Satzung der BKK MTU



Stand:01.01.2024
In der Fassung des 05. Nachtrages vom 17.09.2026

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse 4
§ 2 Verwaltungsrat 5
§ 2a Versichertenälteste 8
§ 3 Vorstand 8
§ 4 Widerspruchsausschuss 10
§ 5 Kreis der versicherten Personen 12
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft 14
§ 7 Aufbringung der Mittel 15
§ 8 Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder 15
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag 15
§ 10 Fälligkeit der Beiträge 15
§ 10a Erhebung von Mahngebühren (und Beitragsvorschüssen) 16
§ 10b Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V 17
§ 11 Höhe der Rücklage 17
§ 12 Leistungen 18
§ 12a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung 29
§ 12b Schutzimpfungen 31
§ 12c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz (§ 20k SGB V) 32
§ 12d Leistungsausschluss 32
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen 33
§ 14 Modellvorhaben nicht belegt 33
§ 14a Modellvorhaben zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme . 33
§ 15 Allgemeine Anforderungen der Wahltarife 33
§ 15a nicht belegt 33
§ 15b nicht belegt 33
§ 15c Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V) 33
§ 15d nicht belegt 34
§ 15e Wahltarif Teilnahme strukturierte Behandlungsprogramme (§ 53 Abs. 3 SGB V) 34
§ 15f Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungen (§ 53 Abs. 3 SGB V) 35
§ 15g Wahltarife Krankengeld 36
§ 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten 44
§ 16a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten in spezifischen beruflichen Lebensphasen 49
§ 17 Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen 50
§ 18 Ausgleichsverfahren nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG) 50
§ 19 Aufsicht 50
§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband 50
§ 21 Bekanntmachungen 50
§ 22 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse 51

Artikel II

Inkrafttreten

Anlagen

Anlage 1 zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung für Verwaltungsratsmitglieder
Anlage 2 zu § 18 der Satzung: Ausgleichsverfahren nach dem AAG

Anmerkung:

Soweit in dieser Satzung bei der Bezeichnung von Ämtern und Funktionen die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht auch die weibliche Form sowie weitere Formen mit ein.

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

I. Die Betriebskrankenkasse führt den Namen BKK MTU.
Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 88045 Friedrichshafen.
Sie ist errichtet worden am 01.01.1915

II. Die Betriebskrankenkasse ist eine gesetzliche Krankenkasse und rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 Abs. 1 SGB V).

III. Der Bezirk der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe

Rolls-Royce Power Systems AG Friedrichshafen
Rolls-Royce Solutions GmbH
IFA Holding GmbH Haldensleben

§ 2 Verwaltungsrat

I 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

   Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.01. des Kalenderjahres.

II Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören
5 Versichertenvertreter und der Arbeitgeber oder sein Vertreter an (§§ 43 Abs. 1, 44 Abs. 2 Satz 1 SGB IV).

Der Arbeitgeber bestimmt einen Stellvertreter, der den Arbeitgeber oder den Arbeitgebervertreter im Fall der Verhinderung vertritt (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Der Arbeitgeber hat dieselbe Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen (§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

III Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen (§ 33 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere die in § 197 SGB V geregelten Aufgaben vorbehalten.

Die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen (§35a Abs. 5 Satz 2 SGB IV).

Der Verwaltungsrat beauftragt einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes (§35a Abs. 4 Satz 4 SGB IV).

Der Verwaltungsrat vertritt die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand (§§197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, 33 Abs. 2 Satz 1 SGB IV).

Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach §274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach §194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.

IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung (§ 63 Abs. 1 SGB IV).

V Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Beträgen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

VI Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind (§ 64 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

VII Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt (§ 64 Abs. 2 SGB IV).

VIII Der Verwaltungsrat kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Abs. 3 SGB IV):

1. bei Änderungen der Satzung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,

2. bei Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,

3. in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrats im schriftlichen Verfahren abschließende erledigt werden sollen,

4. in eiligen Angelegenheiten, die in der Regel keine Beratung bedürfen,

5. bei Vorliegen wichtiger Gründe, die eine Präsenzsitzung ausschließen (z.B. aufgrund von Schutzmaßnahmen im Zusammenhang mit einer Epidemie oder Pandemie).

Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Abs.3 Satz 3 SGB IV)

IX. Der Verwaltungsrat kann seine Sitzungen mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung (Videokonferenz) als hybride oder als vollständig digitale Sitzungen durchführen (§ 64a SGB IV):

1. Hybride Sitzungen (§ 64a Abs. 1 SGB IV) sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen sowie bei Vorstandswahlen. Die digitale Teilnahme an hybriden Sitzungen setzt voraus, dass dem Mitglied die persönliche Anwesenheit in der Präsenzsitzung erschwert oder unmöglich ist (z. B. aufgrund von Krankheit, Urlaub, Dienstreise oder Kinderbetreuung. Die Anwesenheit der Sitzungsleitung im Sitzungssaal ist erforderlich.

2. Digitale Sitzungen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort (§ 64a Abs. 2 SGB IV) können in außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemische Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen) und in besonders eiligen Fällen stattfinden. Der Vorsitzende stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn

im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht.

3. Mitglieder, die per Videokonferenz an hybriden und digitalen Sitzungen teilnehmen, gelten als anwesend. Eine ausschließlich telefonische Zuschaltung einzelner Mitglieder ist nicht zulässig. Bei öffentlichen hybriden oder vollständig digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Abstimmungen und Wahlen in hybriden und digitalen Sitzungen sind möglich, der Leiter der Sitzung entscheidet, ob die Stimmabgabe per Handzeichen, durch Zuruf oder über ein ortsunabhängiges digitales System erfolgt.

