

# Bekanntmachung

## 22. Nachtrag zur Satzung der Techniker Krankenkasse vom 1. Januar 2009

Das Bundesversicherungsamt hat den vom Verwaltungsrat der Techniker Krankenkasse in seiner Sitzung am 2. Dezember 2011 beschlossenen 22. Nachtrag zur Satzung der Techniker Krankenkasse vom 1. Januar 2009 mit Bescheid vom 20. Dezember 2011 (Aktenzeichen: II3-59015.0-2923/2008) genehmigt.

Der Nachtrag wird durch Aushang in der Hauptverwaltung und allen Dienststellen sowie auf der Internetseite [www.tk.de](http://www.tk.de) bekannt gemacht.

Gemäß § 6 Abs. 1 der Satzung der Techniker Krankenkasse ist eine einwöchige Aushangfrist einzuhalten; die Bekanntmachung hängt in der Zeit vom 21. bis 29. Dezember 2011 aus.

Hamburg, 21. Dezember 2011

**22. Nachtrag  
zur Satzung der Techniker Krankenkasse (TK)  
vom 1. Januar 2009**

**Artikel I**

**Änderung 1**

§ 27 wird zu § 26a.

**Änderung 2**

Nach § 26a wird ein neuer § 27 eingefügt:

"§ 27 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die TK gewährt ihren Versicherten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen."

**Änderung 3**

Nach § 27 wird ein neuer § 27a eingefügt:

"§ 27a Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

(1) Die TK erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern

- a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
- c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

(2) Die TK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Abs. 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.

(3) Zur Erstattung sind der TK die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

(4) Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7-9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.

(5) Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2-5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt."

#### **Änderung 4**

Nach § 27a wird ein neuer § 27b eingefügt:

"§ 27b Osteopathie

**(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 wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

**(2)** Die TK übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen."

#### **Änderung 5**

Nach § 27b wird einer neuer § 27c eingefügt:

"§ 27c Nicht zugelassene Leistungserbringer - Ambulante Behandlung

**(1)** 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 TK mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.

**(2)** Die TK 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.

**(3)** Die TK führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Abs. 2 getroffen wurde. Das Verzeichnis enthält Angaben zu den Leistungsinhalten, zum Ort der Durchführung der Leistungen und zu möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite [www.tk.de](http://www.tk.de) öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die TK den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

**(4)** Für die veranlassten Leistungen gilt § 21 Abs. 2 entsprechend."

## **Änderung 6**

Nach § 27c wird ein neuer § 27d eingefügt:

"§ 27d Nicht zugelassene Leistungserbringer - Stationäre Behandlung

**(1)** Die TK 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 TK vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
- e) die TK 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 TK sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils."

## **Artikel II**

### **Inkrafttreten**

Die Änderungen treten am 1. Januar 2012 in Kraft.