe 1 muss mindestens eine Maßnahme aus dem Bereich Früherkennung und Vorsorge nachgewiesen werden. Für die Stufen 2 und 3 sind mindestens zwei Maßnahmen aus dem Bereich Früherkennung und Vorsorge nachzuweisen.
- c) Aktiv-Konto
Der Bonus beträgt in
Stufe 1: für 3 Maßnahmen = 50,00 Euro,
Stufe 2: für 6 Maßnahmen = 100,00 Euro,
Stufe 3: für 7 Maßnahmen = 250,00 Euro.
Für volljährige Teilnehmer gelten die Voraussetzungen nach Buchstabe a) Sätze 2 bis 4; für Teilnehmer bis 17 Jahre die Voraussetzungen nach Buchstabe b) Sätze 2 und 3.
Der Bonus wird ausschließlich als Zuschuss zu den Kosten für durch den Teilnehmer in Anspruch genommene Leistungen nach Anlage 3 zu § 11f dieser Satzung gezahlt. Der Bonusanspruch entsteht erst nach Vorlage der Rechnungen ~~im Original~~. Bei Kosten unterhalb der jeweiligen Bonushöhe werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet.
Der Übertrag einzelner Maßnahmen oder der Bonusstufen auf andere Teilnehmer oder in das Folgejahr ist nicht möglich.

...

Art. II (Inkrafttreten)

Dieser Satzungsnachtrag tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.
Der Satzungsnachtrag wurde am 10.12.2019 vom Verwaltungsrat beschlossen.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

gez. J. Jelden _____
Jürgen Jelden
Hamburg, 10.12.2019

(Dienstsiegel)

Genehmigung

Der vom Verwaltungsrat am 10. Dezember 2019 beschlossene 17. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) i. V. m. § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV (SGB IV) genehmigt.

Bonn, den 16. Januar 2020
213 – 59327.0 – 4704 / 2013