§ 2a Versichertenälteste

I Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat Versichertenälteste sowie deren persönliche Stellvertreter gewählt. Ein Mitglied, das an der Wahrnehmung seiner Aufgaben vorübergehend verhindert ist, wird durch seinen persönlichen Stellvertreter vertreten (§§ 39, 61 Abs. 2 und 3 SGB IV).

II Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

Hierzu gehören die Weiterleitung von Informationen der Betriebskrankenkasse an die Versicherten, Unterstützung des Versicherten bei Leistungsanträgen, Unterstützung der Betriebskrankenkasse bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

§ 3 Vorstand

I Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an (§ 35a Abs. 4 Satz 1 SGB IV).

II Der Vorstand wird vom Arbeitgeber auf dessen Kosten bestellt (§ 149 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat (§ 35a Abs. 5 Satz 2 SGB IV).

III Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV),

2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB IV),

3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 2 SGB IV),

4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten (§ 70 Abs. 1 SGB IV),

5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,

6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,

7. eine Kassenordnung aufzustellen,

8. die Beiträge einzuziehen,

9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,

10. die Leistungen festzustellen und zu gewähren.

IV Zur Unterstützung des Vorstandes bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Personen (§ 149 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

V Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse (§ 35a Abs. 1 Satz 3 SGB IV).

§ 4 Widerspruchsausschuss

I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen (§ 36a SGB IV). Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Friedrichshafen.

II 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen

aus 2 Vertretern der Versicherten, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen (§ 36a Abs. 2 Satz 2 SGB IV) und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit 1 Stimme.

2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat zwei Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.

Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird vom Arbeitgeber bestellt.

Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42 und § 63 Absatz 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

5. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses wählen den Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses und dessen Stellvertreter; § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB IV gilt entsprechend. Der Vorsitz wechselt zwischen den Gruppen von Sitzung zu Sitzung.

   Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

7. Der Widerspruchausschuss ist beschussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit anwesend und stimmberechtigt ist.

8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

9. Der Widerspruchsausschuss kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Abs. 3 SGB IV):

   a. bei Änderungen von Beschlüssen des Widerspruchsausschusses, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,

   b. in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Widerspruchsausschusses im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen,

   c. in eiligen Angelegenheiten, die in der Regel keiner Beratung bedürfen,

   d. in außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemischen Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen), die eine Präsenzsitzung, eine hybride Sitzung und eine digitale Sitzung ausschließen.

Wenn mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).

10. Der Widerspruchsausschuss kann seine Sitzungen mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung (Videokonferenz) als hybride oder als vollständig digitale Sitzungen durchführen (§ 36a Abs. 4 i. V. m. § 64a SGB IV).

    a. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen Die digitale Teilnahme an hybriden Sitzungen setzt voraus, dass dem Mitglied die persönliche Anwesenheit in der Präsenzsitzung erschwert oder unmöglich ist (z. B. aufgrund von Krankheit, Urlaub, Dienstreise oder Kinderbetreuung) Die Anwesenheit der Sitzungsleitung im Sitzungssaal ist erforderlich.

    b. Digitale Sitzungen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort (§ 64a Abs. 2 SGB IV) können in außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemische Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen) und in besonders eiligen Fällen stattfinden. Ein Mitglied stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied widerspricht.

    c. Mitglieder, die per Videokonferenz an hybriden und digitalen Sitzungen teilnehmen, gelten als anwesend. Eine ausschließlich telefonische Zuschaltung einzelner Mitglieder ist nicht zulässig. Abstimmungen und Wahlen in hybriden und digitalen Sitzungen sind möglich, der Leiter der Sitzung entscheidet, ob die Stimmabgabe per Handzeichen, durch Zuruf oder über ein ortsunabhängiges digitales System erfolgt.

III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

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

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigen.

II Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte Schwerbehinderte der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

III Die in Abs. I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den im Gesetz und in der Kassenatzung genannten Voraussetzungen wählen

1. sie zu dem in § 1 Absatz III der Satzung genannten Bereich gehören (§ 173 Abs. 2 Satz 1 NR. 3 SGB V)

2. bei ihr vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V)

3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V)

4. sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen oder nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 oder § 9 SGB V versicherte Rentner oder nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist (§174 Abs. 2 SGB V)

4. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind

6. sie bei der Betriebskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren (§ 174 Abs. 1 SGB V),

7. sie bei einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, wenn sich der Bezirk der Betriebskrankenkasse auf den Wohn- oder Beschäftigungsort erstreckt (§ 174 Abs. 2 SGB V).

IV Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Betriebskrankenkasse mindestens 12 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V), sofern nicht die Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist sodann unter den Voraussetzungen von § 175 Abs. 4 Satz 3 bis 5 SGB V möglich.

II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Abs. 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, besteht ein Sonderkündigungsrecht nach Maßgabe von § 175 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V.

III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll (§ 175 Abs. 4 Satz 9 SGB V). Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung, bzw. mit Eingang der Austrittserklärung bei der Betriebskrankenkasse, wenn keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll.

IV. Wenn ein Wahltarif nach § 15a (Selbstbehalt), § 15b (Prämienzahlung für Nichtinanspruchnahme von Leistungen) oder § 15g (Krankengeld) gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 15a Abs. VI, 15b Abs. V bzw. 15g Abs. XVI aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß Abs. I Satz 1 gekündigt werden. Abweichend von Satz 1 gilt bei erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitragssatzes oder bei dessen Erhöhung nach § 242 Abs. 1 SGB V das Kündigungsrecht nach Abs. II ungeachtet der Bindungsfrist an den

Wahltarif[1], jedoch nicht für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15g (Krankengeld) gewählt haben (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht; als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242 (§ 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

§ 8 Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder

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 (§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt monatlich 2,8 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

I. Die Fälligkeit der Beiträge ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB IV, § 256 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge, einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V, werden entsprechend den Regelungen der „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 fällig.

III. Die Erstattung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen, Arbeitseinkommen oder aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 231 SGB V erfolgt nur auf Antrag. Der Erstattungsantrag kann jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahres oder nach Beendigung der Vorrangversicherung gestellt werden (§ 231 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

§ 10a Erhebung von Mahngebühren (und Beitragsvorschüssen)

I. Pauschale Mahngebühr

Entsprechend der Vorschrift des § 19 Abs. 2 VwVG wird eine Mahngebühr erhoben. Sie beträgt ein halbes Prozent des Mahnbetrages, mindestens jedoch 5 EUR und höchstens 150 EUR. Die Mahngebühr wird auf volle EUR aufgerundet.

II. Beitragsvorschüsse

Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge von Arbeitgebern erheben (§ 28e Abs. 5 SGB IV),

1. die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
2. bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
3. die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
4. die keine Beitragsnachweise einreichen.

Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 10b Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V

Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V werden jährlich vorgenommen.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 25 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (§ 261 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V)
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
- zur Behandlung von Krankheiten, einschließlich der palliativen Versorgung (§§ 27 bis 52 SGB V)
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V)
- des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX
- zur Unterstützung bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V).

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 (§ 11 Abs. 2 SGB V).

II. Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

1. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für eine 1 Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht.

2. Voraussetzung ist, dass
   a. keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 oder höher im Sinne des SGB XI vorliegt und

b. keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

3. Die Dauer ist auf 26 Wochen je Krankheitsfall, maximal für die Dauer der Behandlungspflege begrenzt.

4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt, auch dann Haushaltshilfe,

a) wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann,
b) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

2. Die Haushaltshilfe ist auf 4 Stunden begrenzt, wenn alle im Haushalt lebenden Kinder das 12. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht, wenn ein Kind behindert oder auf Hilfe angewiesen ist.

3. 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 Verschwägerte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

5. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

6. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von vier Wochen gewährt.

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und- vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 SGB V).

2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

V. Kostenerstattung (§ 13 SGB V)

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistungen in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

2. Die Wahl der Kostenerstattung kann von den Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).

3. Die Versicherten sind mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen Leistungsbereich oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Sie können die Wahl der Kostenerstattung, sofern sie mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen haben, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.

3. Die Versicherten haben Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.

5. Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 EUR,
für Verwaltungskosten zu kürzen.

7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

   Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

   Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

   Der Erstattungsbetrag ist um

   5 v. H., maximal 50,00 EUR,

   für vom Arbeitgeber nicht getragene Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

   Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für die Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel (§ 13 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 129 Abs. 1 SGB V)

1. Gemäß § 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V in Verbindung mit § 129 Abs. 1 Satz 6 und 7 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 Satz 6 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen, als dasjenige, für das die Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

   Die Versicherten treten bei Abgabe des gewählten Arzneimittels in der Apotheke in Vorleistung. 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.

3. Der Erstattungsbetrag ist um 20 v. H. als Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

VII Zusätzliche Satzungsleistungen

Die BKK MTU übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen.

1. Kostenerstattung für nicht zugelassene Leistungserbringer – Ambulante Behandlung

Versicherte, die einen nicht zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten aufsuchen, erhalten einen Zuschuss in Höhe des kassenüblichen Vertragspreises. Spezifizierte Rechnungen sind vorzulegen. Die gesetzliche Zuzahlung wird in Abzug gebracht. Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer über die Approbation als Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut verfügt. Ausgenommen sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Weitere Voraussetzung ist, dass ausschließlich Leistungen nach den Psychotherapie-Richtlinien erbracht werden.

2. Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern – Stationäre Behandlung

Die BKK MTU übernimmt in medizinischen begründeten Fällen die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertrags- bzw. Pflegesätze abzüglich der in § 39 Abs. 4 SGB V geregelten Zuzahlung für eine Krankenhausbehandlung.

Der Anspruch setzt eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V voraus.

Weitere Anspruchsvoraussetzungen sind:

- Die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
- Der Leistungserbringer gewährleistet eine gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
- Der BKK MTU wird vor Behandlungsbeginn eine Kostenaufstellung des Leistungserbringers vorgelegt,
- Die BKK MTU hat der Behandlung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

Für eine Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit oder eines Antrags auf Verlängerung einer bereits bewilligten Leistung kann die BKK MTU den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen.

Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

Sofern die BKK MTU der Behandlung zugestimmt hat, erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

3. Rufbereitschaft Hebammen

Die BKK MTU übernimmt für versicherte Frauen, die während ihrer Schwangerschaft und bei Geburt Hebammenhilfe durch freiberuflich tätige Hebammen in Anspruch nehmen, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstandenen Kosten. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss eine 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.
Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 Euro einmal je Schwangerschaft, während der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung sind der BKK MTU die Rechnungen der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

4. Osteopathie

Versicherte können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit 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.

Die BKK MTU übernimmt die Kosten für maximal acht Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 30 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Rechnungen sowie die schriftliche ärztliche Anordnung vorzulegen.

5. Die BKK MTU übernimmt die Kosten der nachfolgend genannten zusätzlichen Leistungen.
   Die Rechnungen können bis zum 31. März des Folgejahres, in dem sie entstanden sind, eingereicht werden.

   a. Osteopathische Behandlung, soweit sie den Betrag nach § 12 VII Nr. 4. überschreiten.
   b. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die von einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf einem Privatrezept verordnet werden, und in einer Apotheke oder im Rahmen nach deutschen Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden.
   c. Hautkrebs-Screening mit Auflichtmikroskop ab dem 20. Lebensjahr bis zum 34. Lebensjahr, bei familiärer Vorbelastung oder wenn bereits auffälliges Körpergewebe entnommen wurde.
   d. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen, bei familiärer Vorbelastung oder bei ärztlich begründetem Verdacht: Gesundheits-Check-up, Glaukom-Vorsorge, Mammographie, Knochendichtemessung ab dem 50. Lebensjahr und bei Verdacht auf Osteoporose, Ultraschalluntersuchung der Brust, PSA-Wert-Bestimmung, Vorsorgeuntersuchungen für Organspender sofern kein Leistungsanspruch durch einen anderen Leistungsträger gegeben ist, sportmedizinische Untersuchung und Beratung.
   e. Erweiterte zahnärztliche Leistungen: Zahnsteinentfernung, professionelle Zahnreinigung, Fissuren Versiegelung, Kariesinfiltration, Bakterientest vor einer Parodontose Behandlung, Kunststofffüllungen, Inlays, Implantate, Anästhesien bei Angstpatienten.
   f. Zuzahlungen für ärztlich verordnete Maßnahmen zu Lasten der BKK MTU
   g. Eigenbeteiligungen für gesundheitsbezogene Maßnahmen, insbesondere Angebote durch das betriebliche Gesundheitsmanagement, Sportvereine oder vergleichbares
   h. Prämien für private Zusatzversicherungen zur Absicherung der Gesundheit
   i. Kosten für Gesundheits-Apps

Die in Nr. 5 genannten Leistungen werden insgesamt bis zur Höhe von 80 EUR für jedes Kalenderjahr übernommen, jedoch je Rechnung nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
Zur Erlangung des Zuschusses bzw. zur Übernahme der Kosten sind die spezifizierten Rechnungen bei der BKK MTU einzureichen.

6. Die BKK MTU beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen bei Schwangerschaft. Bis zur festgelegten Höchstanspruchsgrenze in Höhe von 300,00 Euro erstattet die BKK MTU je Schwangerschaft 100 % des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Der Zuschuss erstreckt sich neben den unten aufgeführten Leistungen unter anderem auch auf ärztliche Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes gegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:

- Toxoplasmose Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen des Kontakts mit Tieren, insbesondere Katzen.
- 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/der Neugeborenen zu vermeiden.
- Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.
- Geburtsvorbereitungskurs für werdende Väter. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGV in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.
- Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel, welche im Zusammenhang mit der Schwangerschaft indikationsbezogen sind und deren Verordnung durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und das Arzneimittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde. Der Anspruch nach § 12 Ziff. V Nr. 5 Buchstabe b) bleibt unberührt.

- Nutzung digitaler Erweiterungsangebote

Nutzen schwangere Versicherte aufbauend auf den klassischen Geburtsvorbereitungskursen ein digitales Erweiterungsangebot (Onlinekurs) mit dem Ziel, erworbenes Wissen über alle relevanten Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nachhaltig zu festigen, können Sie die Erstattung der Kosten hierfür beanspruchen. Voraussetzung ist, dass das Angebot von Hebammen/Entbindungspflegern unterbreitet wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sind und dass sich die digitalen Erweiterungsangebote am Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 SGB V orientieren.

Voraussetzung ist, dass die ärztlichen Leistungen durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden. Es darf sich nicht um Leistungen nach der Mutterschaftsrichtlinie handeln. Zur Erstattung sind der BKK MTU die jeweiligen Rechnungen vorzulegen.

7.

I 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, ihre Verschlimmerung zu vermeiden und/oder eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde.

Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm und/oder ein Lungenfunktionstest und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch von der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention zertifizierte Ärzte, nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigte Leistungserbringer, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen oder von universitären sportmedizinischen Einrichtungen erbracht wird.

II Die BKK MTU erstattet 90 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 80 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 Satz 1 und nicht mehr als 130 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 Sätze 1 und 2 zusammen.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen 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

VIII Ärztliche Zweitmeinung Orthopädie

1. Die BKK MTU gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage von § 27b Abs. 6 SGB V bei orthopädischen Indikationen zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten und stationären Eingriffen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Betriebskrankenkasse mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung geschlossen hat, welche die ärztliche Zweitmeinung einschließt.

2. Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch Ärzte, mit denen die Krankenkasse eine Vereinbarung nach Absatz 5 getroffen hat, prüfen lassen, ob der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von diesem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.

3. Die Zweitmeinung bezieht sich ausschließlich auf Diagnosen folgender orthopädischer Erkrankungen mit den ICD-Codes:
   - M05-M14 (Entzündliche Polyarthropathien),
   - M15-M19 (Arthrose),
   - M20-M25 (Sonstige Gelenkkrankheiten),
   - M40-M43 (Deformitäten 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).

Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

4. Alle Versicherten der Krankenkasse können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Krankenkasse krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

5. Im Rahmen der vorgenannten Vereinbarungen verpflichtet die Krankenkasse ihre Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 BDSG und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

6. Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Krankenkasse je Eingriff in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet.

7. Die vorstehenden Regelungen gelten bis zur Bekanntmachung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den § 27b Abs. 2 SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V.

§ 12a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie

geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils aktuellen Fassung – folgende Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung:

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V (Lebenswelt/Setting-Ansatz)

Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung nach §§ 20b und 20c SGB V (und)

Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V (individueller Ansatz) mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Maßnahmen zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- Stressmanagement: multimodales Stress- und Ressourcenmanagement
- Maßnahmen zur Förderung von Entspannung und Erholung

Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro versicherter Person und Kalenderjahr begrenzt. Die Versicherten haben einen Eigenanteil für die Kosten für Unterkunft und Freizeitaktivitäten zu tragen.

Leistungen im Gesundheitsförderprogramm, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern im Gesundheitsförderprogramm wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung (einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten) ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der durch das Gesundheitsförderprogramm entstandenen Kosten, max. aber 120 EUR je Kalenderjahr gewährt. Der maximale Finanzierungszuschuss für sämtliche Handlungsfelder darf jedoch 240,00 EUR je Versicherten im Kalenderjahr nicht überschreiten.

.

Kompaktprogramme:

Die BKK MTU beteiligt sich an den Kosten für Kompaktprogramme im Rahmen der Primärprävention im Sinne des § 20 SGB V in Höhe von bis zu 200,00 EUR, bzw. bis zu 150,00 EUR für schulpflichtige Kinder ab 6 Jahren in der Ferienzeit.

Der Finanzierungszuschuss für die Kompaktprogramme wird auf den Höchstbetrag von 240,00 EUR pro Kalenderjahr angerechnet.

§ 12b Schutzimpfungen

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitergeber). Dem Versicherten werden die ihm privat in Rechnung gestellten Kosten für die Impfstoffe erstattet.

Die Kostenerstattung in Höhe von 100 v H. zahlt die BKK MTU bei folgenden Impfungen:

- HPV (Humanen Papillomviren) bis zum vollendeten 26. Lebensjahr, sowie nach einer operativen Therapie bei Gebärmutterhalskrebs oder einer Vorstufe davon.

§ 12c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz (§ 20k SGB V)

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20k Absatz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln, beispielsweise Einführungskurse zur elektronischen Patientenakte (ePA) oder ähnliche PC-Kurse mit Gesundheitsbezug.

Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.

Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z.B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.

§ 12d Leistungsausschluss

I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen (§ 52a SGB V).

II. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen haben die Versicherten der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass sie sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben haben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass sie von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurden, dass sie bei einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse

III. insoweit entstandenen Kosten verpflichtet sind. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst (MD) einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 EUR.

§ 14 Modellvorhaben nicht belegt

§ 14a Modellvorhaben zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nicht belegt

§ 15 Allgemeine Anforderungen der Wahltarife

§ 15a nicht belegt

§ 15b nicht belegt

§ 15c Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V)

I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztliche Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

II Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.

III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 15d nicht belegt

§ 15e Wahltarif Teilnahme strukturierte Behandlungsprogramme (§ 53 Abs. 3 SGB V)

I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme an:

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

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zugelassenen Fassung.

§ 15f Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungen (§ 53 Abs. 3 SGB V)[1]

I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung besondere Versorgungen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

II. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung der Versicherten in die besondere Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
- die Freiwilligkeit der Teilnahme,
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

III. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse den Versicherten eine Belehrung über ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 140a Abs. 4 S. 2 - 4 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei den Versicherten.

IV. Versicherten, die an einer besonderen Versorgung nach Abs. I teilnehmen, ermäßigt die Betriebskrankenkasse im Rahmen des § 53 Abs. 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die Zuzahlungen in Höhe von 90 v. H.

§ 15g Wahltarife Krankengeld

Teilnahme

1. Die BKK MTU bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (*Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt*). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie

   a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder

   b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren."

2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK MTU erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK MTU folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

3. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue dreijährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der jeweiligen dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der BKK MTU.

5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die BKK MTU unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK MTU aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK MTU haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.

7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK MTU nachzuweisen und die BKK MTU über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.

8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

   für den Personenkreis der Selbständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

Wahltarifkranken-geld kalendertäglich	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €
Prämie monatlich	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €

   für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten i.S.v. § 53 Abs. 6 SGB V:

Wahltarifkranken-geld kalendertäglich	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €	90 €
Prämie monatlich	5 €	10 €	15 €	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €	45 €

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.

11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.

12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.

13. Die BKK MTU darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK MTU bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen– oder innerstaatlichen Rechts.

15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i. V. m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.

16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:

    1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
    2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

    wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum.

19. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK MTU nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK MTU kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

20. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet

- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
- wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK MTU

21. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

22. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13. dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21. keine Anwendung.

23. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

24. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

25. Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK MTU an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

26. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder in diesem Tarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt

26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

27. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können

    1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK MTU eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
    2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK MTU eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

28. Die BKK MTU kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.

29. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.

30. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK MTU sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK MTU auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK MTU im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der BKK MTU unverzüglich anzuzeigen. Beim

Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

31. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK MTU nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK MTU folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

32. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK MTU über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.

§ 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

I. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (§ 65a Abs. 1 SGB V):

Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie sich durch die Inanspruchnahme der

- gesetzlich vorgesehenen Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25, 25a und 26 SGB V
- Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V
- regelmäßigen Leistungen der BKK MTU zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V und/oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens aktiv für ihre Gesundheit und Fitness einsetzen.

Teilnahmebedingungen

Das Bonusprogramm der BKK MTU soll die Eigeninitiative und Eigenverantwortung im Bereich des gesundheits- und fitnessbewussten Verhaltens der BKK MTU Versicherten fördern und erhalten. Mit dem Programm leistet die BKK MTU zudem einen aktiven Beitrag zur Förderung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

1. Teilnahme

Teilnahmeberechtigt sind grundsätzlich alle Versicherten der BKK MTU. Für Anwartschaftsversicherte und Personen, die auftragsweise Leistungen erhalten (§ 264 SGB V), ist die Teilnahme nicht möglich. Dies gilt auch, solange der Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist.

Versicherte der BKK MTU, die zum Tag der Antragstellung das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können durch den gesetzlichen Vertreter die Bonushefte (s. Punkte 2 und 3) anfordern.

2. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (Pflichtbonus)

Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus gemäß § 65 a Abs. 1 SGB V.

Maßnahmen

Den Teilnehmern wird der in Klammern genannte Betrag in Euro gewährt, wenn Sie im Kalenderjahr ihrer Teilnahme nachfolgend genannte Maßnahmen in Anspruch genommen haben:

- Schutzimpfungen - § 20i SGB V (3 € je Impfung)
- Selbstfinanzierte Schutzimpfung (10 € je Impfung)
- Nachweis vollständiger Impfschutz (3 €)
- Gesundheitsuntersuchungen - §§ 25, 25a SGB V (10 € je Maßnahme)
  - Gesundheits-Check-up gemäß dem in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Turnus.
  - Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung gemäß dem in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Turnus.
- Teilnahme einmal jährlich an der Prophylaxe-Untersuchung beim Zahnarzt gemäß § 55Abs. 1 SGB V (5 €)

- Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche - § 26 SGB V (15 € je Maßnahme)
  - Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U1 - U9/J 1) gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zusätzliche Kinder- und Jugenduntersuchungen (U10, U11 und J2) im vorgesehenen Intervall.
  - Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (FU1 – FU3) gemäß den in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Untersuchungsintervalls.
  - Spezielle Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (Screening auf Mukoviszidose, erweitertes Neugeborenen-Screening, Neugeborenen-Hörscreening, Pulsoxymetrie-Screening) nach der aktuell gültigen Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.
    - Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen gemäß §§ 21 und/oder 22 SGB V (5 € im Jahr für die vollständige Teilnahme)

Dokumentation/Nachweis

Die Maßnahmen sind innerhalb eines Kalenderjahres nachzuweisen und können nur in dem Kalenderjahr gewertet werden, in dem sie auch durchgeführt wurden.

Eine Bonifizierung der Schutzimpfungen erfolgt erst mit dem vollständigen Abschluss der Immunisierung. Dabei gelten Kombinationsimpfungen nur als eine bonifizierbare Maßnahme.

Der Versicherte (bei unter 15-Jährigen der Erziehungsberechtigte) ist für die Dokumentation der Maßnahmen verantwortlich.

Die Erfüllung der Voraussetzungen ist vom jeweiligen Arzt oder Leistungserbringer im Bonusheft zu bestätigen. Maßnahmen, die nicht im Bonusheft dokumentiert wurden, können auch nicht bonifiziert werden. Eventuell entstandene Kosten für die Bestätigung von Bonusfeldern und/oder Maßnahmen können von der BKK MTU nicht erstattet werden.

Bonuszeitraum

Der Bonuszeitraum ist das Kalenderjahr. Die Teilnahme am Bonusprogramm beginnt mit dem 01.01. eines jeden Kalenderjahres, frühestens jedoch mit dem Monat des Versicherungsbeginns bei der BKK MTU. Die Teilnahme am Bonusprogramm endet unterjährig mit Versicherungsende, spätestens am 31.12. des Kalenderjahres.

Bonuszahlung

Die Bonuszahlung erfolgt auf Antrag des Versicherten, sofern der Versicherte bei Antragsstellung das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat auf Antrag des Erziehungsberechtigten, der spätestens bis zum 31.12. des Kalenderjahres gestellt werden muss.

Bonus

Der Bonus wird in Form einer Geldauszahlung gewährt.

3. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (Zusatzbonus)

Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus gemäß § 65 a Abs. 1a SGB V.

Maßnahmen

Den Teilnehmern wird der in Klammern genannte Betrag in Euro gewährt, wenn Sie im Kalenderjahr ihrer Teilnahme nachfolgend genannte Maßnahmen in Anspruch genommen haben:

- Teilnahme an einem zertifizierten Gesundheitskurs zur verhaltensbezogenen Prävention oder einer BKK Aktivwoche gemäß § 20 Abs. 5 SGB V (10 €)
- Sportlicher Leistungsnachweis (Bewegungsangebote im Turn- oder Sportverein oder mindestens 50. Trainingseinheiten in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio oder Bewegungsangebote im Rahmen einer Betriebs- oder Hochschulsportgruppe) (10 €)
- Ablegung eines Sportabzeichens mit regelmäßigen Trainingseinheiten zur Vorbereitung unter qualifizierter Leitung (z. B. das Leistungsabzeichen des Deutschen Sportbundes, des Deutschen Leichtathletik-Verbandes, des Deutschen Schwimmverbandes) (15 €)
- Teilnahme an Wettkampfveranstaltungen mit regelmäßigen Trainingseinheiten zur Vorbereitung unter qualifizierter Leitung (z. B. durch zertifizierte Übungsleiter) (10 €)
- Durchführung einmal jährlich einer professionelle Zahnreinigung (5 €)
- Bestätigung des BMI im Normbereich (5 €)
- Entwicklungsförderung bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (z.B. Babyschwimmen) (10 €)

Dokumentation/Nachweis

Die Maßnahmen sind innerhalb eines Kalenderjahres nachzuweisen und können nur in dem Kalenderjahr gewertet werden, in dem sie auch durchgeführt wurden.

Eine Bonifizierung der Schutzimpfungen erfolgt erst mit dem Abschluss der Immunisierung. Dabei gelten Kombinationsimpfungen nur als eine bonifizierbare Maßnahme.

Der Versicherte (bei unter 15-Jährigen der Erziehungsberechtigte) ist für die Dokumentation der Maßnahmen verantwortlich.

Die Erfüllung der Voraussetzungen ist vom jeweiligen Arzt oder Leistungserbringer im Bonusheft zu bestätigen. Maßnahmen, die nicht im Bonusheft dokumentiert wurden, können auch nicht bonifiziert werden. Eventuell entstandene Kosten für die Bestätigung von Bonusfeldern und/oder Maßnahmen können von der BKK MTU nicht erstattet werden.

Die Anerkennung einer Leistung in Rahmen des Bonusprogrammes erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht der BKK MTU. Diese richtet sich allein nach Maßgabe der geltenden Gesetze und dieser Satzung.

Bonuszeitraum

Der Bonuszeitraum ist das Kalenderjahr. Die Teilnahme am Bonusprogramm beginnt mit dem 01.01. eines jeden Kalenderjahres, frühestens jedoch mit dem Monat des Versicherungsbeginns bei der BKK MTU. Die Teilnahme am Bonusprogramm endet unterjährig mit Versicherungsende, spätestens am 31.12. des Kalenderjahres.

Bonuszahlung

Die Bonuszahlung erfolgt auf Antrag des Versicherten (bei unter 15-Jährigen auf Antrag des Erziehungsberechtigten), der spätestens bis zum 31.12. des Kalenderjahres gestellt werden muss.

Bonus

Für eine Bonuszahlung sind mindestens drei Maßnahmen innerhalb des Kalenderjahres zu erfüllen.

Wird die Inanspruchnahme von 9 Maßnahmen aus beiden Bonusmodellen nachgewiesen, gewährt die BKK MTU einen zusätzlichen Bonus in Höhe von 100 €.

Der Bonus wird in Form einer Geldauszahlung gewährt.

IV. Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 65a Abs. 2 SGB V):

I. 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 (§ 167 SGB IX) sind.

II. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie die Höhe und Auszahlung des Bonus.

III. Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen. (max. 35.000 €)

§ 16a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten in spezifischen beruflichen Lebensphasen

(1) Versicherte, die sich aufgrund des Wechsels von Schule in eine betriebliche Ausbildung in einer spezifischen beruflichen Lebensphase befinden und an einer Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers teilnehmen, haben Anspruch auf einen Bonus in Höhe von 100 €, wenn diese Maßnahme die folgenden Voraussetzungen erfüllt:

1. es handelt sich um ein qualitätsgesichertes und zertifiziertes Angebot nach § 20 Abs. 5 SGB V,

2. die Maßnahme erfolgt auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen der Betriebskrankenkasse und dem jeweiligen Arbeitgeber nach § 16 IV der Satzung,

3. die Maßnahme beinhaltet theoretische und praktische Inhalte aus allen folgenden 4 Handlungsfeldern: Gesundheitsgerechtes Bewegungs-, Ernährungs- und Stressbewältigungsverhalten und Vermeidung bzw. Reduzierung von Suchtmitteln.

4. Die Maßnahme fördert gesundheitsbewusstes Verhalten in spezifischen beruflichen Lebensphasen und

5. die Maßnahme gibt Impulse die theoretisch und praktisch vermittelten Inhalte nach Nr. 3 dieser Regelung in Eigenverantwortung lebenslang anzuwenden und umzusetzen, da damit die individuelle Gesundheitskompetenz ausgebaut wird.

Als Bonus erhält der Versicherte auf Antrag 100 € ausgezahlt, wenn die Maßnahme durch die vollständige Teilnahme nachgewiesen wird.

§ 17 Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen (§ 194 Abs. 1a SGB V).**)**

§ 18 Ausgleichsverfahren nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage dieser Satzung.

§ 19 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg.

§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Süd als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 21 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse sowie im Internet unter www.bkk-mtu.de.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist zwei Wochen.

Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 22 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise (§ 305b SGB V).

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse erfolgt darüber hinaus durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse.

Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Die Aushangfrist beträgt zwei Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diesen Nachtrag am 14.05.2024 beschlossen.

2. Der 1. Nachtrag der Satzung vom 01.01.2024 tritt am 01.06.2024 in Kraft.

Friedrichshafen, den 16.05.2024

Siegel

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

_____

Anlage 1 zu §2 zur Satzung der BKK MTU vom 01.01.2024

Die nachfolgende Entschädigungsregelung richtet sich nach der Entschädigung auf die im Bundesreisekostengesetz enthaltenen Beträge, bzw. nach dem Rahmen der betrieblichen Reisekostenregelung des Trägerunternehmens.

I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrats

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrats werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung, bzw. Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.
Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß betrieblichen Reisekostenvereinbarung, bzw. § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung.

Fahrkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrkosten für Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen notwendigen Nebenkosten (z.B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckbeförderung) ersetzt.

Dabei können erstattet werden:

a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse / 2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,

b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-) klasse,

c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.

d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. **Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge**

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.
Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstausfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. **Pauschbetrag für Zeitaufwand**

Für die Teilnahme an Sitzungen einschließlich der Vorbesprechungen, die im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Organsitzung stehen, wird für jeden Kalendertag ein Pauschbetrag von 90 Euro gezahlt.

4. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tage

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Kranken- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

5. Pauschbeträge für Ausschussvorsitzende und ihre Stellvertreter

Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.

Anlage 2 zu §18 der Satzung der BKK MTU

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG

§ 1 Anwendung von Satzungsbestimmungen

Die Regelungen der übrigen Teile der Satzung der BKK MTU finden in Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen entsprechende Anwendung, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist. Dies gilt insbesondere für

- Organe der Selbstverwaltung,
- den Widerspruchsausschuss,
- die Aufstellung des Haushaltsplanes und den
- Rechnungsabschluss.

§ 2 Verwaltungsrat

Für Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens wirken im Verwaltungsrat und seinen Ausschüssen nur der Arbeitgebervertreter gem. § 2 II der Satzung der BKK MTU mit.

§ 3 Widerspruchsausschuss

Für Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens gelten die Vorschriften für den Widerspruchsausschuss gem. § 4 der Satzung der BKK MTU mit der Maßgabe, dass die Versichertenvertreter bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens von der Mitwirkung ausgeschlossen sind. Die Geschäftsordnung des Widerspruchsausschusses gilt entsprechend.

§ 4 Kreis der ausgleichsberechtigten Arbeitgeber

I. An dem Ausgleichsverfahren gem. § 1 Abs. 2 AAG (U 2) nehmen die Arbeitgeber ohne Rücksicht auf die Anzahl ihrer Beschäftigten teil, wenn die Arbeitnehmer bei der BKK MTU versichert sind.

II. Für Arbeitnehmer, die nicht Mitglied einer Krankenkasse sind, gilt § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend.

III. Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach den Absätzen 1 (U1-Verfahren) und 2 (U2-Verfahren) nehmen auch die Arbeitgeber teil, die nur Auszubildende beschäftigen.

§ 5 Aufbringung der Mittel, Umlagesatz und Nachweis

I. Die am Umlageverfahren U2 teilnehmenden Arbeitgeber bringen die zur Durchführung des Ausgleichs erforderlichen Mittel nach Maßgabe des § 7 Abs. 2 AAG durch Umlage auf.

II. Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

III. Die BKK MTU verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für das Umlageverfahren U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG).

§ 6 Umlagebeitragssätze

Der Umlagebeitragssatz U2 beträgt 0,25 v. H. der umlagepflichtigen Einnahmen.

§ 7 Fälligkeit der Umlage

Für die Fälligkeit der Umlagen gilt § 23 Abs. I SGB IV entsprechend.

§ 8 Höhe der Erstattungen, Vorschüsse

I. Die BKK MTU erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern

a. Den vom Arbeitgeber gem. § 20 Abs. 1 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld in voller Höhe.
b. Das im Rahmen des § 18 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlte Arbeitsentgelt in voller Höhe. Die darauf entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge gem. § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG werden pauschal in Höhe von 20 % erstattet.

II. Die BKK MTU gewährt auf schriftlichen Antrag Vorschüsse auf die Erstattung nach § 1 Abs. 2 AAG. Voraussetzung hierfür ist, dass der Arbeitgeber die von ihm zu entrichtenden Umlagebeiträge regelmäßig und ordnungsgemäß entrichtet hat.

III. Die Erstattung wird auf Antrag erbracht.

§ 9 Bildung von Betriebsmitteln

I. Die BKK MTU verwaltet die Mittel für den Ausgleich der Mutterschaft als Sondervermögen.

II. Es werden für die Bestreitung der Aufgaben für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft Betriebsmittel gebildet.

III. Die Betriebsmittel dienen zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen. Sie dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für 3 Monate nicht überschreiten.

§ 10 Haushaltsplan

Für die Durchführung der Aufgaben nach diesem Anhang wird ein eigener, in Einnahme und Ausgabe ausgeglichener Haushaltsplan für das Ausgleichsverfahren U2 aufgestellt
(§ 70 Abs. 1 SGB IV gilt entsprechend).

§ 11 Rechnungsabschluss

I. Die Jahresrechnung ist jährlich zu prüfen und zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

II. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Betriebs- und Rechnungsführung.

§ 12 Übertragung des Ausgleichsverfahrens U1 nach dem AAG

Übertragung des Ausgleichsverfahrens nach § 8 Abs. 2 Satz 1, § 9 Abs. 2 Nr. 5 AAG

I Die Durchführung des U1 -Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen.

II Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK MTU. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.

III Bezüglich des U1-Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK- Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.